

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Edukačně terapeutické skupiny
pro osoby s psychotickým onemocněním**

Educational therapeutic groups
for people with a psychotic disorder



Magisterská diplomová práce

Autor: Tereza Turková

Vedoucí práce: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Olomouc

2014

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především klientům občanského sdružení Zahrada 2000 za ochotu při výzkumu a velkou inspiraci pro můj další profesní rozvoj. Dále bych chtěla poděkovat PhDr. Martinu Lečbychovi, Ph.D. za odborné vedení práce a svým blízkým a rodině za trpělivost a podporu.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Edukačně terapeutické skupiny pro osoby s psychotickým onemocněním vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE	7
1 Psychotická onemocnění	8
1.1 Psychóza.....	8
1.2 Schizofrenie	9
1.3 Příčiny schizofrenie.....	10
1.4 Projevy schizofrenie.....	14
1.5 Průběh, výskyt a prognóza schizofrenie	16
1.6 Léčba schizofrenie	19
1.7 Komunitní péče, psychiatrická rehabilitace psychóz.....	24
2 Skupinová psychoterapie a psychoedukace	28
2.1 Skupinová psychoterapie	28
2.2 Psychoedukační skupiny	32
2.3 Účinné faktory skupinové terapie a psychoedukace	37
3 Zahrada 2000 o. s.	46
3.1 Projekt „Jak žít s psychózou“.....	49
3.2 Edukačně terapeutické skupiny.....	51
VÝZKUMNÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE	53
4 Výzkumný problém, cíl výzkumu a výzkumné otázky	54
4.1 Výzkumný problém.....	54
4.2 Výzkumný cíl.....	55
4.3 Výzkumné otázky	55
5 Popis zvoleného metodologického rámce a metod	56
5.1 Zvolený typ výzkumu	56
5.2 Metody získávání dat	57
5.3 Metody zpracování a analýzy dat.....	63
5.4 Etické problémy a způsob jejich řešení.....	66
6 Výzkumný soubor	68
6.1 Část výzkumného souboru - klienti	68
6.2 Část výzkumného souboru - terapeut.....	69

7	Výsledky	70
7.1	Účinné faktory skupin z pohledu klientů	70
7.2	Účinné faktory skupin z pohledu terapeuta.....	91
7.3	Hodnocení průběhu skupin a náměty do budoucna	100
8	Diskuze	104
8.1	Diskuze o použitých metodách a výzkumném souboru.....	104
8.2	Diskuze o výsledcích výzkumu.....	107
8.3	Diskuze o přínosech a přesazích práce, podněty pro praxi	112
9	Závěry	113
	SOUHRN	115
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	119
	PŘÍLOHY DIPLOMOVÉ PRÁCE	

ÚVOD

Psychózy jsou skupina velmi **závažných duševních onemocnění**, která významně ovlivňují život člověka ve všech jeho aspektech. U nemocných dochází k výrazným změnám v myšlení, vnímání i chování, jedinec není schopen rozlišit, co je skutečné a co ne. Typická je ztráta kontaktu s realitou, absence náhledu na onemocnění, přítomnost bludů, halucinací i dalších příznaků, které negativně ovlivňují kvalitu života osob s psychózou. Psychóza většinou probíhá epizodicky, kdy psychotické ataky (které většinou vyžadují hospitalizaci) střídají stavy remise, kdy ustupují akutní psychotické příznaky. Cílem léčby a rehabilitace psychotických onemocnění je dnes, ve 21. století právě prevence relapsu a dosažení tzv. **úzdavy**, tedy nikoliv nutné vymizení veškerých klinických příznaků, ale zejména dosažení smysluplného a kvalitního života navzdory nemoci. Jednou z překážek k dosažení úzdavy je mimo jiné nedostatek informací těchto osob o svém onemocnění. Neopomenutelnou součástí komplexní léčby psychóz je krom jiného také **psychoterapie** a její součástí, **psychoedukace**. Prostřednictvím těchto intervencí se může osoba se zkušeností s psychózou dozvědět dostatek potřebných informací o svém onemocnění, získat na něj kvalitnější náhled, zlepšit své sociální fungování a kvalitu svého života vůbec. V rámci takových skupinových aktivit pak mohou působit i další nespécifické účinné terapeutické faktory jako je například soudržnost, univerzalita, katarze, sebepoznání, altruismus a mnoho dalších popsaných aspektů skupinové práce, které těmto osobám mohou napomoci k úzdavě.

Které **terapeutické faktory** jsou však pro osoby s psychotickým onemocněním ty nejúčinnější a nejvíce pomáhající? A jak konkrétně v rámci edukačně terapeutických skupin fungují? Tyto otázky se pokusíme zodpovědět právě v rámci této práce. Cílem diplomové práce je tedy pokusit se objasnit faktory, které jsou v rámci edukačně terapeutických skupin pro osoby s psychotickým onemocněním účinné jak z pohledu samotných klientů, tak i z pohledu terapeuta. Prostřednictvím této práce bychom měli lépe porozumět procesům, které probíhají v rámci skupinové psychoterapie osob s psychózou, konkrétně v rámci psychoedukace.

Teoretická část práce pojednává o charakteristice psychotických onemocnění, o jejich příčinách, příznacích, průběhu, prognóze i léčbě. Významná část teoretického úvodu práce se věnuje popisu aspektů skupinové psychoterapie osob s psychotickým onemocněním, psychoedukaci a účinným terapeutickým faktorům, tedy takovým aspektům těchto skupinových intervencí, které jsou pomáhající, ať už ve skupinové psychoterapii obecně, ale zejména i v rámci práce s cílovou skupinou osob s psychotickým onemocněním a v rámci psychoedukace. Popsáno také bude zařízení Zahrada 2000, ve kterém výzkum probíhal a také bude představen projekt financovaný z Evropského sociálního fondu, díky němuž mohly být edukačně terapeutické skupiny pro osoby s psychotickým onemocněním realizovány. Obsahem bude i popis konkrétního kurzu - edukačně terapeutických skupin, které jsou předmětem zájmu výzkumu v rámci této diplomové práce. Ve **výzkumné části** práce pak budeme hledat odpovědi na výše uvedené otázky, budeme se snažit zmapovat účinné faktory, které v rámci skupinové práce (psychoedukace) fungují, zaměříme se na to, jak tyto skupiny vnímají samotní účastníci i terapeut.

Výsledky výzkumu by tedy měly sloužit nejen jako **zpětná vazba** pro samotné zařízení a jeho pracovníky, ale zejména jako inspirace a podnět k tomu, jakým způsobem modifikovat a **zlepšovat naši terapeutickou praxi** a péči o osoby s psychotickým onemocněním obecně a také jak konkrétní faktory, které v rámci těchto skupin působí, dále rozvíjet. Budeme se snažit najít možné cesty dalšího rozvoje v této oblasti i inspirace pro realizaci podobných skupin.

Motivací pro zvolení tohoto tématu je zejména profesní angažovanost autorky při práci s osobami se zkušeností s psychotickým onemocněním a touha přičinit se o rozvoj kvality péče o osoby s duševním onemocněním. Motivací je i snaha napomoci alespoň malou měrou k propojení psychoterapeutické praxe s výzkumem a dát příležitost a prostor samotným klientům, aby nám pomohli prozkoumat, co v cestě k jejich údravě pomáhá, co je účinné a jakým směrem se v naší praxi ubírat.

TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

1 Psychotická onemocnění

1.1 Psychóza

Pojem psychóza vychází ze složeniny řeckého původu: „psyché“ (duše) a koncovka „óza“ (ve smyslu označení pro nemoc). Termín psychóza tedy znamená „nemoc duše“, respektive duševní onemocnění (Kalina, 2001).

Psychóza je chápána jako jakýsi obecný pojem, který zahrnuje více duševních onemocnění. Tato závažná duševní onemocnění jsou charakterizována **ztrátou kontaktu s realitou**, nemocný nedokáže odlišit a rozpoznat, co je reálné a co ne. Člověk trpící psychózou nemá náhled na svou nemoc, sám neví, že je nemocný, většinou považuje své myšlení, jednání a prožívání za zcela normální. Psychózy výrazně postihují kvalitu života nemocného, omezují jeho pracovní schopnosti a uplatnění a mohou způsobovat potíže při začlenění se o společnosti. Tento psychický stav ale není trvalý a neměnný – většinou se střídají období, kdy se příznaky psychózy vyskytují výrazně – tzv. ataky psychózy, s obdobími, kdy se potíže neprojevují (či jen nepatrně) – remise (Kalina, 2001; Možný, 1999; Praško, 2005). Společným znakem psychóz, tedy ztráta kontaktu s realitou, je zapříčiněná nerovnováhou dopaminu v mozku. Z tohoto faktu pak vychází i další podobnost a tou je léčba – léky, konkrétně antipsychotika, přenos dopaminu v mozku normalizují. Jednotlivé druhy psychóz se pak od sebe liší zejména některými příznaky, délkou trvání či spouštěč (Bankovská Motlová, 2010).

Psychózy můžeme dělit podle psychiatrické klasifikace MKN-10 do několika skupin. Jednou z nich jsou schizofrenní onemocnění, zařazené v kapitole „Schizofrenie, schizotypní porucha a poruchy s bludy“ (ÚZIS, 2008). Do tohoto okruhu patří zejména schizofrenie, schizotypní porucha, trvalé duševní poruchy s bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, indukovaná porucha s bludy a schizoafektivní poruchy. Krom toho rozeznáváme i toxické psychózy a organické psychózy způsobené poškozením mozkové tkáně (Doubek, 2008).

Vzhledem k tomu, že v rámci předkládaného výzkumu tvoří výzkumný soubor převážná většina osob s diagnózou schizofrenního onemocnění, pro zjednodušení se v následujícím textu budeme soustředit zejména na klinický obraz a terapii **schizofrenie**.

1.2 Schizofrenie

Ze skupiny psychotických onemocnění je schizofrenie jednou z nejzávažnějších a pravděpodobně i nejznámějších. I z tohoto důvodu ji budeme v této práci používat jako prototyp psychotických onemocnění. Schizofrenie narušuje všechny psychické funkce – myšlení, vnímání, emoce i chování, narušuje především **kontakt s realitou** a mění kvalitu života nemocného. Příznaky schizofrenie patří mezi nejzáhadnější formy lidské zkušenosti vůbec. Riziko výskytu se pohybuje okolo 1 % v populaci (Mueser & Jeste, 2008).

Jedním z důležitých rysů schizofrenie je její **mnohotvárnost** – je to nemoc, která se u každé jednotlivce projevuje odlišně, obraz nemoci není jednotný (Orel & Facová, 2009). Existují však diagnostické kategorie schizofrenie, které popisují její jednotlivé typy. Dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (ÚZIS, 2008) lze schizofrenii rozdělit na několik podtypů, přičemž v tomto výčtu budou uvedeny nejznámější typy.

- **Paranoidní schizofrenie** (F20.0) je nejčastší typem schizofrenie a je charakterizována především bludy a halucinacemi. Člověk s tímto typem schizofrenie může pociťovat ohrožení, je vztahovačný, má tendenci vykládat si nepodstatné projevy svého okolí jako jevy ohrožující jeho osobu. Začátek onemocnění a jeho ataky bývají spíše prudší, doprovázené úzkostí a strachem (Orel & Facová, 2009).
- **Hebefrenní schizofrenie** (F20.1) je typická zejména zdánlivě nevhodným a nepředvídatelným chováním, pseudofilosofováním a výraznou desorganizovaností (Bankovská Motlová & Španiel, 2013).
- **Katatonní schizofrenie** (F20.2) je spíše vzácným typem schizofrenie, který se vyznačuje narušením motoriky – ať už je stuporózní podobou příznaků, nebo zvýšenou agitovaností, případně prováděním monotónních pohybů (Orel & Facová, 2009). Vyskytuje se i povelový automatismus či negativismus (Raboch & Zvolský, 2001).
- **Nediferencovaná schizofrenie** (F20.3) mívá obvykle nevyhraněnou podobu a neodpovídá žádnému z typů schizofrenie (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006).
- **Reziduální schizofrenie** F20.5 - Tento typ schizofrenie bývá vymezen chronickým stavem po ústupu akutních příznaků, je charakteristický zejména dlouhodobými negativními příznaky (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006).
- **Simplexní schizofrenie** F20.6 se projevuje hlavně negativními příznaky - dochází k sociálnímu stažení, ztrátě energie, motivace, oslabují se hygienické návyky, je patrná apatie, uzavřenost (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006).

1.3 Příčiny schizofrenie

Příčiny schizofrenie jsou stále velkou neznámou a i přes to, že toto téma naplňuje po několik desetiletí nesčetné výzkumné snahy, jednoznačné vysvětlení pro to, proč schizofrenie vzniká, doposud nemáme. Podle současného vědeckého konsenzu nemá jen jednu konkrétní příčinu, ale mluvíme o ní jako o onemocněním **multifaktoriálním**. Jde o souhrn několika nepříznivých faktorů – biologických, psychologických i sociálních (a případně i spirituálních). Mezi biologické vlivy patří dědičnost, vrozené i vznikající odchylky v mozku týkající se jeho struktury i funkcí (Kalina, 2001). Tyto dispozice však samy ke vzniku schizofrenie nestačí a k rozvoji onemocnění pak dochází za působení dalších faktorů v dimenzích sociálních a psychologických. Vágnerová (2008) také vykládá příčinu schizofrenie jako komplex mnoha faktorů a jejich vzájemné interakce a uvádí, že při rozvoji nemoci jde o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností a některých vyvolávajících či spouštěcích podnětů. Někteří lidé se tedy mohou narodit s vrozenými dispozicemi, díky kterým jsou ke vzniku schizofrenie náchylnější. Nemoc vzniknout nemusí, ale někdy díky kombinaci několika dalších faktorů (jako například stresující životní události aj.) se může spustit. Zdá se tedy, že pro vznik psychózy jsou tedy určující dvě věci: náchylnost k onemocnění neboli **vulnerabilita** a **spouštěč** onemocnění.

Právě koncept vulnerability, který je v rámci přístupu k psychózám velmi významný, předpokládá **zvýšenou citlivost** k nejrůznějším podnětům, především psychosociálního charakteru. Jak uvádí Zubin & Spring (1977), každá osoba má určitou individuální míru vulnerability, která při přítomnosti dalších okolností může být vyjádřena přítomností psychotické epizody. Když se objeví cokoliv nového, něco, co neodpovídá stereotypu, tedy tzv. **spouštěč** (například neúspěch, odloučení od rodiny, nástup do nového zaměstnání, smrt blízkého člověka atd.), může dojít k chorobné reakci a rozvoji onemocnění. Vulnerabilita může být jak vrozená (genetika), tak i získaná (komplikace při porodu, problémy v rodině a jiné stresory).

Schizofrenii a psychózy obecně tedy nemusíme vnímat jako chronické a devastující onemocnění, ale spíše jako stav permanentní vulnerability k znovuobjevení psychotické epizody (Zubin & Spring, 1977).

1.3.1 Biochemické změny

Podle současných teorií jsou příznaky schizofrenie po biochemické stránce vysvětleny **nadměrným množstvím dopaminu**. Díky dopaminu se přenáší příliš velké množství informací, které mozek není schopen zpracovat, rozlišit důležité zprávy od nedůležitých, nedokáže odlišit například vlastní myšlenky od cizích apod. (Možný, 1999).

Mezi hlavní úlohy dopaminu v mozku patří udělování významnosti podnětům, které ke člověku přichází - vše, co je spojeno s novostí, významností je spojeno s masivním výdejem dopaminu v limbických strukturách. Rozvoj psychotických příznaků je spojeno s **dopaminovou dysregulací** s následným náhodným a až vadným způsobem připisování významu skutečnostem mimo patřičný kontext. Vývoj bludů přechází od nejasné bludné nálady, typické přítomností nejasně ohraničených významů, až po krystalizaci bludného půdorysu, kde se všechny události a vjemy subjektivně vztahují k jedinci a postupně se pevně zaklesávají do pevného bludného rámce (Bankovská Motlová & Španiel, 2013).

1.3.2 Genetické faktory

Genetika se na rozvoji schizofrenie podílí nezanedbatelným způsobem, nicméně ji nelze považovat za jedinou příčinu tohoto onemocnění. Míra pravděpodobnosti onemocnění schizofrenií se z průměrného 1 % v populaci zvyšuje na 12 %, pokud se vyskytuje schizofrenie u jednoho z rodičů. U jednovaječných dvojčat je konkordance pro schizofrenii přibližně 50 % (Pečeňák, 2005). Pro vývoj tohoto onemocnění se, jak už bylo uvedeno výše, však musí objevit i jiné faktory než genetické vlivy. Ty mohou fungovat v rozvoji onemocnění jen jako spouštěcí faktory.

Raboch & Zvolský (2001) také uvádějí, že se v rodinách osob s diagnózou schizofrenie se vyskytuje více jiných psychiatrických poruch, než je schizofrenie, což ukazuje na fakt, že se dědí i nesespecifická dispozice k psychopatologii.

1.3.3 Vnější vlivy, vlivy prostředí

Vnější vlivy hrají při rozvoji psychotického onemocnění velkou roli. K vnějším vlivům můžeme přiřadit například prenatálně působící zátěž negativně ovlivňující vývoj mozku (podvýživa, hypoxie), ale i postnatální vlivy psychosociálního charakteru. Ty by pak měly být ale vnímány jako vyvolávající podněty schizofrenie (Vágnerová, 2008).

Zajímavé výsledky přináší některé výzkumy zkoumající **vliv prostředí** na rozvoj schizofrenie (Bankovská Motlová & Španiel, 2013) – lidé, co později onemocní schizofrenií se rodí o 5 - 8 % častěji v zimě a na jaře než ti, co ne onemocní. Zajímavým rizikovým faktorem je urbanizace – ti, co žijí blíže ke středu města jsou rizikovější skupinou než ti, co žijí na venkově. Dalším pozoruhodným faktorem je i stáří otce – uvádí se, že čím starší je otec při početí, tím vyšší riziko onemocnění je pro potomka. Mluví se také o možné souvislosti mezi migrací a schizofrenií. Významným rizikovým faktorem ke vzniku schizofrenie je užívání marihuany adolescenci. Dnes se mluví až o 8-14 % případů schizofrenie, za které je zodpovědná marihuana. Stavby po zneužívání této látky fungují nejen jako spouštěč, ale významně zvyšuje náchylnost neboli vulnerabilitu k psychotickému onemocnění.

1.3.4 Neurovývojové modely

V dřívějších dobách se také předpokládalo, že schizofrenie patří mezi čistě neurodegenerativní onemocnění, podobně jako například Huntingtonova choroba, která má určitý počátek a dochází u ní k postupné progresi příznaků a postupné deterioraci (Höschl, Libiger, & Švestka, 2004). Dnes se dostává do popředí spíše alternativní pojetí, a to tzv. **neurovývojový model**. Podle něj porucha v raném vývoji mozku (prenatálně a perinatálně) způsobuje pozdější riziko onemocnění schizofrenie (Piper, a další, 2012).

Neurovývojový model chápe schizofrenii jako vyvrcholení procesu, který začíná velmi časně ve vývoji jedince a je spojen s poruchou migrace, selekce a zapojení neuronů během vývoje plodu. Podkladem pro toto narušení ve druhém trimestru těhotenství je zejména již zmiňovaná genetická dispozice, ale krom toho zde hraje roli i další negenetické faktory jako je již zmíněná virová infekce či malnutrice. Vliv však mohou mít i perinatálními komplikace při porodu a případně i některými postnatálními vlivy. Tyto abnormality ve formě oslabení funkce mozku se pak projeví až v době plného funkčního zatížení, tedy většinou až období puberty, kdy jsou dovršeny maturační procesy v mozku a tato narušení pak začnou ovlivňovat výdej dopaminu v limbickém systému, což vede ke změně tvorby významů jednotlivých podnětů. To má následně za následek rozvoj příznaků schizofrenie. Tyto procesy však vlivem různých faktorů dále pokračují (relaps) a strukturální změny po první epizodě dále progredují – původně neurovývojové onemocnění má nyní neurodegenerativní nástavbu, která jde ruku v ruce s relapsy (tzv. toxicita psychotické ataky) (Raboch & Zvolský, 2001; Bankovská Motlová & Španiel, 2013).

1.3.5 Evoluční teorie

Neméně zajímavý je výklad schizofrenie z evolučního hlediska, k jehož zkoumání přispěly zejména otázky, jak je možné, že si toto onemocnění drží rovnoměrné rozšíření v populaci i přes to, že má významnou dědičnou komponentu a nemocní mají menší počet dětí než zdravá populace. V rámci evolučních teorií jsou uvažovány možné pozitivní významy schizofrenie, které jsou spatřována například ve zvýšené kreativitě, inteligenci či odolnosti proti bolesti a dalších. Tyto výhody byly pravděpodobně v prehistorickém období aplikovány zejména v rámci celého klanu, v rámci role šamanů, proroků, kteří například dokázali odvést kmen na nová teritoria, kde byly k dispozici nové zdroje apod. (Höschl, Libiger, & Švestka, 2004).

1.4 Projevy schizofrenie

Schizofrenie nemá jednotný klinický obraz. Vykazuje mnoho různých druhů symptomů a projevů, které se mohou objevovat v různé formě a různé závažnosti. U každého člověka se projevují jinak, individuálně. Příznaky schizofrenie lze rozdělit na **pozitivní a negativní**, případě můžeme identifikovat zejména jejich kognitivní a afektivní aspekty (Fišar, 2009). Jak uvádí Pečeňák (2005), termíny „pozitivní a negativní“ se v neurologické literatuře objevily již v 19. století. Negativní symptom vyjadřoval ztrátu normálních funkcí v důsledku patofyziologického procesu, pozitivní symptom pak poukazoval na aktivní proces jako důsledek ztráty inhibičních mechanismů.

1.4.1 Pozitivní příznaky

Pozitivní příznaky bývají charakterizovány „něco navíc“, co se u zdravých jedinců nevyskytuje. Typické jsou změny v myšlení (bludy) a vnímání (halucinace).

Halucinace patří mezi poruchy vnímání. Jsou charakterizovány jako šalebné smyslové vjemy, které vznikají bez jasného vnějšího podnětu a o jejichž existenci je nemocný skálopevně přesvědčen. Člověk trpící halucinacemi slyší, vidí či cítí věci, které ostatní lidé nevnímají. Vyskytuje se výhradně u psychóz (Raboch & Zvolský, 2001).

- Sluchové halucinace – člověk může slyšet hlasy, zvuky, či jen šumy. Hlas může být jeden, případně jich může být více. Tyto hlasy mohou být pro nemocného příjemné, ale také mohou být nepříjemné, až nebezpečné. Mezi ty ohrožující patří zejména hlasy imperativní, které dávají příkazy, nutí k nějakému jednání.
- Zrakové halucinace – nemocný může vidět světla, barvy, postavy či nejrůznější objekty, které reálně neexistují.
- Čichové halucinace – bývají často spojeny s bludy. Jsou to čichové vjemy bez reálných pachů. Typický je například pocit přítomnosti síry.
- Hmatové halucinace – člověk cítí například pálení, drásání, bolest apod.
- Chut'ové halucinace – nemocný vnímá neexistující chutě.
- Intrapsychické halucinace – nemocný může mít pocit, že mu někdo vkládá či odnímá myšlenky, manipuluje s nimi. Často se prolínají s bludy (Orel & Facová, 2009).

Bludy patří mezi poruchy myšlení. Podle Cohena (2002) můžeme bludy definovat jako abnormální ale stálá přesvědčení, která nevychází z pacientova sociálního a kulturního prostředí. Pro nemocného jsou realitou, i když existují důkazy, že nejsou pravdivá. Bludy mohou mít různý rozsah a zaměření, příkladem může být paranoidní blud, blud mikromanický či megalomanický, spasitelský blud atd. Obsahy bludů mohou souviset se současnou dobou, politickou situací, či sociální skupinou (Vágnerová, 2008).

Z **pozitivních symptomů** se kromě bludů a halucinací dále může objevit například desorganizovaná řeč, desorganizované chování, produktivní katatonní symptomatiku (echomantismy, stereotypie), manýrování, bizarní projevy, impulsy a raptý (Dušek & Večeřová Procházková, 2010).

1.4.2 Negativní příznaky

Negativní příznaky většinou nebývají tak nápadné jako ty pozitivní, ale jsou zároveň hůře ovlivnitelné antipsychotickou léčbou. Některé tyto příznaky mohou někdy zvenčí vypadat jako lenost, neochota se přizpůsobit – i když ve skutečnosti nejsou silou vůle ovlivnitelné. Tyto příznaky by tedy měly být vnímány jako symptomy nemoci, ne jako charakterové vlastnosti jedince. Mezi negativní symptomy patří oploštění emotivity, zúžení polaritý emočních projevů, redukce sociálních aktivit, chudá slovní produkce, hypoaktivita, snížená spontaneita, ztráta zájmů či anhedonie (Pečeňák, 2005).

Kognitivní příznaky jsou problémy s myšlením, pamětí, soustředěním i učením. Poruchy kognitivní funkcí vedou k tzv. **kognitivnímu deficitu**. Kvůli tomu může docházet k selhávání v běžných denních činnostech, při kontaktu s druhými lidmi či při práci. Často se tyto symptomy projevují neschopností se soustředit, horším vstřebáváním a zpracováváním informací, sníženou schopností něco plánovat či provádět nějaké činnosti, řešit problémy, nejvíce bývá narušena paměť včetně pracovní paměti a exekutivních funkcí. U některých nemocných může kognitivní dysfunkce progredovat, pokud je léčba zahájena včas, je obvyklé, že se některé kognitivní funkce zlepšují směrem k původní úrovni (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006).

Afektivní příznaky mění u osob s psychotickým onemocněním emotivitu. Typické je oploštění emotivity, anhedonie apod. Přidruženě se mohou objevit i poruchy nálady jako deprese, úzkost či mánie. Tyto příznaky však bývají typické spíše pro schizoafektivní poruchu (Fišar, 2009).

1.5 Průběh, výskyt a prognóza schizofrenie

Dle Rabocha a Zvolského (2001), ale například i Motlové a Španiel (2013) se průběh psychotických onemocnění, vzhledem k pokroku ve farmakologii, moderním psychosociálním postupům a psychiatrické rehabilitaci výrazně mění. Ačkoliv v minulosti se na onemocnění nahlíželo jako na devastující, se špatným koncem, dnes mnoho autorů hovoří o „**úzdравě**“ (Pěč & Probstová, 2009).

Schizofrenie se zpravidla objeví mezi 20. a 30. rokem života. První atace mohou předcházet některé **prodromální příznaky** jako je podrážděnost, náladovost, nedostatek sebevědomí či energie a podobně. Tyto nespecifické příznaky se mohou objevovat již od 15. roku věku a jak je patré, jsou těžko odlišitelné od běžných projevů dospívání (Bankovská Motlová & Španiel, 2013). Právě prodromální stádium je ale dle Rabocha & Zvolského (2001) vhodnou fází pro prevenci.

Časné varovné příznaky jsou takové příznaky, které člověk prožívá těsně před propuknutím ataky. Mohou trvat týdny, ale i i měsíce. Podle Styxe (2003) se v začátcích onemocnění člověk někdy stahuje postupně, někdy je tato změna výrazná a je okolím vnímána jako „zlom životní linie“. Nemocní popisují například úzkost, hloubavost, větší podezřívavost, vztahovačnost, ztrátu zájmu a motivace, nemluvnost, stranění se atd. Je logické, že člověk jen těžko zachytí své časné varovné příznaky již před první atakou. Mnozí lidé trpící schizofrenií se tyto časné příznaky později naučí rozpoznávat a vzít jej jako varování, že se může blížít relaps (Bankovská Motlová & Španiel, 2013).

V České Republice existuje pomůcka pro „hlídání“ časných varovných příznaků – pomůcka ITAREPS, která u nás funguje od roku 2005. Každý týden nemocný či rodinný příslušník vyplní dotazník časných varovných příznaků přes SMS, přičemž když program vyhodnotí kritickou míru varovných příznaků a kontaktuje ošetřujícího psychiatra. Podle autorů je schopen snížit míru hospitalizací až o 70 % (Bankovská Motlová & Španiel, 2013).

Psychotická ataka trvá řádově týdny, podle Bankovské Motlové a Španiela (2013) obvykle až 6 měsíců. Může začínat velice dramaticky a náhle. V tuto chvíli již onemocnění nelze přehlížet. Do popředí přicházejí pozitivní symptomy jako bludy, halucinace a stav může být krizový. Psychické funkce jsou výrazně narušeny – ovlivňuje myšlení, prožívání emocí, chování, vnímání i motoriky. Je významně narušena schopnost vnímat realitu. Ataky většinou nevznikají náhodně, bývají vyprovokovány nějakým spouštěčem - například stresem, konfliktem, drogami a podobně (Orel & Facová, 2009).

V dnešní době je věnována velká pozornost **první psychotické epizodě** (první atace) – je totiž velice důležité začít s léčbou co nejdříve. Čím dříve začne léčba, tím lepší má nemocný vyhlídky do budoucna. Je tedy velice důležité, aby rodina zavčas rozpoznala příznaky a mohla jednat.

Remise nastává ve chvíli, kdy nemoc ustoupila, i když mohou přetrvávat některé zbytkové příznaky. U každého je tato doba různá, u někoho tyto zbytkové příznaky ustoupí poměrně rychle, u někoho to může trvat několik let (Orel & Facová, 2009). Psychotický proces je pro člověka velkou psychickou zátěží a může zanechat na nemocném nějaké stopy – například zbytkové negativní příznaky, zvýšenou citlivost k zátěži aj. Tak jako každá překonaná překážka a situace může boj s onemocněním člověku také přinést nějakou posilující zkušenost. Nutno je také zmínit negativní dopady postojů společnosti vůči duševně nemocným – problematika nezaměstnanosti, stigmatu, sociální izolace aj. (Raboch & Zvolský, 2001).

I přes ustoupení akutních příznaků však zůstává zranitelnost, náchylnost k recidivě (**relapsu**) onemocnění. K relapsu dochází až u 60 % pacientů, v období remise není možné předpovědět, zda k ní dojde či ne. Nejkritičtější období je však prvních 9-12 měsíců po ústupu příznaků schizofrenie (Kalina, 2001).

Bankovská Motlová & Španiel (2013) udávají, že do prvního roku od první epizody dojde k relapsu až u 30 % nemocných, do dvou let u 40-60 % a do pěti let až u 80 % nemocných. Každá další ataka (tzv. „relaps“) s sebou nese obrovskou zátěž nejen pro nemocného, ale i pro jeho okolí. Proto je lépe relapsům předcházet. Během této krize je pro člověka s psychózou nejbezpečnější a nejrozumnější volbou hospitalizace, kde mu může být poskytnuta náležitá léčba.

V dnešní době už můžeme upustit od pohledu na neblahou **prognózu** onemocnění, která charakterizuje schizofrenii jako nevyléčitelnou nemoc s devastujícími účinky. Podle Orla & Facové (2009) při určování prognózy onemocnění platí tzv. **třetinové pravidlo**: přibližně třetina lidí se úplně vyléčí a nepotřebuje další léčbu. Další třetina prožívá různě dlouhá období remise (ústupu nemoci), které je přerušováno občasnými relapsy. Zbylá třetina pacientů má některé problémy stále, avšak léčba může zmírnit některé symptomy a zlepšit tak výrazně kvalitu života nemocného. Prognózu ovlivňuje také to, jak rychlý byl začátek onemocnění. Pokud psychóza přišla náhle, její průběh byl prudký, doprovázený hlavně pozitivními příznaky – bludy a halucinacemi, je prognóza příznivější. Naopak při plíživém rozvoji nemoci a přítomností spíše negativních příznaků je prognóza méně příznivá.

Můžeme tedy předpokládat, že pro zlepšení prognózy můžeme udělat dvě věci: **zavčasu podchytit a léčit první ataku nemoci a nedopustit relaps** (Bankovská Motlová & Španiel, 2013)

1.6 Léčba schizofrenie

Oproti dřívějším dobám jsou vyhlídky léčby schizofrenie mnohem příznivější, s mnohem širšími možnostmi. Cílem léčby na prahu 21. století již není pouze odstraňování symptomů, ale tzv. „**úzdrava**“, tedy možnost vést normální život, který je v mezích určitých faktických omezení, daných prodělanou nemocí, plnohodnotný (Bankovská Motlová & Španiel, 2013).

Anthony (1993; in Pěč & Probstová, 2009) v této souvislosti mluví o **zotavení** („recovery“). Tento stav vyjadřuje něco jiného než „vyléčení“ v lékařském smyslu. Je definován jako velmi osobní a jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů i hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob prožívání života přinášejícího uspokojení, naději a prospěch i přes limity, které nemoc nastavila. Prostřednictvím zotavení si člověk vytváří nový smysl a účel vlastního života. Zotavení je proces, který je komplexní a časově náročný, vyznačuje se řadou krizí, zvrátů a zlepšení.

Podle dosavadních studií je zřejmé, že takto definované úzdravy je možno dosáhnout pomocí kombinace **farmakologické léčby** a působením **psychosociálních intervencí**. Při léčbě schizofrenie jsou stěžejní antipsychotika, které působí na dopaminové receptory v mozku. Další formou léčby, kterou je v případě onemocnění schizofrenií výhodné kombinovat s léky, je psychoterapie. V rámci pomoci se začleněním do společnosti, pracovním uplatnění aj. jsou k dispozici další socioterapeutické metody.

Klíčem k úspěšné a účinné terapii schizofrenie je **biopsychosociální model**, o kterém jsme se zmínili již v kapitole o vulnerabilitě. Základem v terapii tohoto onemocnění je posílení křehkého neurokognitivního terénu nemoci, tedy zvýšení odolnosti vůči stresu (Bankovská Motlová & Španiel, 2013).

Účinná léčba psychóz tedy spočívá v komplexním přístupu a je během na dlouhou trať. V rámci popisu léčby schizofrenie se v následujících odstavcích zaměříme na to, jakými způsoby je možno k léčbě přistupovat a jaké nástroje k tomu můžeme využít. Druhy a prostředky léčby však také závisí na tom, kde všude je léčba poskytována a jaká jsou její specifika v jednotlivých fázích onemocnění.

- **Akutní fáze onemocnění** – v této fázi je cílem terapie zejména odstranění floridních psychotických příznaků a agitovanosti, čehož můžeme dosáhnout zejména prostřednictvím farmakoterapie antipsychotiky. V rámci psychosociálních intervencí je v této fázi důležité zejména navázání terapeutického vztahu, koherentní a přehledná komunikace a zajištění nestresujícího prostředí. Tyto jednotlivé cíle jsou naplňovány ve většině případů prostřednictvím hospitalizace.
- Ve **stabilizační fázi** – tzv. „křehké remisi“ je základním cílem dosáhnout remise, a získat spolupráci nemocného i jeho rodiny. Tohoto je dosahováno prostřednictvím antipsychotik s důrazem na minimum nežádoucích příznaků. Indikována je také podpůrná psychoterapie, zahájení psychoedukace nemocného i jeho rodiny. Toto bývá naplňováno většinou v rámci ambulantní péče nebo v denních stacionářích.
- Ve **stabilní fázi** („remisi“) je nejdůležitějším úkolem zejména zajistit zamezení relapsu (případně včas rozpoznat příznaky hrozícího relapsu) a zajistit co možná nejvyšší kvalitu života nemocného. Antipsychotika mají funkci zejména udržovací, účinné jsou nejrůznější aktivity jako nácvik sociálních dovedností a rehabilitace kognitivních funkcí. Toto se děje hlavně v rámci komunitní péče, denních stacionářů, ambulancí a svépomocných aktivit (Bankovská Motlová & Španiel, 2013).

1.6.1 Biologické přístupy k léčbě, antipsychotika

Dříve se místo termínu antipsychotika používalo pojmu neuroleptika. Konotace pojmu byla spojena s jejich nejvýraznějším vedlejším účinkem, tedy s navozením extrapyramidové svalové ztuhlosti, která byla považována za nevyhnutelnou komplikaci pro dosažení antipsychotického účinku (Raboch & Zvolský, 2001). Základem při léčbě schizofrenie jsou v současné době **antipsychotika II. generace**, které vykazují oproti antipsychotikům předchozí generace výrazně méně nežádoucích účinků (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006).

Cílem léčby antipsychotiky v akutním stadiu schizofrenie je dosažení remise. Antipsychotické léky působí prostřednictvím **blokování dopaminových receptorů (D2)**. Mohou mít ale vliv i na jiné receptorové systémy (např. serotoninové, noradrenalinové), což může vést například i k antidepresivním účinkům (Fišar, 2009). Pokud se tedy objeví akutní psychotické příznaky, podají se nemocnému antipsychotika, která způsobí zabránění tvorbě nových psychotických významů. Tato medikace navozuje takový stav, který bychom mohli charakterizovat jako „měkký reset systému významotvornosti.“ Vzhledem k vracejícímu se charakteru nemoci je třeba udržovat v limbickém systému určitou míru dopaminergní blokády. Krom toho je třeba sledovat časné varovné příznaky, které ukazují na znovunastolenou dysregulaci dopaminu (Bankovská Motlová & Španiel, 2013).

Většinou se antipsychotika užívají perorálně, což je upřednostňováno. Při akutní formě lze také použít podání léku ve formě krátkodobě působící injekce, jejíž účinky přetrvávají až 24 hodin. Při nonkomplianci s lékařem (neochota brát léky, zapomínání apod.) lze využít formy depotní antipsychotické injekce, nástup je pozvolný, ale účinky přetrvávají několik týdnů. Platí pravidlo, že čím dříve započne adekvátní léčba antipsychotiky, tím více se snižuje riziko chronifikace onemocnění a riziko trvalého poškození některých funkcí (Orel & Facová, 2009).

I když antipsychotika účinně chrání nemocného před relapsem, podle Bankovské Motlové Španiela (2013) až 80 % osob trpících schizofrenií nedodrží předepsanou léčbu. Právě špatná spolupráce nemocného s lékařem a odmítání braní léků je u schizofrenie a psychóz častá. To mohou zlepšit krom jiného také psychoedukační programy, kde se nemocný dozví, jak léky a fungují a proč jsou tak důležité.

Elektrokonvulzivní terapie je jedna z nejstarších a stále používaných biologických metod v psychiatrii. Do roku 1955 byla elektrokonvulzivní terapie jediná účinná terapie schizofrenie. Schizofrenie patří i dnes do druhé nejčastější indikace elektrokonvulzivní terapie hned po depresivní poruše. Elektrokonvulzivní terapie patří mezi nejeftivnější způsoby v léčbě schizofrenie, jeho působení je však krátkodobé a je nutné nemocného co nejdříve nastavit na užívání antipsychotik (Pečeňák, 2005).

1.6.2 Psychosociální přístupy

Například Pěč (2009) poukazuje na to, že pouze farmakologický přístup k léčbě psychotických onemocnění je v mnoha a případech nedostačující – stále je velké množství osob, kteří jsou k farmakologické léčbě rezistentní, případně mají kognitivní deficity, trpí častými relapsy onemocnění, mají neuspokojivé vztahy se svými příbuznými, nemají dostatečně vyvinutý repertoár sociálních dovedností, nespolupracují při léčbě či jsou bez zaměstnání. Na tento okruh problémů se zaměřují právě psychosociální intervence. Hlavním cílem léčby u lidí se schizofrenií je dosažení remise a zlepšení kvality života. Kromě zásahů, které se přímo zaměřují na prevenci relapsu, mohou psychosociální přístupy nepřímo snížit zranitelnost k recidivám zlepšením v oblasti mezilidských vztahů či v zaměstnání (Mueser & Gingerich, 2011).

Výsledky studií (Moitabai, 1998; in Pěč 2009), které posuzovaly účinnost psychosociálních intervencí, vypovídají o tom, že psychoterapie a psychosociální působení jsou právoplatnou a neopomenutelnou součástí komplexní léčby spolu s léčbou somatickou, tedy spolu s psychofarmaky či elektrokonvulzivní terapií. Efektivnější jsou pak psychosociální intervence v chronických fázích onemocnění a v rámci remise než ve fázích akutních. Tato účinnost je nejvyšší v oblastech poruch myšlení, negativních symptomů, spolupráce při léčbě a ve frekvenci relapsů

Zatímco většina autorů, například Praško, Horáček & Škrdlantová (2003) považují psychosociální intervence a programy za další možnou pomoc osobám léčeným antipsychotickými léky, přičemž užívání medikace uvádí jako základní podmínku léčby, o nutnosti léčby biologickými prostředky, tedy antipsychotiky diskutuje například finský terapeut Jaakko Seikkula. Jeho přístup, nazvaný „otevřený dialog (open dialogue approach)“ je založen na dialogu, spolupráci s rodinou a dalšími lidmi ze sociálního okolí klienta, kdy společně s interdisciplinárním týmem (psychiatr, psycholog, sociální pracovníce, příp. psychiatrická sestra) společně hledají cestu z krize, pokud možno bez hospitalizace a léčbou antipsychotiky. Tzv. „otevřená setkání“ týmu odborníků s pacientem a rodinou jsou v počátku krize velmi intenzivní, společně se hledá a tvoří společně nový jazyk a příběh, v průběhu otevřených setkání se tak průběžně mění význam psychózy. Podle výzkumu provedeného ve Finsku tito klienti potřebovali medikaci jen v 35 % oproti 100 % v ostatních skupinách s běžnou léčbou, relaps nastal jen u 24 % klientů oproti 71%u běžné léčby (Seikkula & Arnkil, 2013).

Kromě **psychoterapie** a **psychoedukace**, o kterých budeme podrobněji mluvit v následujících kapitolách, k psychosociálním přístupům patří například **kognitivní rehabilitace**, která slouží u lidí se schizofrenií k pozitivnímu ovlivnění činnosti kognitivních funkcí, které jsou často důsledkem onemocnění ovlivněny, dále můžeme jmenovat například nácvik sociálních dovedností.

Sociální rehabilitace, respektive **socioterapie** zahrnuje nejrůznější druhy působení, směřující k aktivizaci nemocných a podporu rozvoje činností a dovedností, které uplatní v praktickém životě. Hlavním zaměřením je dosažení přijatelné sociální adaptace a integrace nemocného, ať už v oblasti bydlení či zaměstnání. V rámci socioterapie je důležitým cílem i úprava soužití v rodině nemocného, **aktivizace nemocných** (zajištění denního programu, ochranné prostředí bez stresu, kontakt s lidmi). Dlouhodobý pobyt v léčebnách není žádoucí, pokud tedy nemocný nemá možnost z jakýchkoliv důvodů bydlet u rodiny či příbuzných a potřebuje v této oblasti podporu, existuje zde možnost využití služby **chráněného bydlení**. Jako měřítko sociální adaptace bývá často považováno pracovní zařazení. Návrat do práce může být pro většinu těchto osob z mnoha důvodů obtížný (menší výkonnost, potřeba nestresujícího prostředí, horší adaptabilita, stigmatizace), možností může být chráněné pracoviště či **podporované zaměstnání**, které respektuje potřeby a možnosti osob s duševním onemocněním (Pěč & Probstová, 2009; Vágnerová, 2008).

1.7 Komunitní péče, psychiatrická rehabilitace psychóz

V posledních desetiletí můžeme v systému péče o duševně nemocné sledovat významný posun. Od přístupu čistě **medicínského** a zaměření jen na léčbu symptomů se dostáváme k pojetí pacienta, resp. klienta jako osoby, která žije v určitém sociálním kontextu, která má určité potřeby a také potenciál rozvoje, přičemž její onemocnění funguje v daném systému jako ovlivňující proměnná. V posledních době můžeme registrovat výrazné snahy o změnu systému psychiatrické péče, trend přesunu péče z institucionalizované, směrem k péči **komunitní**.

1.7.1 Komunitní péče

Komunitní péče zahrnuje soubor služeb, programů a zařízení s cílem pomoci lidem s duševním onemocněním žít v podmínkách co nejvíce podobných běžnému životu subjektivně co nejuspokojivějším způsobem. Cílovou skupinou komunitní péče nejsou jen osoby s duševním onemocněním, ale i další členové komunity a osoby, které mohou tuto pomoc samy poskytovat. Mezi postupy komunitní péče řadíme nejen léčbu, ale i podporu sociální oblasti života klienta, zejména práce, bydlení a sociálních kontaktů. Z toho vyplývá, že základním předpokladem kvalitní komunitní péče je úzká spolupráce mezi sociálním a zdravotním resortem (Pěč, 2008).

Řada osob se zkušeností se schizofrenií či jiným vážným duševním onemocněním si podle předpokladů komunitní péče dokáže vybudovat dobrý a kvalitní život – většina z nich k tomu ale potřebuje dlouhodobější profesionální pomoc a péči. Abychom mohli tuto péči kvalitně poskytovat, je potřeba tyto rozmanité potřeby znát. Kroon (2003; in Pěč & Probstová, 2009) poukazuje na několik nejvýznamnějších oblastí, ve kterých mohou osoby s duševním onemocněním psychotického charakteru ve většině případů potřebovat podporu a pomoc.

- Podpora ohledně zvládnutí hendikepu a jeho psychických důsledků
- Pomoc při osobní úsilí o zotavení – uspořádání věcí, jak současných tak minulých; sestavení životního plánu, získání sebedůvěry
- Podpora při získání a udržování sociálních kontaktů i vztahů, pomoc s uspokojením potřeby akceptace, pocitu začlenění
- Podpora při hledání a udržení zaměstnání, při vzdělávání, volný čas

Podle něj taktéž osoby s psychickým onemocněním pociťují nedostatek zájmu o svoji osobu, přičemž tento zájem by měl vycházet z jejich individuální podstaty, z jejich osobních starostí, ale i možnostech rozvoje. Z výzkumu vyplývá, že tito lidé mají velkou touhu potřebu lépe zvládat svůj život. Tyto výše uvedené aspekty by měly být respektovány v systému kvalitní komunitní péče. Kdo všechno je může naplnit? Krom profesionálů hraje velkou roli rodina, blízcí, přátelé, ale i například svépomocné skupiny zaměřené na zotavení.

Představy o tom, jak by měla vypadat kvalitní komunitní péče, se mezi profesionály, klienty, rodinami v mnohých oblastech shodují. Jsou jimi zejména:

- Kvalitní pracovní spojení („working alliance“), kdy je klient respektován jako kompetentní osoba s vlastními zkušenostmi, cíli i znalostmi
- Zaměření se na posílení („empowerment“) a začlenění klientů do společnosti
- Důraz na rodinu a sociální síť klienta, jejich podpora (Pěč & Probstová, 2009).

1.7.2 Psychiatrická rehabilitace

Psychiatrická rehabilitace vychází z klasického vymezení pojmu rehabilitace jakožto navrácení schopností, přídavné jméno psychiatrická značí, že se zaměřuje na psychiatrické pacienty (za ekvivalent můžeme označit i psychosociální rehabilitaci). Zatímco psychiatrická léčba se zaměřuje zejména na poškození („impairment“), rehabilitace na postižení („disability“ – funkční ztráta vyplývající z poškození) a hendikep (sociální odpověď na postižení). Psychiatrická rehabilitace je **součástí komunitní péče** a má s ní mnoho společných rysů (Pěč & Probstová, 2009).

Psychiatrická rehabilitace pomáhá člověku s duševním onemocněním v úzdavě či zotavení („recovery“). Nejde o vymizení symptomů, ale o adaptaci, i přes případné přetrvávající symptomy. Poslání psychiatrické rehabilitace definoval už v osmdesátých letech minulého století Anthony (1993; in Pěč & Probstová, 2009), když o ní mluvil jako o pomoci lidem s psychiatrickými obtížemi zejména v takovém fungování, ve kterém mohou dosáhnout úspěchu a spokojenosti v prostředí, které si sami vybrali k životu za současné co nejmenší míry profesionální podpory. Pojem psychiatrická rehabilitace však není jasně vymezen a spadají pod něj nejrůznější přístupy a aktivity (Pěč & Probstová, 2009).

Klíčovým předpokladem pro naplnění kvalitní psychiatrické rehabilitace je **multidisciplinární spolupráce**. Ta by měla fungovat mezi složkou léčebnou (psychiatr, praktický lékař, zdravotní sestra, psychoterapeut) i rehabilitační (sociální pracovníce, pracovní asistent) a mezi osobami z blízkého okolí klienta. Bohužel, v praxi v České republice takovéto mobilní interdisciplinární týmy příliš nefungují, na rozdíl od zemí jako je například Finsko nebo Nizozemí (Hejzlar, Halíř, & Fiala, 2010).

1.7.3 Situace v ČR, reforma psychiatrické péče

U nás se zatím i přes mnohé snahy zatím koncept komunitní péče nepodařil plně uplatnit. Péče o nemocné má stále **charakter institucionální** a je soustředěna do velkých léčeben (Pěč, 2008). I když počátkem devadesátých let u nás vznikly jakési zárodky komunitního přístupu (mimo nemocniční zařízení), bohužel, vzhledem k nepřízní systému psychiatrické péče a dalším faktorům vývoj spíše ustrnul. Další zařízení spíše nevznikala, pokud ano, působila bez efektivní spolupráce s ostatními zařízeními a lůžkovým sektorem. (Pěč & Probstová, 2009).

Perspektivou v oblasti rozvoje psychiatrické péče jsou v dnešní době zejména ambulance psychologů a psychiatrů, jejichž síť je poměrně dost hustá. Naopak kritický nedostatek je v oblasti krizové pomoci – existují jen 3 centra s nepřetržitou dostupností psychiatra. V ČR je přibližně 20 denních stacionářů, mizivá je však dostupnost terénních služeb. Mobilní týmy příliš nefungují a nemocní musí za službami dojíždět, péče se často nedostane k těm, kteří ji nejvíce potřebují. O něco lépe se daří rozvíjet síť péče ze strany neziskových organizací, podle dostupných údajů jich v ČR funguje přibližně 30 (Raboch & Wenigová, 2012).

Například v roce 2001 byla naprostá většina financí určených pro psychiatrickou péči alokována do psychiatrické lůžkové péče a pouze mizivé procento do sféry ambulantní, z čehož patrně vyplynula snaha o transformaci – bylo vydáno programové prohlášení, kde je do roku 2020 naplánována kompletní reforma psychiatrické péče. Nicméně i v roce 2011 bylo stále 86 % lůžek v psychiatrických léčebnách a proporce z roku 2001 zůstaly velmi podobné (Höschl, 2013).

Jako největší problémy v současné psychiatrické péči vidí Hollý (2013), ředitel PL Bohnice, zejména **špatnou dostupnost péče a diskontinuitu péče**. Péče založená na velkých ústavech má obrovskou spádovou oblast, čímž mimo jiné často způsobí odtržení nemocného do jeho sociálních kontaktů, od rodiny. Nová reforma by měla sledovat právě kontinuitu služeb, měla by směřovat k přesunu od velkých zařízení směrem ke komunitní péči, individualizaci péče a zvyšování kvality života obecně. Otázkou zůstává, jakou formou systém péče změnit, zda je na místě vycházet ze současné struktury (a měnit poměry mezi ambulantní a lůžkovou péčí) či navázat na systém práce zahraničí, kde fungují mobilní týmy pro krizovou péči, pracovat spíše v domácím prostředí klienta, aplikovat preventivní programy apod. Oboje má své výhody i nevýhody a radikální řešení vždy přináší jisté obtíže (Höschl, 2013).

8. října 2013 byla na Ministerstvu zdravotnictví ČR vydána dlouho očekávaná **Strategie reformy psychiatrické péče**. Jedná se o zásadní dokument, který nastavuje cíle, úkoly a rozpočtový rámec na roky 2014 až 2023. Na tvorbě této strategie se podílelo mnoho zájmových skupin – členové psychiatrické společnosti ČLS JEP, uživatelé péče, zástupci Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, nestátních neziskových organizací i zdravotních pojišťoven. Globálním cílem této strategie je zlepšení kvality života lidem s duševním onemocněním. Tento cíl pak je rozpracován do 7 dílčích cílů:

- Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.
- Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.
- Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.
- Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.
- Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).
- Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.
- Humanizovat psychiatrickou péči (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013).

Nejbližší plánovanou aktivitou je pilotní provoz Center duševního zdraví, která by měla naplňovat jeden z cílů, kterým je právě zlepšení dostupnosti služeb. Dalšími pilíři jsou: ústavní zařízení lůžkové péče, psychiatrická oddělení nemocnic a ambulantní psychiatrie. Reforma se také zaměřuje na destigmatizaci nemocných a lepší kooperaci mezi psychiatrií a ostatními medicínskými obory - obzvláště důležitá se jeví spolupráce s Ministerstvem práce a sociálních věcí (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013).

2 Skupinová psychoterapie a psychoedukace

2.1 Skupinová psychoterapie

Psychoterapii obecně můžeme definovat jako léčebné působení na nejrůznější poruchy, problémy a potíže prostřednictvím **psychologických prostředků**. Skupinovou terapii od té individuální odlišují vztahy, které se během záměrně sestavené skupiny vytvořily, ať už mezi členy skupiny, ale i mezi skupinou a terapeutem. Skupinová psychoterapie může napomoci vzájemné atmosféře pochopení, vyslechnutí, povzbuzení, může sloužit k projevení pochopení a případnému opravení chyb v postojích či v chování k ostatním lidem, využívá skupinou soudržnost i skupinového napětí, umožňuje nácvik nového, funkčnějšího chování, osvojení si chybějících sociálních dovedností apod. Jistým způsobem obohacuje a zesiluje to, co funguje v individuální psychoterapii a přidává jí další rozměry (Kratochvíl, 2005).

V komplexní léčbě psychóz má psychoterapie své nezastupitelné místo a má v této oblasti také poměrně **dlouhou historii**, jejíž podoba se měnila spolu s charakterem psychiatrické péče. Dlouhodobá skupinová terapie v ústavních zařízeních vycházela z tehdejšího modelu péče o duševně nemocné. Přerod skupinové psychoterapie psychóz přišel společně s deinstitutionalizací a s nástupem komunitní péče – dnes fungují spíše krátkodobé skupiny probíhající zpravidla na akutních odděleních či dlouhodobé terapie v rámci denních stacionářů či ambulantní léčby (Pěč & Probstová, 2009).

Kanas (1987) provedl přehled 43 studií s kontrolovanými skupinami, na kterých ukázal, že u skupin osob s psychózou, které se léčí formou skupinové terapie, se prokázal příznivý efekt ve srovnání s kontrolními skupinami (80 % u ambulantních a 67 % u hospitalizovaných pacientů). Nejméně prokazatelný efekt vykazovaly skupiny krátkodobé, zaměřené na vhléd. Skupiny by podle něj měly být homogenní,

Cílem psychoterapie u osob s psychózou je podle Strossové (1984) zejména umožnění pocitu pochopení. Žádoucí je postupný převod nemocného prožívání do reality, případně izolace bludů, které přetrvávají, od zdravých složek psychiky nemocného, získání náhledu na své onemocnění a podpora sociální sítě nemocného. Stěžejní je hledání perspektiv do budoucna, rozvíjení zdravých prvků v jeho životě, jeho osobnosti, rozvíjení zájmů, zdrojů a možností. Terapeutické vedení by mělo směřovat k reálným cílům, kterých je nemocný schopen dosáhnout.

Skupinová psychoterapie pak může pomoci v začlenění se do společnosti, pomáhá zlepšovat komunikaci a sociální dovednosti, nemocný si může uvědomit, že i ostatní lidé řeší stejné věci, může se od skupiny učit, jak psychózu zvládat a jak se s ní vyrovnat, jak řešit každodenní problémy, umožňuje lepší testování reality, pomáhá vytvořit náhled na onemocnění (Praško, Horáček, & Škrdlantová, 2003).

Získávání nových zkušeností v psychoterapii není vždy pro člověka s psychózou jednoduché, ve chvílích, kdy se ocitá v nezvyklé situaci, se může bránit tím, že se „cítí špatně“. Zhoršení můžeme zaznamenat i ve chvílích, kdy se skupina dostává k nějakému závažnému problému jeho života, který si dříve nepřipouštěl či o něm nechtěl mluvit. Počáteční nedůvěra v psychoterapii a jednotlivé techniky je poměrně běžná (Kalina, 2001).

O zvláštních **nárocích na terapeuta** hovoří například Strossová (1984). Podle ní by měl být terapeut provádějící skupinovou psychoterapii pro osoby s psychotickým onemocněním především citlivý, tolerantní a trpělivý (bez očekávání rychlých a stoprocentních výsledků), s kladným vztahem ke svým pacientům. Extrémně důležitý je zejména autentický zájem, který pak přirozeně navozuje atmosféru důvěry a zakládá kvalitní terapeutický vztah. Terapeut by měl do skupiny vnášet u této cílové skupiny tolik potřebnou důvěru, pocit bezpečí a jistoty. Tento typ terapie vyžaduje od terapeuta aktivnější a direktivnější přístup (což ale nesmí být zaměňováno s tvrdou autoritativností), i přes nutnost větší aktivity a direktivity terapeut zůstává zejména milující, chápající a tolerantní, chránící a pozitivně stimulující.

Jednotlivé psychoterapeutické přístupy ke schizofrenii rozděluje Praško, Horáček & Škrdlantová (2003) dle zaměření na tyto typy:

- **Investigativní** (odkrývající) psychoterapie. Snaží se o porozumění významu psychotické zkušenosti a její integrování, cílem je pozitivní osobnostní změna, redukce křehkosti a zranitelnosti, analytický vztah.
- **Podpůrná** psychoterapie (suportivní, na realitu orientovaná). Cílem je znovunavození rovnováhy duševního života, redukce symptomů, nepracuje se symbolickými obsahy psychotických prožitků, ale obrací se na okolní realitu, zdroje, upravuje kontakt nemocného s jeho okolím, posiluje pozitivní vztah s terapeutem a vyhýbá se negativnímu přenosu.
- **Psychosociální intervence a nácviková** psychoterapie (behaviorální terapie, rodinná terapie, psychoedukace, kognitivní rehabilitace, nácvik sociálních dovedností). Zaměřují se zejména na praktická řešení sociálních a psychologických problémů (Praško, Horáček, & Škrdlantová, 2003).

Ukázalo se, že terapie zaměřené na vhléd je u většiny nemocných se schizofrenií často nejen neúčinná, ale může způsobovat až zhoršení příznaků, vedoucích k relapsu. Důraz ve skupině by měl být kladen na současnost, respektive budoucnost, nikoliv na minulost (Praško, Horáček, & Škrdlantová, 2003). Podle těchto autorů je u této cílové skupiny vhodnější aplikace podpůrné psychoterapie, přičemž její zaměření je následující:

- Pomoci porozumět nemocnému v tom, co se děje
- Navodit pocit bezpečí a kontroly nad svým životem
- Vyzdvihnout zdravé komponenty osobnosti od nemocných
- Ohraničit a omezit projevy patologie
- Podporovat a posilovat sebeúctu pacienta
- Stanovit nenáročné, prakticky zaměřené a dosažitelné cíle
- Pomoci získat důvěru v sebe i ve svět kolem
- Vyhýbat se nadměrné či naopak nedostatečné stimulaci
- Klást důraz na podporu rodiny, zejména tak v rámci kognitivních prvků
- Posilovat kompetenci nemocného, pocit jeho vlastního zvládnání
- Podporovat samostatnost nemocného
- Koordinovat spolupráci lékaře, personálu a rodiny
- Vnímat jej jako celistvou bytost, nikoliv jako soubor příznaků

Při úvahách o tom, proč je u osob s psychózou vhodná spíše **skupinová terapie** než individuální můžeme vycházet také z modelu vzniku onemocnění – jelikož je etiologie těchto onemocnění multifaktoriální, s významným zakotvením v sociálním světě nemocné osoby, skupinová terapie, kde se pracuje právě se sociální stránkou osobnosti nemocného, může být vhodným nástrojem pro zotavení v této důležité oblasti (Pěč & Probstová, 2009). I Strossová (1984) mluví o významnosti skupinové psychoterapie z hlediska většího přiblížení sociální realitě, zdůrazňuje možnost prožití nové, pozitivní zkušenosti v sociálních interakcích a napomáhá začlenění osob s psychózou do společnosti.

Skupinová terapie může přinést náhled na to, co je „zdravé“ a co je „nemocné“ a měla by být zaměřena zejména na podporu toho zdravého. Je vhodná pro překonání zranitelnosti, pomáhá řešit životní problémy a předcházet relapsu. Prostřednictvím skupinové terapie se může nemocný zbavit pocitu výlučnosti, může mluvit s osobami, které mají podobný problém a může těžit z rovnoprávného bezpečného prostředí, bez obav o to, že bude kvůli svým obtížím nějakým způsobem diskreditován. Ve skupině také dochází k rozmělnění psychotických přesvědčení pocházejících z minulosti a významné je potvrzení objektivní reality, kterou si v procesu terapie ve skupině také vytvářejí, ale i umožnění objektivnější náhled na sebe samého ze strany ostatních účastníků skupiny. Pomocí ní může nemocný dospět ke zlepšení mezilidských vztahů a rodinných problémů (Chavéz, 2011).

Kratochvíl (2005) hovoří o nevhodnosti účasti neurotický a psychotický pacientů v jedné terapeutické skupině. Existuje zde riziko dekompenzace osoby s psychózou, pokud by se účastnila silné skupinové dynamiky pracující skupiny osob s neurotickými obtížemi. Skupiny pro osoby s psychózou by tedy ve srovnání se skupinami pro osoby s neurózami měly probíhat v podstatně méně stresujícím prostředí, s výraznou podporou a někdy by se více orientovat na navázání kladných sociálních vztahů a resocializaci.

Skupinová psychoterapie by podle Praška, Horáčka & Škrndlantové (2003) měla provádět až po **odeznění akutních příznaků** – v akutním stadiu nemoci má taková terapie malý efekt a může dokonce stav zhoršit a nemocného dekompenzovat. V období remise, po odeznění akutních příznaků však skupinová psychoterapie může výrazně pomoci. Kalina (2001) je stejného názoru, tedy že skupinová terapie je vhodná zejména pro nemocné v remisi, když příznaky vyhasínají.

2.2 Psychoedukační skupiny

Psychoedukace je velmi účinnou „evidence-based“ technikou která je využitelná jak v podmínkách klinických, tak i v rámci komunitní péče. Psychoedukace integruje psychoterapeutické a vzdělávací intervence a může být využita u nejrůznějších onemocnění i životních událostí. Nejznámější a také nejlépe výzkumně uchopená je psychoedukace u schizofrenie a jiných duševních onemocnění. Psychoedukace se ale uplatňuje i u dalších chronických onemocnění, chronické bolesti, u léčby rakoviny aj. (Lukens & McFarlane, 2004).

Psychoedukace se tedy za poslední dvě desetiletí stala uznávanou plnohodnotnou a účinnou součástí pohospitalizační péče o osoby s psychotickým onemocněním (Praško, Vrbová, Látalová, & Mainerová, 2011). Smyslem psychoedukace je předat nemocným a případně jejich blízkým **srozumitelné informace o jejich onemocnění**. Pomocí edukace dochází ke zlepšení spolupráce v léčbě a umožňuje aktivní účast klientů v terapeutickém procesu. Cílem je zejména prevence relapsu, snížení počtu rehospitalizací a zlepšení kvality života klientů (Masopust & Pidrman, 2002).

Díky psychoedukaci se mají osoby s psychózou dozvědět o povaze svého onemocnění, o možnostech léčby, o průběhu psychózy, o vedlejších účincích léků atd. Je nanejvýše vhodné, aby se do psychoedukačního procesu zapojili i **blízcí a rodina nemocného** (Látalová & Pidrman, 2006).

Podle Malé & Navrátilové (2006) můžeme edukaci považovat za **druh psychoterapeutického působení**, přičemž podobnost nalzáme nejvíce s racionální terapií. Můžeme chápat jako systematickou didaktickou formu psychoterapeutické intervence, která má za cíl informovat nemocné a jejich příbuzné o nemoci a možnostech jejího zvládnutí (Bhattacharjee, a další, 2011). S konceptem psychoedukace jakožto psychoterapeutické intervence souhlasí i Praško, Vrbová, Látalová & Mainerová (2011), když mluví o psychoedukaci jako o kognitivní, behaviorální, vzdělávací a podpůrné intervenci v rámci komplexní péče o osoby s psychózou. Stejný názor zastávají i Bäuml, Frobose, Kraemer, Rentrop, & Pitschel-Walz (2006), kteří hovoří o psychoedukaci jako o specifické formě psychoterapie, kde jsou využívány specifické terapeutické techniky obsahující prvky z podpůrné a kognitivně-behaviorální terapie.

Základním východiskem psychoedukace je právo všech osob na informace o svém zdravotním stavu a o možnostech léčby a tím pádem jeho zplnomocnění a postavení do aktivní role v rámci vlastního procesu údravy (Mueser, a další, 2002). Bohužel i přes to, že by měla být psychoedukace součástí komplexní léčby psychóz, ne vždy je bohužel tento typ podpory k dispozici a mnoho nemocných i jejich blízkých zůstává bez jakéhokoliv povědomí a informací o svém onemocnění.

Zásadní roli v tom, jak bude nemocný svou nemoc přijímat či odmítat hraje zejména způsob, jakým ho seznamujeme s nemocí. Již jen to můžeme označit jako edukaci. Slovo psychóza či schizofrenie je pro většinu lidí spíše bezobsažný pojem, případně má až výrazně negativní nádech. Prostřednictvím edukace pak těmto pojmům dáváme obsah, předáváme informace o nemoci lidem, pro které má nemoc v životě obrovský význam a má vliv na sebepojetí nemocného. Je velký rozdíl mezi přijetím faktu že „já jsem schizofrenik“ a „já jsem onemocněl schizofrenií“. Zatímco prvním výrokem determinujeme bezmocnost, absolutnost a nemožnost změny, druhý evokuje spíše možnost přijetí nemoci, ale také faktor naděje, zplnomocnění (Malá & Navrátilová, 2006).

Výhodou psychoedukace může být i její užitečnost pro celé spektrum nemocných psychózou, i pro ty s kognitivními deficity a dalšími problémy, pro které by jiné typy intervencí nemusely být vhodné nebo by byly příliš náročné (Aho-Mustonen, 2011).

Mezi hlavní cíle a **účinky psychoedukace** můžeme zařadit zejména:

- Zajištění základní kompetence u nemocných a jejich blízkých
- Usnadnění informovaného a zodpovědného zacházení s onemocněním
- Transformace z pozice pacientů do role odborníků na svou nemoc
- Prohloubení pacientovy role „experta“ na své onemocnění
- Zesílení role příbuzných a blízkých a ochranného potenciálu rodiny
- Optimální kombinace profesionálního působení a zplnomocnění klienta
- Umožnění náhledu na onemocnění
- Podpora prevence relapsu
- Optimalizace užívání psychofarmaka zlepšení compliance při léčbě
- Pomoc s řešením krize a prevence sebevražedného jednání
- Práce s úpravou životního plánu

(Bäumel, Frobose, Kraemer, Rentrop, & Pitschel-Walz, 2006)

Sibitz, Amering, Gössler, Unger & Katsching (2007) popsali **historický vývoj** psychoedukačních intervencí pro osoby s psychózou. Na počátku to byly intervence zaměřené čistě na adherenci a spolupráci při užívání medikace. Dnes se důraz posunuje směrem k podpoře zdravých částí osobnosti nemocného, zvýšení celkové kvality života. V moderních psychoedukačních programech by měl být kladen důraz i na otázky kvality života nemocného, na podporu sebevědomí, práci se stigmatem, na dobře fungující terapeutický vztah, na sdílení problémů s ostatními, učení se copingových strategií, důraz na sociální oporu nemocného a zejména na kvalitní terapeutický vztah.

Pekkala & Merinder (2011) provedli analýzu několika dostupných relevantních studií (v rámci Cochranovy databáze) zaměřených na **efekt psychoedukačních skupin** uvádí, že efekt tohoto typu intervence spočívá zejména ve vlivu na vyšší kompliance, lepší spolupráci při léčbě, snížení počtu relapsů a zejména vyzdvihuje pozitivní vliv na kvalitu života nemocných. Podobnou analýzu realizovali ve stejném roce Xia, Merinder, & Belgamwar (2011) - analyzovali celkem 44 výzkumů a výsledky jejich práce jsou obdobné jako u předchozí studie. Celkem tedy analyzovali výpovědi 5142 participantů. Krom uvedených efektů pak je nutno zmínit snížení doby eventuální hospitalizace, lepší sociální a celkové fungování v životě nemocného, vyšší spokojenost s poskytovanými zdravotními službami. Také Praško, Vrbová, Látalová & Mainerová (2011) mluví o pozitivních výsledcích psychoedukačních programů, kterými jsou zejména prevence relapsu, zlepšení psychické pohody jedince, vytvoření náhledu na onemocnění a spolupráci při léčbě.

Indikace k účasti na psychoedukačních skupinách je široká. Kontraindikacemi mohou být: mentální retardace, silná manická epizoda, imperativní sluchové halucinace či akutní tendence ke spáchání sebevraždy (Bäumel, Frobose, Kraemer, Rentrop, & Pitschel-Walz, 2006).

Malá & Navrátilová (2006) uvádí, že **načasování** psychoedukace by mělo být individuální a u jednotlivých osob se může lišit - někteří jsou schopni přijímat informace až v celkové remisi, u dalších naopak edukace urychluje vytvoření náhledu na psychotickou symptomatiku a lze ji zahájit již během hospitalizace. Naopak nemocní sami uvádí, že psychoedukace je pro ně přínosná pouze za předpokladu, že neprojevují floridní příznaky nemoci a mohou se na výklad soustředit (Sibitz, Amering, Gössler, Unger, & Katsching, 2007). Například pro český program Prelapse (Masopust & Pidrman, 2002) je doporučováno zařazení co nejdříve po odeznění akutních příznaků psychózy.

2.2.1 Psychoedukační programy pro osoby s psychózou v ČR

Psychoedukační programy mají jak ve světě, tak i u nás mnohdy rozličný charakter a různou délku i rozsah. Různé modely psychoedukačních programů zahrnují jak individuální, tak i skupinové aktivity, programy zaměřené na rodinu atd. Přes všechny rozdílné metody a nastavení mají tyto psychoedukační programy základní společný obsah – informování o onemocnění a zaměření na zdroje a mechanismy zvládnání nemoci (Praško, Vrbová, Látalová, & Mainerová, 2011). Existují jak programy zaměřené pouze na edukaci o medikaci, tak i mnohem rozsáhlejší programy reagující na psychosociální deficity osob s psychózou. I témata jednotlivých programů se liší podle teoretického zaměření autora programu či konkrétního terapeuta (Landsverk & Kane, 1998).

Prelapse

Prelapse je mezinárodní psychoedukační program zaštitěný Světovou zdravotnickou organizací a Světovou psychiatrickou asociací. Je určen pro osoby trpící schizofrenií či schizoafektivními poruchami a také jejich rodinám. Prelapse probíhá jako 8 přibližně hodinových skupinových setkání s nemocnými a 8 takových setkání s rodinami nemocných. Tyto skupiny vede lékař, doplněný dalšími pracovníky dle probíraného tématu. Program Prelapse je považován za kvalitní návod, podle kterého lze provádět komplexní psychoedukaci (Masopust & Pidrman, 2002).

Preduka

Preduka je dalším modelem psychoedukačního programu, který se ČR v praxi využívá. Opět jde o skupinová setkání, v rozsahu celkem 6 hodin, určený pro osoby s psychotickým onemocněním a jejich blízké. Jsou probírány jak obecné informace o nemoci, tak i rady a informace pro příbuzné a představení programu pro prevenci relapsu Itareps. Důraz je kladen na důkladné vysvětlení teorie dopaminergní senzitivace v mezolimbickém systému. Bankovská Motlová a kol. (2010) provedli výzkumné zhodnocení programu Preduka s výzkumným souborem 430 účastníků psychoedukace (z toho bylo 178 nemocných). 94,1 % nemocných uvedlo, že se dozvěděli nové, užitečné informace o tom, jak žít s psychózou. Na otázku, zda získali dostatečné informace o svém onemocnění již při hospitalizaci, odpovědělo kladně jen 49,4 % nemocných.

Program pro dobré zdraví

Program pro dobré zdraví je 10 ti hodinový edukační program zaměřený na zdravý životní styl určený pro osoby s psychotickým onemocněním. Pod vedením zdravotní sestry se účastníci učí, jak se správně stravovat, jak sportovat a jak si udržet dobrou kondici. Setkání probíhají zpravidla jedenkrát týdně (Kitzlerová & Bankovská, 2006).

Projekt Cesta

V rámci Česká asociace sester (resp. v její psychiatrické sekci) vznikl v roce 2011 zajímavý projekt prosazující psychoedukaci psychiatrických pacientů prostřednictvím psychiatrických sester. V rámci projektu byla také vytvořena metodika, která je pro sestry určitým vodítkem, jak psychoedukaci správně provádět (Čas, 2012).

2.2.2 Význam rodiny, rodinná psychoedukace

Smysluplná není jen organizace psychoedukačních programů pro samotné nemocné, obrovský význam má psychoedukace právě pro členy rodiny nemocného a jeho blízkých. Duševní onemocnění člena rodiny je pro rodinu nemocného velmi zátěžová. Velice často se cítí být příbuzní za vznik nemoci vinni, mají pocit, že selhali. Neví, jak mají s nemocným mluvit, na koho se obrátit. Rodina hraje v procesu uzdravování člověka s psychózou velkou roli, je totiž hlavním a často také jediným zdrojem podpory nemocným. V rámci kvalitního systému péče o duševně nemocné je nutné zaměřit podporu právě i na členy rodiny nemocného. Jednou z významných forem pomoci takovým rodinám je právě **rodinná psychoedukace**. Praško, Horáček & Šrdlantová (2003) hovoří o nezbytných komponentách psychoedukačních rodinných programů – součástí by mělo být tak jako při psychoedukaci nemocných informace o onemocnění, jeho příznacích, možnostech léčby, o antipsychotické léčbě, pak také o varovných příznacích relapsu (které by se měli blízcí naučit rozpoznat), usilovat by se mělo o snížení emoční expresivity v rodině a součástí programu by měl být i nácvik řešení problémů v rodině.

Podle Pitschel - Walze a kol. (2001; in Praško, Horáček & Šrdlantová, 2003) vede rodinná psychoedukace ke snížení počtu relapsů o 20 % oproti kontrolním skupinám.

2.3 Účinné faktory skupinové terapie a psychoedukace

2.3.1 Účinné faktory skupinové psychoterapie

Díky mnoha provedeným výzkumům rozhodně není pochyb o tom, že je skupinová psychoterapie účinnou formou terapie a že je pro klienty užitečná. Jakým způsobem ale pomáhá? Pomocí popsání analýzy jednotlivých aspektů a příčin terapeutické změny můžeme získat kvalitní základ, z něhož můžeme vybírat nejrůznější techniky a strategie s maximálním potenciálem a užitekem pro jednotlivé druhy skupin a jednotlivé klienty. Právě terapeutická změna je komplexní proces, který se odehrává skrze souhry **terapeutických faktorů** neboli účinných faktorů (Yalom & Leszcz, 2007).

Ony účinné faktory obecně rozděluje Kratochvíl (2005), ale například i Vymětal (2007) na *společné nespecifické faktory*, které jsou společné téměř všem terapeutickým směrům a dále na *faktory specifické* pro daný konkrétní směr či cílovou skupinu.

Účinný faktor je definován jako takový faktor, který ve skupině působí léčebně a naplňuje terapeutický potenciál. Jsou to takové mechanismy, které jsou **nositeli žádoucí změny** (Kratochvíl, 2005). Účinný terapeutický faktor (respektive společný nespecifický faktor skupinové terapie) je takový prvek ve skupinové psychoterapii, který působí ve prospěch klienta a umožňuje klientovo zlepšení. Existují i faktory, které mohou působit v neprospěch klienta, které mohou způsobit zhoršení – takové faktory můžeme označit jako antiterapeutické. Důležité je také odlišení terapeutického faktoru od terapeutické techniky, která slouží spíše pro projevení daného faktoru (Jániš, 2010).

Osobou, která se snad největší měrou podílel na výzkumu terapeutických faktorů je právě **Irvin D. Yalom**, jehož seznam faktorů je mezi odbornou veřejností snad nejpopulárnější. Podle něj je terapeutická zkušenost rozdělena na 11 faktorů, i když rovněž dodává, že jednotlivé faktory se mohou prolínat a hranice mezi nimi je pouze umělá a žádný z nich nemůže fungovat samostatně (Yalom & Leszcz, 2007).

- **Dodávání naděje.** Účinné je jednak pozitivní očekávání, víra ve způsob léčby ale i naděje plynoucí ze samotných členů skupiny z toho, jak se ostatní zlepšují.
- **Univerzalita.** Reguluje pocit osamocení a odlišnosti tím, že člověk vidí, že není sám, kdo má podobný problém. Členové skupin jsou často přesvědčeni o neobvyklosti a nepřijatelnosti problémů, které mají, přičemž ve skupině mají možnost poznat, že nejsou s takovými problémy sami.
- **Poskytování informací.** Do faktoru poskytování informací zahrnujeme jak didaktické informace o duševním zdraví, nemocech či o psychodynamice, stejně tak jako rady a doporučení, které jsou ve skupině uděleny. Tento faktor se uplatní při kognitivně-behaviorálních přístupech a hlavně v rámci psychoedukačních programů.
- **Altruismus.** Léčivá je vědomí účastníků skupiny, že mohou být užiteční druhým, že mohou druhým poskytnout podporu, rady či zkušenosti.

„ Existuje jedna stará historka o rabim, který mluvil s bohem o nebi a pekle. Nejprve ukázal bůh rabimu peklo. Tam okolo stolu seděla skupina vyhladovělých a zoufalých lidí. Uprostřed stolu byl obrovský hrnec guláše, kterého byl dostatek pro každého. Nikdo však nejedl. Všichni co tam seděli, drželi lžíci dost dlouhou, aby dosáhli do hrnce a nabral si guláše, ale příliš dlouhou na to, aby si s ní mohli dát sousto do úst. Pak ukázal bůh rabimu nebe. Vstoupili do místnosti, která byla stejná, jako ta předchozí, stejný velký kulatý stůl, stejný velký hrnec guláše, stejně dlouhé lžíce. Všichni se radovali a vypadali sytě. Rabi nechápal, jak je to možné. Bůh mu na to pravil: „Je to jednoduché. Jen je k tomu potřebná určitá dovednost. Ti lidé se naučili krmit jeden druhého!“ (Yalom & Leszcz, 2007, str. 32)

- **Korektivní rekapitulace primární rodiny.** Ve skupině jsou prožívány takové situace a konflikty, které účastníci prožívali již v primární rodině, jen tentokrát jinak, korektivním způsobem.
- **Rozvoj sociálních dovedností.** Sociální učení je faktorem objevujícím se ve všech typech skupin, i když někde jsou skupiny na tuto dovednost přímo zaměřeny. Pomocí zpětné vazby se členové dozvídají o tom, jak se vztahují k ostatním lidem a jaký je rozdíl mezi tím, jak chtějí na ostatní lidi působit a jak je ostatní lidé vnímají.

- **Napodobující chování.** Pomáhající může být to, že klienti nacházejí ve členech skupiny či terapeutech vzor, což může být o to intenzivnější v homogenních skupinách. Toto napodobující chování je spíše krátkodobějšího charakteru, nicméně mohou iniciovat experimentování se svým chováním a schopnostmi.
- **Interpersonální učení.** Člen skupiny se učí, jak navázat vztah s jinými lidmi a jinými způsoby (asertivněji, otevřeněji apod.)
- **Skupinová soudržnost.** Soudržnost je vlastně pro skupinovou terapii tím, čím je terapeutický vztah pro individuální terapii, důležitý je zde faktor přijetí a porozumění.
- **Katarze.** U tohoto faktoru je pomáhající zejména otevřené vyjadřování negativních i pozitivních afektů. Je lépe hodnocena spíše na konci než na začátku skupiny.
- **Existenciální faktory.** Tento faktor je účinný v rámci konfrontace se smrtelností, svobodou a odpovědností za vlastní život, osamělostí ve vztahu k druhým a hledáním smyslu života (Yalom & Leszcz, 2007).

Snad nejvýznamnějším výzkumníkem terapeutických faktorů u nás je **Stanislav Kratochvíl**, který rozlišuje tyto terapeutické faktory (Kratochvíl, 2005):

- **Členství ve skupině.** Pomáhající je v rámci tohoto faktoru to, že člověk patří k určité skupině, zejména pak u společensky izolovaných osob, kde může být přijetí do skupiny korektivním zážitkem. Dobré vztahy a atmosféra ve skupině působí podpůrně a napomáhají zmírnění obtíží. Stěžejní je pocit, že klienti nejsou se svými problémy sami a že se s nimi mohou podělit s ostatními, což vytváří pocit sounáležitosti.
- **Emoční podpora.** Pomáhající je fakt, že ostatní členové skupiny mají snahu naslouchat, porozumět, mají o klienta zájem, klient je ve skupině uznáván jako individualita, může se otevřít. Významnou složkou je koheze skupiny. Pro funkci tohoto faktoru je důležité správné vedení terapeuta.
- **Pomáhání jiným.** Na klienta působí pozitivně ten fakt, že může svými zkušenostmi, podporou či empatií druhým lidem ve skupině, což je užitečné zejména klienty s nízkou sebedůvěrou. Takový klient se přestane zaměřovat jen na sebe a začne cítit, že může být užitečný pro druhé.

- **Sebeexplorace, sebeprojevení.** Tímto se klient přestává skrývat pod maskou a stává se průhlednějším, může otevřeně projevovat své emoce, chování, sdělovat soukromé informace, o kterých se nesnadno mluví. Toto sebeodhalení má na klienty výrazný vliv zejména tehdy, pokud je přijat s podporou a porozuměním.
- **Zpětná vazba, konfrontace.** Zpětná vazba, ať už pozitivní či negativní je zdrojem informací pro klienta, je projevem toho, jak jej vnímají druzí. V případě výrazně negativní zpětné vazby mluvíme o konfrontaci, která je užitečná jen v případech, kdy je mezi osobami kladný vztah a kdy je kritizovaný schopen kritiku snést.
- **Odreagování.** Důležité je projevení afektu, otevření různých traumatizujících zážitků či potlačených emocí, čímž dochází k uvolnění napětí a odreagování.
- **Náhled.** Můžeme jej uchopit jako pochopení souvislostí ve vlastní psychice, které jsme si dříve neuvědomovali.
- **Korektivní emoční zkušenost.** Klient si ve skupině může promítat některé naučené způsoby chování (např. následkem traumatu) do skupiny, na což pak také skupina reaguje. Pokud skupina nezareaguje obdobně, jak byl klient zvyklý, ale jiným způsobem (např. přijetím), je to pro klienta léčivé.
- **Zkoušení a nácvik nového chování.** Pokud si člověk ve skupině uvědomí nevhodnost starých způsobů chování, může si ve skupině vyzkoušet způsoby nové, vhodnější. Skupina nabízí mnoho situací a příležitostí ke zkoušení a upevňování nového chování. Aby ale ke změnám mohlo dojít, musí být člověk motivován, důležitá je identifikace se skupinou. Velký význam učení se novému chování má tzv. učení nápodobou. Pokud člověk vidí, že určité způsoby chování jsou ve skupině oceňovány, pomáhá to člověku chovat se podobně a měnit tak své chování.
- **Získání nových informací a sociálních dovedností.** Důležitým účinným aspektem může být i to, že klient může získat od skupiny určité informace, poznatky o vhodnosti či nevhodnosti daného chování, může pozorovat procesy ve skupině a na základě toho pak získává i nové sociální dovednosti (Kratochvíl, 2005).

Výše jmenované terapeutické faktory jsou tedy společné všem druhům skupinové terapie bez ohledu na cíl, formu či cílové skupině klientů – jen se projevují v různých mírách a důrazu na některé z nich. Kromě toho, každý jednotlivec ve skupině může mít největší užitek z různých terapeutických faktorů (Yalom & Leszcz, 2007).

2.3.2 Účinné faktory skupinové psychoterapie u psychóz

Pokud bychom měli hovořit o konkrétních účinných faktorech, které se objevují při skupinové práci s osobami s psychotickým onemocněním, existují zde jistá specifika. Těžiště při terapeutické práci s osobami s psychózou je podle Kaliny (2008) zejména v budování **důvěry** ve skupinu, vztahy mezi členy se budují pomalu, komunikace může váznout. Jako nejvýznamnější se u těchto osob ukazují být Yalomův faktor **univerzality**, tedy vědomí, že člen skupiny není sám se svými pocity a problémy. Faktor korektivní emoční zkušenosti a konfrontace se zejména v počátcích terapie neuplatňuje, členové skupiny na využití těchto faktorů nejsou připraveni. Až po delší době terapie se mohou objevit faktory interpersonálního učení jako je zpětná vazba, náhled, nácvik nových vzorců chování aj., i když ve většině případů v omezené míře. Stěžejní je důraz na neustálou podporu a stálé udržování důvěry (Kalina, 2008).

Chazanová (1999; in Pěč & Probstová, 2009) uvádí nejdůležitější faktory, které působí v rámci skupinové práce s osobami s psychózou:

- Naučení se překládat symptomy do interpersonálního jazyka (diskuze o symptomech, diskuze o lécích, jejich účincích)
- Naučení se účasti ve skupinovém dialogu
- Hodnota nalezení „přátel v utrpení“
- Být brán jako rovný s ostatními, mít svěřenou zodpovědnost
- Naučení se tomu, že jednomu může záležet na druhém
- Vnímání sebe a ostatních – pestřejší paleta pohledů

2.3.3 Účinné faktory psychoedukačních skupin

Účinné faktory psychoedukace spočívají z velké části spíše z **nespecifických faktorů**, respektive z faktorů které se objevují napříč nejrůznějšími druhy terapií (můžeme jmenovat například sociální podporu, sdílení) spíše než ze specifických terapeutických faktorů (Ascher-Svanum, Rochford, Cisco, & Claveaux, 2001; Sibitz, Amering, Gössler, Unger, & Katsching, 2007). Jako významný účinný faktor psychoedukace můžeme vnímat zejména informace týkající se onemocnění (Bäumel, Frobose, Kraemer, Rentrop, & Pitschel-Walz, 2006).

Sibitz, Amering, Gössler, Unger, & Katsching (2007) se ve své kvalitativní studii zaměřují na pohled pacientů na to, co funguje v psychoedukačních skupinách pro osoby se schizofrenií, na užitečné (žádoucí) a nežádoucí faktory ve skupinové psychoedukaci. Data získali od 103 participantů formou subjektivní zpětné vazby a také s využitím ohniskových skupin. Podle výpovědí účastníků těchto skupin zjistili zejména tyto účinné aspekty:

- Redukce izolace, více sociálního kontaktu, nová přátelství v rámci skupiny
- Větší aktivita, lepší organizace a strukturace času, plánování aktivit
- Lepší zvládnání nemoci, zvýšení vědomostí o onemocnění, náhled na něj
- Zvýšení sebevědomí, povzbuzení, zplnomocnění, pocit kompetence
- Emoční podpora, vědomí, že existují lidé, kteří mají stejné obtíže, sdílení
- Pohled na to, jak svou nemoc zvládají ostatní účastníci pocit, že jsou odborníci na své onemocnění („experts through experience“)

Účastníci výzkumu zdůraznili, že vnímají jako důležitou podmínku účasti na psychoedukační skupině stabilizovaný psychický stav. Co se týče „moderátorů“ skupin, podle pacientů by měl splňovat tyto charakteristiky: měl by být empatická, autentický, respektující, s účastníky by měl mít spolupracující „kolaborativní“ vztah, měl by být schopný sdílet své myšlenky ve skupině, být otevřený. Jako možná omezení či kritiku mluví pacienti v daném výzkumu například o averzi ke konfrontaci se svým onemocněním či možné sebestigmatizaci. Směrem k tématům psychoedukačních skupin někteří kritizovali přílišné zaměření výkladu na biologický, medicínský pohled na psychózy. Místo toho by ocenili například relaxační cvičení, zábavné hry, větší zaměření na zlepšení sociálních dovedností (Sibitz, Amering, Gössler, Unger, & Katsching, 2007).

Dalším výzkumníkem zkoumajícím účinné faktory psychoedukačních programů byli Bäuml, Frobose, Kraemer, Rentrop, & Pitschel-Walz (2006), kteří mezi účinné faktory psychoedukačních skupin zařadili zejména:

- Bezpodmínečné přijetí ze strany terapeuta a skupiny
- Kvalitní terapeutický vztah, empatické reakce na účastníky
- Nápodoba terapeutů a členů skupiny, kteří svou nemoc úspěšně zvládají
- Zkušenost solidarity ve skupině osob se stejným osudem, „sdílený osud“
- Výměna zkušeností s ostatními, respekt k rozdílným názorům
- Poskytování naděje, uklidnění a jistoty
- Objasnění aspektů nemoci, zjednodušení komplexních a složitých teorií
- Získání náhledu na nemoc, informace o nezbytných léčebných opatřeních
- Orientace na potřeby účastníků a jejich zdroje, nikoliv na deficity
- Zaměření na zplnomocnění
- Posílení protektivního potenciálu rodiny a blízkých osob

Některé účinné faktory projevující se u psychoedukačních skupin uvádí Böhmová, André, & Šefránková (2002), jejichž výčet vychází zejména ze zkušeností z praxe. Hovoří o faktoru poskytnutí reevatních informací, poskytnutí naděje na vyléčení, důvěru v terapeuta, aktivizace, motivační ke spolupráci zejména pak k léčbě, pocit univerzality, vzájemná výměna rad a zkušeností, poznání, že „choroba neřídí mne, ale já chorobu“, odtabuizování některých témat, abreakce, zlepšení komunikace v rodině, přestavba hodnot a převzetí zodpovědnosti a kompetence.

Chadzynska & Charzynska (2011) provedly výzkum, kde u 169 osob trpících schizofrenií zjišťovaly, jaký mají názor na psychoedukaci, které se zúčastnili. Z výsledků vyplývá, že tyto osoby považují psychoedukaci za užitečnou. Efekt spočívá zejména ve zvýšení informovanosti o nemoci, informace o tom, jak se vypořádat s příznaky onemocnění za současného zlepšování kvality života. Důležitým faktorem bylo i sdílení zkušeností mezi účastníky, podpora a možnost se otevřít. Výsledkem účasti na psychoedukaci bylo i emoční uvolnění. Podle výzkumu těchto autorek je důležité navodit empatickou atmosféru vzájemného porozumění.

2.3.4 Výzkum účinných faktorů a procesu psychoterapie

Podle McLeoda (2003; in Timulák, 2005) je psychoterapie jedinečná zejména tím, že její výzkum nevychází z laboratoří, aby se pak testoval v reálné praxi, ale je to právě psychoterapeutická praxe, která určuje, co se vyplatí zkoumat. Právě výzkum procesu psychoterapie může být jedním z nejpřitažlivějších typů výzkumů pro psychoterapeuty v praxi. Výzkum v psychoterapii se snaží odborným pohledem porozumět tomu, co se děje v práci s klientem, co v takovém kontaktu funguje a co napomáhá tomu, aby klienti v terapii směřovali k lepšímu psychickému zdraví.

Na rozdíl od výzkumů efektu terapie si výzkum procesu terapie neklade otázku, zda terapie funguje, ale jak, jakým způsobem, jaké jsou **mechanismy účinku odpovědné za změnu**. Primárním důvodem ke zkoumání psychoterapie pak jsou zejména snahy o formování a **zlepšení kvality terapeutické praxe** (Timulák, 2005).

Pro výzkum **účinných faktorů** jsou využívány například tyto metody:

- Q třídění vycházející z Yalomovy kategorizace terapeutických faktorů (Yalom & Leszcz, 2007), kdy klient třídí 60 položek do 7 skupin (nejvíce mi pomohlo – nejméně mi pomohlo), které se vztahují k terapeutickým faktorům. Pak je klient dotazován na tom, proč vybral ten konkrétní výrok. Tento dotazník je pravděpodobně jedním z nejužitečnějších a také nejuznávanějších metod pro zkoumání účinných faktorů ve skupinové psychoterapii (Vlastelica, Pavlović, & Urlič, 2003).
- Dále může být využita metoda zjišťování kritických událostí, kdy je klient dotázan na nejdůležitější události terapeutického sezení.
- Proces psychoterapie může být zjišťován i skrze analýzu audio či videonahrávek terapeutických setkání (Jániš, 2010).

Významný vliv na výzkum hodnocení **terapeutických faktorů** má to, kdo jej posuzuje – zda klient, terapeut či nezávislý pozorovatel. Výpověď klienta jakožto největšího odborníka na své onemocnění by mohla být nejrelevantnější a jeho zkušenosti by měly být brány jako významnější prediktor účinků terapie. Právě proto je asi většina výzkumů zkoumající efekt skupinové psychoterapie zaměřena na perspektivu klienta. (Jániš, 2010). Terapeut a klient však mohou mít odlišný názor na to, co v terapii pomáhá a co naopak překáží. Pohled klienta však může být limitován jeho omezenou schopností pozorovat sebe sama a proces – mohou se vyskytovat některé faktory, které si klient nemusí uvědomovat. Jeho pohled na účinnost terapie může být ovlivněn i vztahem k terapeutovi či skupině (Timulák, 2005; Yalom & Leszcz, 2007).

Ač je však pohled klienta v tomto druhu výzkumu nepostradatelný, pokud bychom brali v úvahu jen jeho názory, mohli bychom se ochudit o některé další důležité aspekty, které vnímá jako důležité právě terapeut. Pohled klienta může být ne zcela přesný, může se zaměřovat spíše na vnější faktory než ty skryté, léčivé, které mohou fungovat bez jejich vědomí. Důležitým faktorem mohou být také sympatie či antipatie k terapeutovi a jejich vliv na vnímání účinných faktorů například až moc nekriticky. Dále je také potřeba vzít v úvahu, že každý klient v jedné skupině může účinnost jednotlivých faktorů prožívat odlišně. Ani výpověď pouze ze strany terapeuta není vždy nestranná, jeho vnímání může být ovlivněno mimo jiné například svým terapeutickým přístupem. I přes výše uvedená omezení jsou zprávy od klientů velice bohatým a podnětným materiálem a neměli bychom se od jejich zkušeností vzdalovat (Yalom & Leszcz, 2007).

3 Zahrada 2000 o. s.

Občanské sdružení Zahrada 2000 vzniklo v roce 1998 pro potřeby osob s duševním onemocněním v **regionu Jeseník**, v loňském roce tedy oslavila již 15 let svého fungování. Náplní činnosti této organizace je umožnění duševně nemocným lidem „**návrat zpět do života**“, podpora při začlenění a uplatnění se v lidské společnosti a pomoc se zdoláváním překážek, které se vyskytly v důsledku jejich onemocnění. Cílem je tedy zajištění **komplexních služeb** po propuštění osob s duševním onemocněním z psychiatrických léčeben či jiného druhu lůžkové péče a doplnění ambulantní léčby s cílem udržet uživatele v jejich domácím prostředí a zvýšit kvalitu jejich života.

Cílovou skupinou, se kterou se v zařízení pracuje, jsou osoby s chronickým duševním onemocněním, zejména **psychotického okruhu**. Služeb zaměstnávání s podporou pak mohou využít i ostatní osoby se zdravotním postižením. Celkově využívá služeb občanského sdružení v současné době pravidelně asi kolem padesáti klientů.

S klienty zařízení pracují odborní pracovníci podle toho, jaké služby či doprovodné aktivity sdružení klienti využívají. V přímé práci s klienty využívajícími sociální služby sdružení pracují pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci a vedoucí terapeutických dílen. Klienti mají možnost využít služby psychologa, nejen formou individuálních konzultací, ale i prostřednictvím skupinových aktivit (trénink kognitivních funkcí apod.). Klientům zaměstnaným v rámci sdružení jsou k dispozici jako podpora pracovní asistenti, po odborné a pracovní stránce je vedou vedoucí jednotlivých pracovišť (Zahrada 2000 o.s., 2011).

Mezi principy práce ve sdružení Zahrada 2000 o. s. patří zejména:

- Individuální přístup k uživateli.
- Pomoc při naplnění reálného cíle, respekt k jeho schopnostem a možnostem
- Podpora samostatnosti uživatele a jeho schopnosti převzít odpovědnost.
- Jednání s uživatelem jako s partnerem.
- Respektování a obhajoba práv duševně nemocných.
- Respektování práv klientů na ochranu osobních údajů a informací.
- Zapojení uživatele do rozhodování o způsobu poskytování služby.
- Návaznost poskytované služby na zaměstnavatele, na jiné poskytovatele služeb.
- Komunitní přístup při poskytování služby, spolupráce s ostatními službami, jinými poskytovateli, s úřady a zaměstnavateli, s rodinou a lékaři.
- Služby jsou poskytovány s vysokou odborností – se zapojením a úzkou spoluprací odborníků na duševní zdraví, psychologů a psychiatrů (Zahrada 2000 o.s., 2011)

Sociální rehabilitace probíhá formou registrované ambulantní sociální služby v rámci jednotlivých individuálních a skupinových aktivit (terapie, tvořivé dílny, sociální klub, vaření, trénink paměti apod.). Důraz je kladen na obnovení a rozvoj sociálních dovedností, budování sebedůvěry a navazování sociálních kontaktů.

Sociálně - terapeutická dílna funguje jako sociální služba sloužící klientům, kteří chtějí rozvíjet své pracovní dovednosti a úspěšně prošli předchozím stupněm sociální rehabilitace, neuspěli však dosud na běžném trhu práce a potřebují vyšší stupeň podpory chráněného prostředí. Cílem je obnovení a prohloubení pracovních dovedností, výroba konkrétních produktů v jednotlivých dílnách podle zájmu klientů. K dispozici je dílna keramická, košíkářská, šicí a tkalcovská. Součástí služby je nácvik prodeje a prezentace našich výrobků v tréninkové prodejně v Jeseníku.

Zaměstnávání s podporou je aktivita určená širší skupině osob se zdravotním postižením a současně je návaznou aktivitou pro ty uživatele sociálních služeb, kteří jsou schopni samostatné práce v některé z dílen nebo práce s podporou na volném trhu práce. Práce probíhá zpravidla na poloviční a menší úvazek. Zaměstnávání s podporou je ucelený systém vzdělání včetně rekvalifikačních kurzů, pracovního poradenství, cvičných míst s podporou pracovních asistentů i regulérního zaměstnání

Centrum pro podporu zaměstnávání OZP je určena pro osoby se zdravotním postižením, tedy nejen pro osoby s duševním onemocněním, které mají zájem využít podpory a pomoci při orientaci na trhu práce, při hledání zaměstnání a udržení se v něm, při komunikaci s úřady, potencionálními zaměstnavateli aj. Služba zahrnuje podporu od ujasnění si možností a představ o práci až po pracovní asistenci v zaměstnání.

Kromě již jmenovaného nabízí občanské sdružení Zahrada 2000 klientům i další **volnočasové aktivity** (výlety, návštěva zajímavých akcí pod.), **podporované bydlení**, **vzdělávací kurzy** (psychoedukační kurzy, motivační kurzy, rekvalifikace, další přednášky), **poradenství v sociálně-právní problematice**, **svépomocné skupiny** aj. (Zahrada 2000 o.s., 2011).

3.1 Projekt „Jak žít s psychózou“

Edukačně terapeutický program, který je předmětem výzkumu v rámci této diplomové práce, byl realizován jako součást projektu „Jak žít a pracovat s chronickým duševním onemocněním“ (či zkráceně „**Jak žít s psychózou**“). Občanské sdružení Zahrada 2000 o. s. získala pro realizaci tohoto projektu finance z **Evropského sociálního fondu** prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a také ze státního rozpočtu.

Projekt byl realizován od 1. května 2011 do 28. února 2014. Hlavním cílem projektu bylo poskytnout osobám s duševním onemocněním v regionu Jeseník adekvátní informace o jejich nemoci formou skupinové psychoedukace a zároveň stabilizovat tyto osoby s duševním onemocněním na pracovním trhu pomocí pracovní praxe a následného zaměstnání.

Na počátku projektu prošli zájemci z řad klientů Zahrady 2000 i jiných sociálních služeb **diagnostickým šetřením**. Cílem bylo zjistit aktuální stav osob z cílové skupiny, informovanost o nemoci, míru spolupráce okolí nemocného, nakolik nemoc ovlivňuje individuální pracovní možnosti dané osoby, jaký typ zaměstnání je pro ni vhodný, jaký úvazek a pracovní režim a také byla zjišťována motivace k účasti v kurzu.

Na diagnostické šetření navazoval **kurz Jak žít s psychózou**, do kterého bylo na základě šetření vybráno 2x 9 osob (kurzy probíhaly ve dvou běžích). Kurz měl praktickou a teoretickou část. V **praktické části** s podporou pracovního asistenta upevnili své pracovní návyky v řemeslných dílnách (košíkářské, tkalcovské, keramické). Tam docházeli 1x týdně po dobu 10 měsíců. V **teoretické části** pak účastníci pod vedením psychologa získali komplexní a srozumitelné informace o duševních nemocech. Kurz měl pomoci účastníkům zvládat jejich duševní onemocnění bez častých relapsů nemoci, získat reálný pohled na svoje schopnosti, možnosti a omezení a v rámci skupinových aktivit posílit své sociální dovednosti.

Každý účastník obdržel **výukové materiály**, které reflektovaly jednotlivé témata, která byla probírána na teoretické části kurzu a vycházela z potřeb klientů zjišťovaných v předchozím diagnostickém šetření. Součástí byla také samostatná krátká brožura, kde byly shrnuty základní informace, které jsou podstatné nejen pro klienta samotného, ale i pro osoby v jeho okolí (rodinné příslušníky, zaměstnavatele), aby mohli poskytnout duševně nemocnému potřebnou míru podpory a stability, která přispívá k prevenci relapsu.

Na konci kurzu pak proběhla 5 denní **odborná exkurze**, při které účastníci kurzu společně s psychologem a dalším pracovníkem navštívili občanské sdružení Práh, které se věnuje lidem s psychotickým onemocněním v Brně a okolí. Účastníci kurzu měli možnost navštívit jednotlivé provozy (chráněné dílny, kavárna apod.) sdružení a vyzkoušet si některé činnosti. Společný čas byl využit i k intenzivnější skupinové práci a jiným volnočasovým aktivitám.

Schopnost zvládat dlouhodobou pracovní zátěž si následně účastníci ověřili na **cvičných pracovních místech**, na kterých po ukončení kurzu získali pracovní místo po dobu šesti měsíců v individuálně nastaveném pracovním režimu (snížený úvazek, podpora pracovního asistenta apod.). Cílem cvičných míst bylo vyzkoušet si pravidelnou práci, se všemi nároky, které řádné zaměstnání na pracovníka klade.

3.2 Edukačně terapeutické skupiny

Právě v oné teoretické části kurzu „Jak žít s psychózou“ probíhaly edukačně terapeutické skupiny, o které pojednává tato diplomová práce. Jednoho běhu skupin se zúčastnilo **9 osob**, přičemž celkem proběhly **dva běhy** skládající se ze všech výše uvedených aktivit. Tyto skupiny plnily funkci jak edukační, tak i terapeutickou a podpůrnou. Skupinám přecházelo diagnostické šetření, které mimo jiné mapovalo potřeby cílové skupiny směrem k informacím o nemoci a k zaměstnání. Na psychoedukační kurz pak navazovalo zaměstnání s podporou.

Skupiny probíhaly **jednou týdně** celkem **4 hodiny** (resp. 4x 45 minut) po dobu 10 měsíců. Celkem tedy v jednom běhu proběhlo **43 setkání**. Jako motivační podpora bude účastníkům nabídnuto stravné (realizováno prostřednictvím společných návštěv restauračních zařízení) a mimo jiné také možnost následného zaměstnání na cvičných pracovních místech.

Skupiny vedl **klinický psycholog**, zkušený psychoterapeut s více než dvacetiletou praxí s touto cílovou skupinou a s vedením skupin. Terapeut absolvoval dlouhodobé výcviky v integrativní psychoterapii, kognitivně-behaviorální terapii a terapii zaměřené na řešení.

Ve složení obou skupin byly zastoupeny v největší míře **osoby s psychotickým onemocněním**, zejména schizofrenií, ale účastnily se jí okrajově také osoby s duálními diagnózami, s poruchami osobnosti či například s depresí.

Prvním pilířem skupin byla část **edukační**, tedy podání informací nemocným o jejich onemocnění, seznámit se s možnostmi i omezeními, které toto onemocnění skýtá a přijetím nemoci a získáním náhledu na něj zvýšit kvalitu života nemocných a napomoci tak účinné prevenci relapsu (a ve vazbě na zaměstnání tímto stabilizovat pracovní schopnosti).

Témata, která tvořila kostru edukačně terapeutických skupin, byla následující:

- Co je psychóza
- Příznaky psychóz
- Příčiny psychóz
- Průběh a prognóza psychóz
- Léčba psychóz
- Psychosociální přístupy
- Individuální plánování a krizový plán
- Relaps, prevence relapsu
- Stres a psychóza
- Krize a riziko sebevraždy
- Komunikace a vztahy
- V čem může pomoci rodina
- Dostupné druhy služeb
- Svépomocné skupiny
- Drogy, alkohol a psychóza
- Návrat do práce
- Právní aspekty psychózy
- Kde mohu získat informace

Tento psychoedukační program nebyl na rozdíl od jiných programů v České republice (Preduka, Prelapse apod.) čistě edukativní, zaměřený jen na výklad informací, ale měl i nezanedbatelnou **složkou aktivizační, terapeutickou a podpůrnou**, kde si byl prostor pro sdílení a výměnu zkušeností mezi účastníky, skýtal možnost hovořit o každodenních problémech i o věcech, o kterých do té doby účastníci dokázali mluvit jen stěží. Byly použity nejen techniky běžně využívané skupinové psychoterapii, ale zařazeny byly i nejrůznější hry, trénink poměti, nácvik sociálních dovedností, promítaly se filmy o duševním onemocnění, klienti měli možnost zapůjčit si jakoukoliv odbornou a naučnou literaturu o svém onemocnění a mnoho dalšího. Do skupin byli přizváni i rodinní příslušníci účastníků skupiny, čehož využila ale pouze jedna rodina klientky.

VÝZKUMNÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

4 Výzkumný problém, cíl výzkumu a výzkumné otázky

4.1 Výzkumný problém

Jak už bylo nastíněno v předchozích kapitolách, právě psychoterapie a psychoedukace jsou neopomenutelnou součástí komplexní léčby a rehabilitace psychotických onemocnění. Zvýšení informovanosti o onemocnění, jeho přijetí a vytvoření náhledu na něj, možnost sdílení, podpora mezi jednotlivými nemocnými, emoční uvolnění či úlevný pocit, že nemocný není sám s takovým problémem, to vše mohou být pomáhající prvky společné skupinové psychoterapie i psychoedukace, které jsou účinné a mohou napomoci prevenci relapsu onemocnění (Bäumel, Frobose, Kraemer, Rentrop, & Pitschel-Walz, 2006; Chadzyska & Charzyska, 2011; Sibitz, Amering, Gössler, Unger, & Katsching, 2007).

V rámci snahy o poskytování kvalitních služeb pro osoby s psychotickým onemocněním a neustálým zlepšováním psychoterapeutické praxe nám může přinést zajímavé podněty zejména výzkum **mapující proces** skupinové práce a terapie s osobami s psychózou. Bohužel, tomuto tématu je v české literatuře věnováno jen málo prostoru. Dosavadní výzkumy jsou směřovány spíše k hodnocení účinnosti a efektu krátkodobějších psychoedukačních programů, které jsou koncipovány bez důrazu na terapeutickou komponentu skupin a fungují čistě edukačně a v mnohem kratším časovém úseku. My se v této práci pokusíme o syntézu těchto aspektů skupinové práce s osobami s psychózou, tedy na zkoumání účinných faktorů jak psychoedukace, tak i skupinové psychoterapie. Výsledky pak mohou být užitečné vzhledem k formování další terapeutické praxe s touto cílovou skupinou.

4.2 Výzkumný cíl

Cílem výzkumné části diplomové práce je snaha o bližší **porozumění procesu edukačně terapeutického programu** pro osoby s psychotickým onemocněním, který se konal v rámci projektu „Jak žít a pracovat s chronickým duševním onemocněním“ v občanském sdružení Zahrada 2000. V rámci tohoto výzkumu si klademe za cíl zmapovat **účinné faktory** těchto edukačně terapeutických skupin u osob s psychotickým onemocněním a zjistit, jak uživatelé vnímají průběh a užitečnost skupin.

Jak už uvádíme v teoretické části práce, jako účinné faktory chápeme takové faktory, které účastníci skupiny či terapeut vnímají jako pomáhající a užitečné vzhledem ke zlepšení svého stavu, vzhledem k prevenci relapsu a zvýšení kvality života ve všech jeho aspektech. Znalost těchto faktorů považujeme za velmi významné pro vedení skupin pro osoby s psychotickým onemocněním, ať už psychoedukačních či psychoterapeutických, respektive pro práci s touto cílovou skupinou vůbec. Zejména subjektivní výpovědi a zkušenosti samotných klientů – účastníků skupin jsou pro poznání toho, co v takových skupinách funguje, stěžejní. Pro komplexnější pohled je využito i optiky terapeuta. Kromě výše uvedeného si také klademe za cíl zjistit, jak účastníci i terapeut **vnímají průběh a užitečnost** těchto skupin.

Výsledky práce by měly vést k lepšímu porozumění tomu, co v takových skupinách rozvíjet, co podporovat a co lze dělat jinak či co změnit.

4.3 Výzkumné otázky

Jelikož v rámci jedné práce s největší pravděpodobností nemohou být zachyceny veškeré aspekty procesu edukačně terapeutických skupin a jejich účinných faktorů, zužujeme tento cíl na následující výzkumné otázky:

- *VO1: Co je v edukačně terapeutických skupinách účinné z pohledu klientů?*
- *VO2: Co je v edukačně terapeutických skupinách účinné z pohledu terapeuta?*
- *VO3: Jak klienti i terapeut hodnotí průběh skupin a jak by podle nich měl vypadat ideální edukačně terapeutický program?*

5 Popis zvoleného metodologického rámce a metod

5.1 Zvolený typ výzkumu

Jako metoda získávání dat byla zvolena kombinace **kvalitativního a kvantitativního výzkumu**. Kvalitativní hledisko má zde vzhledem k charakteru výzkumu majoritní význam, vzhledem k cíli výzkumu a předmětu zkoumání se kvalitativní typ výzkumu jeví jako nanejvýše výhodný. Kvantitativní uchopení dat se v této práci objevuje jen jako doplněk k získaným kvalitativním datům a má spíše ilustrativní charakter.

Výzkumná práce by mohla být charakterizována jako **případová studie**, kdy je v centru našeho výzkumného zájmu „případ“, tedy konkrétní edukačně terapeutické skupiny. Bez případových studií si jen těžko můžeme představit klinickou psychologii obecně. Práce na případové úrovni zdůrazňuje komplexnost jednotlivých fenoménů, jejich souvislosti i jejich kontext (Miovský, 2006). Případovou studii můžeme podle Hendla (2012) přirovnat k mikroskopu: hodnota způsobu pak závisí na kvalitě zaostření.

Tato práce tedy nemá za cíl generalizovat výsledky, ale zejména umožnit **hlubší vhled do dané problematiky**. Práce si klade za cíl porozumět pohledu klientů i terapeutů na účinné faktory ve skupině, prozkoumat výzkumné prostředí, zorientovat se v jednotlivých aspektech procesu skupinové psychoedukace a terapie u těchto osob a zejména pak převést získané poznatky do vlastní praxe a případně tak alespoň malým dílem přispět ke zvýšení kvality péče o osoby s duševním onemocněním.

5.2 Metody získávání dat

Informace potřebné pro zodpovězení výzkumných otázek jsme získávali z několika zdrojů a pomocí různých metod, což reflektovalo komplexní povahu zvoleného metodologického rámce. Snažili jsme se zachytit pohled na edukačně terapeutické skupiny jak **ze strany účastníku skupiny**, tak i **ze strany terapeuta**. Jako metody výzkumu byly využity:

- polostrukturované rozhovory,
- pozorování,
- modifikovaná verze Yalomova Q třídění terapeutických faktorů: „škálování účinných faktorů“
- analýza evaluačních dotazníků.

Sběr dat probíhal v lednu a únoru roku 2014 v prostorách zařízení Zahrada 2000 v Jeseníku, v místnosti, kde také předtím probíhaly zkoumané edukačně terapeutické skupiny, tedy na klidném a nerušeném místě s dostatečně zajištěným soukromím pro rozhovor. Před každým rozhovorem byl klientům představen účel výzkumu, byl jim připomenut edukačně terapeutický program, který absolvovali (kdy a kde probíhal, jaká témata byla probírána, kdo kurz vedl). Klienti byli ujistěni o anonymitě výzkumu a byli požádáni o přečtení a podpis informovaného souhlasu s účastí ve výzkumu.

5.2.1 Polostrukturované rozhovory

Pro zjištění výzkumných cílů a otázek jsme jako využili **polostrukturovaného rozhovoru**, který je nejčastěji využívanou metodou v rámci kvalitativních výzkumů v psychologii. Při použití polostrukturovaného rozhovoru jsme měli předem stanoveny určité okruhy otázek či jisté **schéma**, kterého jsme se při rozhovorech drželi. Pořadí těchto okruhů a otázek ale bylo možné zaměňovat, případně bylo možné zaměřit se více na ty okruhy, které jsou pro účastníka či výzkumníka s těžší. Neopomenutelnou součástí rozhovorů bylo tzv. **inquiry**, tedy upřesnění a doptávání se účastníků, což výzkumníkovi pomohlo k ujištění, zda správně pochopil a následně správně interpretoval jejich výpovědi (Miovský, 2006).

Na začátku rozhovoru byly zjišťovány **základní údaje** o klientech – věk, diagnóza, první hospitalizace, počet hospitalizací, doba od poslední ataky a také informace o tom, od jakého roku jsou klienty Zahrady 2000 o. s. Následně byly klientům pokládány otázky vztahující se k **výzkumným otázkám** - byli dotazováni na předchozí zkušenosti s psychoedukačními programy či informacemi o jejich onemocnění, také na to, jak kurz hodnotí, zda pro ně byl užitečný a jakým způsobem, co hodnotí jako účinné a pomáhající, co naopak jako neúčinné či škodlivé, co by udělali v takovém typu kurzu příště jinak či lépe apod. Přibližné okruhy otázek byly již předem připraveny, nicméně byl ponechán velký prostor pro vyjádření se k čemukoliv, co se zdálo klientům ve skupinách důležité pro ně samotné. Pokud bylo v jejich výpovědi cokoli nejasného či zajímavého, byly také pokládány doplňující a konkretizující otázky, které rozhovor dále rozvíjely. V případech, kdy klient zabíhal od tématu či se nevyjadřoval ke skupinám konkrétně, byl nasměrován zpátky k tématu. Na konci měl vždy každý možnost dodat cokoli, co v rámci rozhovoru nezaznělo.

Rozhovor s terapeutem pak probíhal za podobných podmínek jako rozhovor s klienty. Na začátku byly zjišťovány obecné údaje jako věk, vzdělání, délka dosavadní praxe, absolvované výcviky apod. Po těchto úvodních datech byl terapeut dotazován na otázky směřující ke zjištění účinných faktorů v edukačně terapeutických skupinách a ke zhodnocení těchto skupin, přičemž byla použita podobná osnova otázek jako u klientů, s mírnými modifikacemi s ohledem na aspekty role terapeuta. Základní schéma otázek využitých rozhovoru je uvedeno v přílohách této práce (Příloha č. 3a a 3b).

5.2.2 Škálování účinných faktorů

Vzhledem k předpokladu, že rozhovor o účinných faktorech může být vzhledem k horší uchopitelnosti tématu, menší předpokládané schopnosti sebereflexe klientů a v některých případech vzhledem k určitým kognitivním či jiným omezením účastníků skupiny mnohem náročnější a nemusí přinést dostatečné množství kvalitních informací relevantních pro naše výzkumné cíle, zvolili jsme jako další metodu zkoumání tzv. „škálování účinných faktorů“ inspirovaných **Yalomovým Q tříděním terapeutických faktorů** (2007). Na rozdíl od rozhovoru, kdy byli účastníci výzkumu dotazováni otevřenými otázkami, které zjišťovaly zejména faktory vnímané jako užitečné, a účastníci si je museli sami definovat a pojmenovat, si účastníci výzkumu ve škálování účinných faktorů mohli v podstatě vybrat z již předem definovaných a výzkumem i praxí ověřených faktorů a aspektů, které jsou pomáhající a mohli již jen určit, do jaké míry pomohly právě jim samým v dané terapeutické situaci.

Klientům i terapeutovi byl tedy předložen seznam výroků, které by mohly charakterizovat to, co oni sami ve skupině považovali za účinné. Každý výrok pak hodnotili na škále 0-10, kdy 0 vyjadřovala, že jim daný faktor či výrok připadal neúčinný, nepomohl jim a 10 vyjadřovala stav, kdy jim daný aspekt skupiny pomohl nejvíce (tedy byl účinný). Škála tedy hodnotila pouze aspekt „účinnost-neúčinnost“, nikoliv „účinnost – škodlivost“. Celá metoda škálování účinných faktorů obsahovala celkem 55 výroků, z nichž vždy 5 výroků sytilo jednotlivé terapeutické faktory, kterých bylo celkem 11.

Tohoto nástroje bylo cíleně využito až po provedení rozhovorů tak, aby dotazování nebyli již předem ovlivněni výroky, které seznam obsahuje, a mohli v rozhovoru mluvit o tom, co považují oni sami za důležité. Až po vyplnění tohoto seznamu byli klienti i terapeut dle potřeby znovu dotazováni na některé výroky, které pro ně měly význam, ke kterým je ještě něco nového napadlo, případně se k nim během vyplňování ještě chtěli vyjádřit.

Při rekonstrukci této metody jsme tedy vycházeli zejména z Yalomova Q třídění terapeutických faktorů (2007). Vzhledem k charakteristikám osob s duševním onemocněním a také ke zkušenostem výzkumníka s touto cílovou skupinou, byla metoda do jisté míry modifikována pro potřeby našeho výzkumu.

Snahou bylo zmapovat a integrovat jednotlivé účinné **faktory skupinové terapie** podle několika významnějších autorů (Kratochvíl, 2005; Yalom & Leszcz, 2007; Vymětal, 2007) a zároveň účinné faktory terapeutické práce specifické pro osoby s psychotickým onemocněním (Kalina, 2008; Pěč & Probstová, 2009) a psychoedukace (Bäumel, Frobose, Kraemer, Rentrop, & Pitschel-Walz, 2006; Chadzyska & Charzyska, 2011; Sibitz, Amering, Gössler, Unger, & Katsching, 2007) a tyto integrovat tak, aby vytvořily smysluplný celek a zároveň respektovaly původní koncepci metody. Některé výroky byly upraveny tak, aby byly pro klienty srozumitelnější.

Zde shrneme faktory, které jsme prostřednictvím našeho seznamu výroků mapovali:

- Altruismus
- Skupinová soudržnost
- Univerzalita
- Interpersonální učení
- Získávání informací
- Katarze
- Identifikace, nápodoba
- Korektivní emoční zkušenost
- Náhled a sebepoznání
- Dodávání naděje
- Zplnomocnění

Faktory „**altruismus**“ a „**univerzalita**“ zůstaly zachovány, pouze jednotlivé výroky sytící tento faktor byly mírně modifikovány tak, aby byly srozumitelnější. Faktor „**skupinové soudržnosti**“ zůstal zcela nezměněn.

V původní verzi byly dva oddělené faktory: interpersonální učení – vstup a interpersonální učení – výstup. Tyto dva byly spojeny do jednoho („**interpersonální učení**“) a byly do něj zahrnuty nejdůležitější výroky z obou předchozích, což reflektuje i pojetí tohoto faktoru například u Kratochvíla (2005) nebo tak, jak uvádí Jániš (2010) ve své komparaci účinných faktorů.

Z původního názvu faktoru „vedení“ jsme faktor poskytování informací nazvali „**získáváním informací**“ a výroky obsahující tento faktor byly z větší části upraveny, zejména s ohledem na dosavadní výzkumy účinných faktorů psychoedukace (Bäuml, Frobose, Kraemer, Rentrop, & Pitschel-Walz, 2006; Sibitz, Amering, Gössler, Unger, & Katsching, 2007; Chadzynska & Charzynska, 2011).

Faktory „**identifikace**“ i „**dodávání naděje**“ zůstaly také víceméně nezměněny.

K původnímu faktoru „katarze“ byl přidán, dle dělení jiných autorů, aspekt „otevření se“ (Jániš, 2010).

Na základě porovnání s dalšími seznamy terapeutických účinných faktorů (Kratochvíl, 2005) byl přejmenován faktor „sebepoznání“ na faktor „**sebepoznání a náhled**“ a byl obohacen o některé výroky týkající se náhledu na konkrétní onemocnění, což opět reflektuje účinné prvky psychoedukace podle již zmíněných zahraničních autorů.

Faktor „znovuodehrání rodinných témat“ byl sjednocen s faktorem „**korektivní emoční zkušenosti**“ (Kratochvíl, 2005).

Soubor výroků „existenciální faktory“ jsme v naší modifikované metodě neuplatnili (u ostatních autorů seznamů účinných faktorů nemá příliš oporu).

Naopak jsme přidali skupinu výroků nazvaných „**zplnomocnění**“, jehož existenci dokládají zejména výše uvedené výzkumy zabývající se specifiky práce s osobami s psychotickým onemocněním, a výzkumy procesu psychoedukačních skupin (Ascher-Svanum, Rochford, Cisco, & Claveaux, 2001; Bäuml, Frobose, Kraemer, Rentrop, & Pitschel-Walz, 2006; Sibitz, Amering, Gössler, Unger, & Katsching, 2007).

Ukázky původní Yalomovy metody (Yalom & Leszcz, 2007) a naší modifikované verze jsou uvedeny v přílohách č. 5a a 5b.

5.2.3 Analýza dokumentů

Jako doplněk k výše uvedeným metodám jsme ve výzkumu také využili analýzu některých již **existujících dokumentů**, které vznikly v průběhu projektu „Jak žít s psychózou“. Dokumentem, který se zdá být pro naši práci relevantní, se zdají být zejména **evaluační dotazníky**, které účastníci vyhodnocovali vždy na závěr samotného kurzu.

Krom hodnocení informovanosti o svém onemocnění (které do výsledků nebudeme zahrnovat, jelikož tyto data nereflektují proces skupin, ale spíše efekt, což není cílem této práce) v evaluačním dotazníku účastníci hodnotili průběh edukačně terapeutických skupin, úroveň výkladu, spokojenost s lektorem atd. Dále byli dotazováni na to, co pro ně bylo v kurzu nejvíce užitečné a přínosné, co naopak zbytečné, co postrádali a co by se mohlo vylepšit. Ve druhém běhu byly tyto dotazníky obohaceny ještě o některé typy otázek („co jsem se v rámci skupin naučil, co mne překvapilo, kdy jsem se cítil nejlépe, co jsem dokázal přenést do reálného života, co je pro mne výzvou, ...“ atd.). Ukázka evaluačního dotazníku je uvedena v Příloze č. 7.

5.2.4 Pozorování

Svou občasnou účast na edukačně terapeutických skupinách využila autorka práce zejména k zaujetí role nestranného pozorovatele dění ve skupině. Během své participaci na skupině měl příležitost sledovat skupinovou dynamiku, vývoj jednotlivých členů ve skupině i jejich neverbální projevy, mohla být svědkem silných i náročných momentů, které se během skupin odehrávaly, mohla sledovat sociální interakce mezi členy skupiny i vliv terapeuta na skupinu a jeho terapeutickou práci.

Nestrukturované pozorování probíhalo také v průběhu polostrukturovaných rozhovorů a škálování terapeutických faktorů dle Yaloma zaměřené na chování účastníků, jejich vyjadřování a neverbální projevy vzhledem k otázkám a tématům rozhovoru.

5.3 Metody zpracování a analýzy dat

Pro zpracování a analýzu dat jsme použili kvalitativní postupy, tak, jak je popisují Hendl (2012) a Miovský (2006). K dosažení validity bylo využito tzv. **triangulace** – tedy zkoumání jevu z nejrůznějších perspektiv a úhlů pohledu. Byla využita triangulace metod získávání dat (tedy využití rozhovoru, škálování účinných faktorů, analýza dokumentů) i triangulace zdrojů (data získaná od klientů, od terapeuta). Jednotlivé nástroje byly také aplikovány v odlišném časovém horizontu (pozorování při skupinách, evaluační dotazník vyplněný hned po ukončení skupin, rozhovor a škálování v době výzkumu v rámci této diplomové práce), což mohlo přispět k výše uvedenému způsobu validizace dat.

5.3.1 Analýza polostrukturovaných rozhovorů

Polostrukturované rozhovory bylo zaznamenáváno na **diktafon**. Takto fixovaná data mají tu výhodu větší komplexnosti a autentičnosti. Jako nevýhodu můžeme uvést objevující se nedůvěru některých klientů k tomuto způsobu fixace dat, která mohla být způsobena i charakterem jejich onemocnění. Klienti byli tedy ubezpečeni, že záznam bude sloužit výhradně pro potřeby výzkumníka k přepisu rozhovoru.

V další fázi byla provedena **transkripce** rozhovorů do MS Word, tedy převod mluveného slova do písemné podoby, což je časově velmi náročná procedura, nicméně v kontextu našeho výzkumu nezbytná (Hendl, 2012). Kontrola transkripce proběhla metodou opakovaného poslechu. Jména klientů byla nahrazena písmenem K s následným přiřazeným číslem dle pořadí provedeným rozhovorů. Terapeut je označen písmenem T.

Pro získání přehlednějšího protokolu a výzkumného materiálu jsme provedli **redukci prvního řádu**, kdy byly vypuštěny všechny části vět, které neobsahují žádnou identifikovatelnou informaci či tzv. „slovní vatu“, která se v rozhovorech vzhledem k možným problémům ve vyjadřování klientů, které mohou mimo jiné souviset i s přetrvávajícími negativními příznaky jejich onemocnění (nesouvislé myšlení, zabíhavost řeči, kognitivní deficit apod.), objevovala.

Následně proběhlo **kódování**, kde byla data tříděna do určitých segmentů a byly jim průběžně přiřazovány názvy. Tato data byla v MS Word vizuálně rozlišena podle jednotlivých témat, která se ve výpovědích objevovala. Primárně byl využit deskriptivní přístup, tedy popis získaných dat. Deskripce by měla vždy předcházet jakékoliv interpretaci, i když použití pouze deskriptivního přístupu by mohlo způsobit ochuzení výsledků. Proto jsme k získaným datům přistupovali i za pomoci dalších metod - inspirování metodou **otevřeného kódování** dle Strausse a Corbinové (1990; in Hendl, 2012). Veškerá data jsme rozdělili na segmenty (odstavce, případně věty) a ty jsme následně dle souvislostí a vzájemných vztahů, ale i na základě dosavadních **poznatků uvedených v teoretické části** práce, přiřadili určité kódy související s výzkumnými otázkami. Krom vytváření kategorií vlastních, vyvozených z obsahu získaných dat jsme vycházeli (u hledání účinných faktorů) z nejrůznějších teoretických východisek a seznamů účinných faktorů již zpracovaných příslušnými autory (Bäumel, Frobose, Kraemer, Rentrop, & Pitschel-Walz, 2006; Kratochvíl, 2005; Pěč & Probstová, Psychózy - psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče, 2009; Sibitz, Amering, Gössler, Unger, & Katsching, 2007; Yalom & Leszcz, 2007). Tyto kódy získané indukci i vyvozením z dosavadních teoretických koncepcí pak byly průběžně seřazovány do vyšších celků, tedy kategorií, přičemž celý tento proces byl opakován v průběhu získávání dat a jednotlivé kategorie se průběžně měnily, než dostaly konečnou podobu. Pro srovnání a seskupení dat tedy vlastně byla použita metoda **vytváření trsů**. Ta sloužila především ke kategorizaci a hierarchizaci dat do skupin. K dokreslení kvantitativních dat bylo využito i metody **prostého výčtu**, která byla nositelem kvantity určitých jevů v rámci kvalitativních údajů. Krom toho jsme také využili metodu **kontrastu**, která zahrnuje právě možné alternativní pohledy klientů od pohledu terapeuta (Mioviský, 2006).

5.3.2 Analýza dokumentů – evaluačních dotazníků

Pro **analýzu dokumentů** - zpracování evaluačních dotazníků jsme nejprve pořídili jejich fotokopie tak, aby originály mohly zůstat archivovány pro potřeby organizace. Při jejich analýze jsme postupovali podobně jako u analýzy rozhovorů a data získaná prostřednictvím analýzy těchto dokumentů jsme zahrnuli do procesu **kódování dat** a použili jsme je k doplnění informací získaných z rozhovoru.

5.3.3 Analýza škálování účinných faktorů

Výsledná data získaná použitím metody škálování účinných faktorů jsme využili zejména pro porovnání s výsledky polostrukturovaných rozhovorů a analýzy dokumentů.

Všechna data (hodnoty), která jsme získali prostřednictvím škálování, byla zpracována v MS Excel. Byly zaznamenány všechny odpovědi (čísla na škále od 0 do 10) ke každému jednotlivému výroku a tyto výroky pak byly seskupovány k jednotlivým faktorům, ke kterým náležely. Ke zpracování dat jsme nevyužívali žádných statistických metod, naším cílem bylo pouze **porovnání důležitosti** jednotlivých faktorů a identifikování těch, které byly vnímány jako nejužitečnější a nejučinnější a tyto data porovnat se získanými výsledky z analýzy rozhovorů i dotazníků.

U každého výroku jsme vypočítali **medián** i **průměr** hodnoty všech odpovědí klientů na škále. Tímto jsme získali přehled o tom, který výrok připadal účastníkům skupiny v rámci užitečnosti nejvýstižnější a který naopak neodpovídal účinnému faktoru ve skupině. Následně byl vypočítán medián i průměr pro jednotlivé faktory (se zahrnutím hodnot všech náležejících výroků). Měli jsme k dispozici i vyplněné škálování účinných faktorů od terapeuta, v tomto případě jsme pracovali s mediánem a průměrem jednotlivých faktorů. Medián byl kromě průměru při analýze škálování účinných faktorů využit zejména z toho důvodu, že nepracuje se všemi hodnotami a na rozdíl od průměru jeho hodnota není zkreslena extrémními hodnotami, které se mohly z různých důvodů ve škálování vyskytnout. Ukázka zpracování těchto dat je k dohledání v Příloze č. 6.

Tyto faktory pak mohly být díky tomuto způsobu analýzy dat **porovnány** z hlediska důležitosti, mohly být **seřazeny** podle jejich významnosti a mohli jsme s nimi pracovat jako s doplňkem již zmíněných kvalitativních metod. Jak už bylo zmíněno, využitá metody si nekladla za cíl statisticky zpracovat jednotlivé odpovědi ani neměla ambice přinést zobecnitelné výsledky, měla funkci spíše **ilustrativní**, k dokreslení získaných výsledků.

5.4 Etické problémy a způsob jejich řešení

Účastníci výzkumu byli dostatečně informováni o účelu výzkumu, jeho postupu a také byli uvědoměni o zachování anonymity a dobrovolnosti. Byli informováni o tom, že rozhovor bude nahráván na diktafon a že mohou z výzkumu kdykoliv odstoupit. Tyto informace jim byly předloženy i písemnou formou v rámci **informovaného souhlasu**.

Důležitým aspektem a pravidlem při provádění výzkumu bylo **nepoškodit** ani **neohrožit** účastníky výzkumu. Lidé s onemocněním psychotického okruhu mají tendenci k větší unavitelnosti, menší odolnosti vůči zvládnání zátěže a mohou se u nich objevit také kognitivní deficity způsobené onemocněním, proto bylo nutné tyto faktory při výzkumu zohlednit a přizpůsobit je možnostem daného jedince. Osoby s duševním onemocněním psychotického okruhu jsou také náchylnější ke stresu a ke zhoršení jejich stavu může přispět i nepatrná zátěž, kterou by mohla účast na výzkum eventuálně přinést.

Ke klientům bylo v rozhovoru přistupováno s maximálním respektem k jejich potřebám a možnostem. Velký význam byl přikládán navození co nejbezpečnější a přátelské atmosféry. Po skončení rozhovoru byli klienti dotázáni, zda se cítí dobře a případně zda nepotřebují zdprostředkovat nějakou formu podpory.

5.4.1 Efekt výzkumníka a jeho vztah ke zkoumanému prostředí

V rámci diplomové práce je vzhledem ke specifickým výzkumu účinných faktorů skupinových aktivit vhodné věnovat se otázce možného **zkreslení a jeho zdrojům**. Vliv na výsledky a proces celého výzkumu může mít zejména tzv. efekt výzkumníka, přítomnost výzkumníka jak na skupinách, tak i jeho profesní působení v organizaci, kam klienti docházejí do sociálních služeb a využívají aktivit zaměstnávání s podporou. Jako možné omezení také můžeme vnímat rodinný vztah výzkumníka s terapeutem.

Na edukačně terapeutických skupinách byla autorka práce příležitostně **přítomna v rámci své praxe**. Ve skupině v těchto případech měla roli nestranného pozorovatele, případně do určité míry fungovala jako součást skupiny a s účastníky skupiny měla přátelský a rovnocenný vztah. Účastníci pak mohou mít například eventuálně tendenci vypovídat ve prospěch skupiny a veskrze pozitivně a zanedbávat ve svých výpovědích faktory, které pro ně byly například neužitečné či škodlivé (Yalom & Leszcz, 2007).

Všechny výše uvedené skutečnosti mohou mít dozajista vliv na zpracování výzkumných dat a v rámci zpracování dat a výsledků práce byly tyto skutečnosti neustále **reflektovány**. I Miovský (2006) hovoří o charakteristice postoje výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum – ten podle něj nikdy nemůže být zcela nezaújatý a jeho výzkum nikdy není zcela nezávislý, sám výzkumník do procesu určitým způsobem zasahuje a do jisté míry jej ovlivňuje.

Shodně s Miovským (2006) jsme výzkumná setkání chápali jako **dialogické setkání**, ve kterém probíhají interakce, které nemají podtext pouze samotného výzkumu, ale zejména lidského setkání, kde účastníci interakce vzájemně respektují svou jedinečnost, mohou sdílet své prožitky a příběhy a dochází ke vzájemnému obohacení.

Ač tedy autorka nemůže v rámci výzkumu vystupovat naprosto nestranně a nezaújatě a její přítomnost na skupině a vztah s účastníky skupiny mohou do jisté míry zkreslit výsledky, mohou také na druhou stranu napomoci k jistému **obohacení výzkumu**. Miovský (2006) v této souvislosti dokonce mluví o osobním vztahu s účastníky jako o základním předpokladu úspěchu. Autorka výzkumu se v procesu skupiny a působení v organizaci v rámci praxe mohla lépe seznámit s prostředím, ve kterém výzkum probíhá, mohla také pravděpodobně lépe navodit v účastnících potřebnou atmosféru důvěry a bezpečí, a získat tak mnohem otevřenější výpovědi. Krom toho také mohla autorka reflektovat své zkušenosti ze skupin a z kontaktu s klienty s ohledem na relevantnost jejich výpovědí a přizpůsobit průběh získávání dat možnostem a potenciálu jednotlivých klientů.

6 Výzkumný soubor

Celkem tvořilo výzkumný soubor deset osob, z toho devět klientů, účastníků edukačně terapeutických skupin s diagnózou psychotického onemocnění a dále jeden terapeut - klinická psychologka, která skupiny vedla.

6.1 Část výzkumného souboru - klienti

Převážnou část výzkumného souboru tvoří **9 osob s diagnózou psychotického okruhu** v období remise, přičemž většina z nich má diagnózu schizofrenie, dvěma osobám byla diagnostikována schizoafektivní porucha. Všichni tito účastníci výzkumu jsou zároveň také klienty zařízení Zahrada 2000 a jsou v tomto zařízení také zaměstnání formou zaměstnávání s podporou. Tyto osoby budou v rámci této diplomové označovány jako *klienti* nebo *účastníci skupin*.

Pro výběr účastníků byla využita tzv. metoda **záměrného** (účelového) **výběru**. Hlavním kritériem pro vstup do výzkumu byla:

- účast na edukačně terapeutickém programu „Jak žít s psychózou“,
- diagnóza psychotického okruhu,
- ochota se výzkumu zúčastnit.

I když se celkem edukačně terapeutických skupin účastnilo více osob, ne všechny osoby byly v době, kdy se prováděl výzkum dostupné, případně nesplňovaly kritérium diagnózy onemocnění psychotického okruhu (do skupin byly okrajově zařazeny i osoby s jiným chronickým duševním onemocněním, ať už s některými psychotickými příznaky, ale i bez nich). Tyto osoby do výzkumu zařazeny nebyly.

Kromě základních údajů jako je věk, nejvyšší dosažené vzdělání byly účastníci dotazováni na svou diagnózu, na rok, kdy měli první psychotickou ataku, počet hospitalizací a také na poslední psychotickou ataku. Kromě toho byli také dotazováni na to, od jakého roku navštěvují zařízení Zahrada 2000.

Tabulka č. 1: Popis výzkumného souboru K – účastníci skupiny (klienti)

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Diagnóza	První ataka	Počet hospitalizací	Poslední hospitalizace	V Zahradě od roku
K1	žena	50	VŠ	F20.0	2003	4	2011	2011
K2	muž	36	SOU	F20.0	1998	0- ambulantně	0- ambulantně	2009
K3	žena	35	VŠ	F20.0	2004	1	2011	2009
K4	muž	53	SOU	F20.0	1988	6	2002	2010
K5	žena	58	SŠ	F20.0	1981	3	2007	2008
K6	žena	57	SOU	F20.0	2004	1	2004	2004
K7	žena	36	SOU	F20.0	1999	0- ambulantně	0- ambulantně	2000
K8	žena	56	SŠ	F25.2	2006	3	2013	2012
K9	žena	55	SOU	F25.2	1977	11	2014	2013

Hlavní část výzkumného souboru tedy tvořilo 9 klientů sociálně-rehabilitačního centra Zahrada 2000 o. s. s onemocněním psychotického okruhu – 7 žen a 2 muži ve věku od 36 do 59 let, přičemž průměrný věk činil 48 let. Nejvyšším dokončeným vzděláním je VŠ. Všichni účastníci výzkumu jsou v současné době zaměstnáni v zařízení Zahrada 2000 o.s. formou zaměstnávání s podporou (v rámci aktivity v projektu).

6.2 Část výzkumného souboru - terapeut

Část výzkumného souboru dále tvořil **terapeut** skupiny (46 let), klinická psychologička s více než dvacetiletou praxí s touto cílovou skupinou.

Tabulka č. 2: Popis výzkumného souboru T - terapeut

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Obor	Délka praxe s cílovou skupinou	Výcvik
T	žena	46	VŠ	Psychologie FF UPOL	20 let	Integrativní, KBT, SF - zaměřený na řešení.

7 Výsledky

V následujících podkapitolách jsou podrobně popsány a interpretovány výsledky, ke kterým jsme došli za použití výše zmiňovaných metod, tedy polostrukturovaného rozhovoru, použití metody škálování terapeutických faktorů, pozorování i analýzy dostupných dokumentů – evaluačních dotazníků. Na některých místech jsou uvedeny i doslovné citace jednotlivých účastníků výzkumu, pro odlišení je využito kurzívy.

7.1 Účinné faktory skupin z pohledu klientů

Při analýze pomáhajících faktorů, které působily v rámci edukačně terapeutických skupin pro osoby s psychotickým onemocněním z pohledu klientů, se objevovaly nejčastěji výpovědi týkající se **významu skupiny**, sociálních kontaktů a sociální interakce mezi účastníky. Velmi důležitý se pro klienty jevil faktor získávání **informací**, i vzhledem k charakteru skupin: zejména o jejich onemocnění, o příčinách, léčbě, o možnostech prevence relapsu a další. Krom toho se v jejich výpovědích objevovaly další účinné faktory a pomáhající prvky, o kterých se zmíníme v následujících kapitolách – například otevření se, katarze, zplnomocnění a zaměření se na zdroje samotných klientů, vliv pravidelného režimu, sebepoznání i učení se interpersonální komunikaci a další. Je potřeba vzít v úvahu fakt, že jednotlivé kategorie se ve výpovědi často překrývají a jak uvádí Yalom (2007), hranice mezi jednotlivými faktory jsou stanoveny spíše uměle a jejich společné fungující aspekty mohou být v některých případech totožné.

7.1.1 Analýza škálování účinných faktorů - klienti

Nejprve se zaměříme na jednotlivé účinné faktory z hlediska výsledných dat z metody škálování účinných faktorů. Můžeme je seřadit dle výsledných průměrů a mediánů hodnocení jednotlivých výroků na škále od 0 do 10. Tyto hodnoty jsou spíše orientační a připravují nám půdu pro popis a podrobný a hlubší náhled na jednotlivé faktory a prvky, které v rámci edukačně terapeutických skupin fungují.

Pomocí metody škálování můžeme faktory na základě výsledných hodnot seřadit dle významnosti a následně je v dalších kapitolách blíže prozkoumat a popsat. Kromě toho v této kapitole budeme prezentovat výroky, které v rámci dané metody účastníci hodnotili jako nejužitečnější a nejméně užitečné.

Tabulka č. 3: Škálování účinných faktorů – klienti

Pořadí	Účinný faktor	Medián	Průměr
1.	Skupinová soudržnost	9	7,8
2. - 3.	Univerzalita	8	7,8
2. - 3.	Zplnomocnění	8	7,8
4.	Získávání informací	8	7,4
5.	Katarze	8	7,1
6.	Interpersonální učení	7	6,8
7.	Altruismus	7	6,6
8.	Dodávání naděje	7	6,4
9.	Náhled a sebepoznání	6	6,5
10.	Korektivní emoční zkušenost	6	6,4
11.	Nápodoba a identifikace	5	5

1) Skupinová soudržnost

Faktor skupinové soudržnosti v sobě obsahoval dva výroky, které klienti hodnotili jako nejvíce klíčové. Jsou jimi:

- „Patřil jsem ke skupině a ta mne přijala.“
- „Už jsem se necítil sám.“

2) Univerzalita

Faktor univerzality opět sytily dva výroky, které byly klienty hodnoceny jako významné:

- „Pomohlo mi vědomí, že jsme všichni na jedné lodi.“
- „Překonal jsem pocit odlišnosti od ostatních a osamocení tím, že jsem zjistil, že nejsem jediný, kdo je ve stejné situaci.“

3) Zplnomocnění

Výrokem, který podle účastníků nejlépe charakterizoval účinný charakter skupin, bylo zjištění kompetence a vlastního vlivu na své onemocnění:

- „Zjistil jsem, že na svůj psychický stav můžu mít vliv já sám.“

4) Získávání informací

Pokud bychom opět analyzovali hodnocení jednotlivých výroků a jejich významnost, v popředí byla pro klienty zejména možnost získat informace o svém onemocnění:

- „Dozvěděl jsem se důležité informace týkající se mého onemocnění.“

5) Katarze

6) Interpersonální učení

7) Altruismus

8) Dodávání naděje

9) Náhled a sebepoznání

10) Korektivní emoční zkušenost

11) Nápodoba a identifikace

Tento faktor, který byl podle klientů pravděpodobně nejméně užitečný, sytil hned dva výroky, které byly v celkovém seznamu výroků hodnoceny nejnižší na škále:

- „Přijal jsem styl a chování někoho ze skupiny.“
- „Našel jsem ve skupině někoho, kdo se mohl stát mým vzorem.“

7.1.2 Soudržnost a přijetí skupinou

Jako jedno z nejvýznamnějších témat, o kterém se klienti často zmiňovali a jehož linku jsme mohli vysledovat ve všech realizovaných rozhovorech, jsme identifikovali faktor soudržnosti ve skupině, pocit **sounáležitosti** mezi klienty, pocit, že jsou ostatními členy skupiny **přijímáni**. Yalom (2007) mluví o tomto faktoru jako o velmi důležité síle, která v rámci skupinové psychoterapie působí nejen jako účinný faktor, ale i jako podmínka úspěšného fungování skupiny.

- „ ... tak jako ten pocit sounáležitosti a takové jako spolupráce. Jakože jsem měla dobrý pocit, že jsem zapojena do určitého kolektivu, s určitým směrem, záměrem.“ (K1)
- „...ta soudržnost, ta je k nezaplacení. Prostě takový jako rodina jsme tady byli. Každý ochotně naslouchal, podal pomocnou ruku, když bylo zle.“ (K8)
- „... člověk když onemocní tím onemocněním, spálí všechny mosty za sebou a tedka jde o to, co bude dopředu. No a tak každý měl ten svůj názor, měl ten svůj stav, a tak jsme si nějak doplňovali a vytvořili jsme nějak ten celek nebo něco.“ (K2)
- „Jo, jo, my jsme se tady seznámili a byli jsme taková skupinka sebraná. Protože jsme věděli o sobě trochu, tak už to bylo jako pak dobrý, no.“ (K5)
- „Že jsme si sdělovali s těmi kolegy z toho kurzu, že tam byla taková spoluúčast v tom prožívání dennodenního života a sdílení zkušeností a podpora té skupiny.“ (K1)

Někteří klienti v rámci skupin zjistili pro ně velmi důležitý fakt, a to ten, že byli v rámci skupiny **bezpodmínečně přijati** - takoví, jací jsou, že zjistili, že mohou mít pro ostatní význam a mohli tím cítit svou vlastní hodnotu.

- „Že jsme tam byli dobrá parta. Že se mi třeba nesmáli, že mě neshazovali, a tak dál.“ (K3)
- „Že jsme se tady přijali jeden druhého, že jsme tady všichni byli taková skupinka soudržná.“ (K5)
- (Překvapilo mne) „... že mě mají lidi rádi.“ (ED)
- (O sobě jsem se v rámci skupiny naučila) „...že mám svoji cenu a lidé mě přijímají.“ (ED)

Vysokou míru soudržnosti ve skupině také dokumentují výpovědi některých klientů, které poukazují na **důležitosti každého jediného člena** ve skupině a starosti o něj, na významnost vztahů, které se v rámci skupiny utvořily. Vysoká soudržnost mohla mít za následek vyšší účast ve skupině a menší fluktuaci jejích členů.

- *„Jako já jsem měla radost, že jsme se tady sešli, a už jenom, když někdo nepřišel, už se ostatní ptali, i já jsem se ptala, kde jsou.“ (K9)*
- *„Že když někdo chyběl, tak že nám jako opravdu chyběl v té skupince. Že já třeba osobně jsem si nedovedla představit, že by nepřišel třeba X. Jako ten kdyby tam nebyl, ten by mi chyběl úplně. Ten byl na každém sezení a byl takový pilíř té skupiny. A tak to bylo i s ostatními. Jako když nepřišla ta X tak se jí telefonovalo, jak to že nepřišla, že na ni čekáme. Že jsme se brali jako skupinka, která k sobě patří. A když některý z nich vypadne, že nám tam chybí. Že to bylo cítit, že ten člen, jako všichni byli taková právoplatní členové. A nebyl tam nikdo, kdo by byl nějak stranou, nebo kdo by... Jakože jsme to nějak společně prožívali ty naše životy po ten rok. A když to končilo, tak nám bylo vlastně líto, hlavně těch koleček, těch společných hovorů, tak nám to bylo líto, že to končí, že v tom nebudeme moci pokračovat.“ (K1)*

Účastníci v některých případech mluvili i o tom, že se mezi sebou **stýkali i mimo skupinu**, v rámci svého volného času a také že vztahy přetrvaly i po ukončení skupiny.

- *„Tak já si myslím, že jsme tam měli vztahy celkem dobré. My jsme spolu chodili ven, na procházky.“ (K4)*
- *„No, že byli kamarádský. Každý si povykládal dobře. ... No a s X jsem chodila na kafe.“ (K6)*
- *„No tak vztah s těmi lidmi je takový důvěrnější, než s ostatními klienty. Jako je tam za námi nějaká společná zkušenost, a je to takové otevřenější a i v té komunikaci je to taky lepší.“ (K1)*

7.1.3 Překonání izolace a členství ve skupině

Jako velmi významný účinný faktor pro účastníky se jevil už jen samotný pobyt ve skupině a pocit, že **někam patří**. Účastníci často hovořili o tom, že pro ně bylo důležité mít pocit, že nejsou sami, že nejsou izolovaní od společnosti a od lidí, tak, jak to jejich onemocnění přináší.

- „*Tak prostě to vědomí, že někam momentálně patřím, do nějaké skupiny nebo tak nějak.*“ (K8)
- „*Že jsem si mohl s někým popovídat. Že jsem na ty svoje problémy nebyl sám.*“ (K4)
- „*Hodně jsem přemýšlela nad tím, jak jsme se hodnotili na té škále. No, ze začátku to bylo dost bídné, až minusové, to moje cítění, ale časem se to zlepšilo. Už i tady tím, že jsem vůbec přišla sem, že jsem se zapojila do toho povídání. Ke konci už to bylo jako koncem toho jednotlivého sezení, že už to bylo zase lepší. Už jenom to, že jsem byla tady, rozumíš?*“ (K9)

Právě **společenská izolace** osob s duševním onemocněním je častým problémem a následkem onemocnění, docházení do skupiny a členství v něm mohlo klientům pomoci v získání pocitu začlenění do společnosti, redukci sociální izolace a znovunavázání sociálních kontaktů:

- „*Tam jde o to, že se něco děje. Že když člověk onemocní tady tímhle onemocněním, tak vlastně za ním spadnou všechny ty mosty, všichni známi co měl předtím tak se mu třeba potom smějou, takže už je potom nemá. A tak má třeba tu Zahradu a tu skupinku, že si tam povykládá, jo. Takže nějak tak to беру, jo, že vlastně když člověk onemocní, tak že spálí všechny mosty za sebou. Už vlastně se nejde vrátit zpátky, jo. Tedka vlastně co bude dopředu, co bude dopředu. A ono vlastně nic dopředu není, jo. Protože jako kdyby tady nebylo to zařízení tak jsem jako s prominutím v řiti, jo.*“ (K2)
- „*No, pro mě, protože jsem sama, bylo dobré, že jsem byla mezi lidmi. To jako hlavně, protože když je člověk sám tak si potřebuje taky popovídat jako. To se mě jako hrozně líbilo, jo.*“ (K5)
- „*Tak já nevím, ten kdo je doma na tom invalidním důchodě tak je rád za každou takovou příležitost přijít do kolektivu nějakého.*“ (K8)

V souvislosti s překonáním společenské izolace velká část klientů mluvila o tom, že velmi silným zážitkem a pomáhajícím prvkem pro ně byly **společné obědy** v restauračním zařízení po každém skupinovém setkání.

- *„Ty obědy. Že to bylo takové společné prostě. To bylo takové příjemné. Jako nejenom to jídlo, ale i že to bylo společné.“ (K7)*
- *„Byl tam zahrnutý i ten oběd na konci, to mě taky bavilo jako.“ (K2)*
- *„...někam jít, třeba na ten oběd že jsme chodili. Jako ne že to bylo zadarmo, ale že jsem vůbec někde vyšla mezi společnost. Protože já se jako dost uzavírám doma. Protože já nikam nechodím, no. Ani na to kafe, já se spíš straním. Byla to výhoda, že to bylo zadarmo, protože tady byli tací mezi námi, co jsou na tom jako fakt špatně.“ (K9)*

Podobnou funkci mohla pro účastníky zastávat **exkurze** do zařízení Práh v Brně. Účastníci se dostali do nového prostředí, měli možnost nácvičku nejrůznějších sociálních a jiných dovedností, absolvovali mnohé výlety a jako skupina se mohli poznat i v naprosto odlišném prostředí. I v rámci evaluačních dotazníků někteří klienti hodnotili svou cestu do Brna jako svůj osobní úspěch a také u otázky v evaluačním dotazníku, kdy se cítili nejlépe, většina účastníků odpovídala, že právě na exkurzi.

- *„Exkurze, na tu jsme zapomněli, ta byla poučná. Jako líbilo se mi, že jsme jeli jako skupina někam jinak, kde jsme mohli jako skupina prožít a něco jiného a mohli se poznat i v jiném prostředí. Jako to ještě bylo takové oživení.“ (K1)*

7.1.4 Univerzalita a dodávání naděje

Jedním z velmi významných aspektů skupin, který se také prolínal všemi výpověďmi klientů, bylo především poznání faktu, že **nejsou s daným druhem problému sami**, že nejsou jediní, kdo trpí takovýmto onemocněním, že někde rozumí jejich trápení z pozice někoho, kdo prožil něco podobného.

- „...no, jako že jsem poznala, že je víc lidí, který jsou na tom tak jak já... a že jako taky jak já poznali, že je nemocný i jiný člověk, nejenom oni.“ (K5)
- „No to jsem říkala, že člověk v tom není sám, že lidi mají zase jiné problémy, daleko horší třeba. A že vlastně můžu být ráda za to, co mám a že jsou lidi na tom hůř. Ale jako já jsem s nimi cítila, ne, že bych to brala ...“ (K9)
- „...že každý měl v té rodině nějaké problémy, někdo takový někdo takový, sice jinačí, ale každý skoro, že jsem nebyla sama, kdo měl v rodině problémy nebo tak, no.“ (K5)

S faktorem univerzality se ve výpovědích prolíná faktor **dodávání odvahy** a dá se říci i **na děje**, tedy nejenom zkušenost, že lidé mají ve skupině podobné problémy, ale že se je snaží řešit a že s podobnými problémy dokázali něco udělat:

- „Prostě že jsou takoví lidi, jsou nemocní, mají důchod, mají problémy a žijou dál. A žijou nějak, snaží se furt prostě ty problémy nějak řešit, není to konečná.“ (K7)
- „... tak jsem poznala tady v té skupině, že jsou na tom jako lidi hůř a taky se s tím snaží bojovat jako já, že. Tak to bylo dobré.“ (K5)
- „Taky jsem zjistila, že každý má problémy a že se to snaží řešit, že není sám, že prostě ta sounáležitost.“ (K3)

Faktor univerzality nabývá významu také v redukci pocitu odlišnosti od ostatních a izolace, **rozměňuje pocit nepříjemnosti** a naprosté neobvyklosti **problémů**, se kterým se klienti potýkají a které často přinášejí pocity viny či studu:

- „No, úplně zezачátku, jak jsem onemocněla, tak jsem si to jako strašně brala jako, jo. Nemohla jsem se s tím smířit, víš. Jako, že jsem onemocněla. No a teď už, když vidím, že jsou na tom stejně nebo hůř tak si říkám, nejsou s tím sama, tak s tím musíš jako nějak bojovat. Jako nesmíš to si tak brát. (K5)
- „Třeba když jsme se bavili o sebevraždách - když jsem se dozvěděla, kdo z těch kolegů měl ty myšlenky na to, jakože jsem zjistila, že s tou svou nemocí nejsem sama a že i jiní lidé mají podobné zkušenosti, že si tím prošli, třeba nějakým takovým obdobím nebo to. Takže mě to, že to přijali a sdíleli tu svou zkušenost, pomohlo přistoupit k tomu tak, že to nebylo zas až tak výjimečné. Že není třeba se za to stydět úplně.“ (K1)

7.1.5 Zplnomocnění a víra ve vlastní zdroje

Prostřednictvím několika výše uvedených faktorů jako je zejména univerzalita, otevření se, ale i získávání informací klienti často docházeli k poznání **vlastní kompetence** a **síly**, dokázali si uvědomit svůj přechod z role „léčeného“ k „zotavujícímu se“, svůj vlastní možný podíl na své úzdavě a řešení problémů ve svém životě.

- „... už to absolvování, ten pohled na tu nemoc, že jsem se přestala cítit jako nějaká oběť, bezmocná, úplně. Tak to přispělo ke zvýšení sebevědomí. Jakože se na tu nemoc dívám jinak a že už z toho nemám takové mindráky. Jakože si to nevyčítám, že jsem nemocná. Jako změnil se nejenom přístup k lékům, ale i náhled na tu nemoc, přijetí té skutečnosti že teda nemocná jsem, a že je to nemoc, která se nevyléčí, která zůstává jako ta diagnóza. Takové přijetí.“ (K1)

Léčivý mohl být pro účastníky dle jejich slov již zmíněný přerod z „bezmocné oběti“ k „aktivnímu podílu“ na ovlivnění své nemoci. Silné bylo pro klienty pravděpodobně i uvědomění si svých **vlastních sil a zdrojů**.

- „...po té Bílé Vodě (pozn.: hospitalizaci) ti už nevím jakou mám sílu, ale po té skupině to bylo super.“ (K9)
- (víra ve vlastní síly) „Jo, to jsem měla takový pocity. Že vím, kam mám jít, co budu dělat, jo, že jsem věděla, co mě čeká, třeba že půjdu do práce. Možná se něco změnilo k lepšímu, třeba že mě rodiče více pochopili, ... říká se, že čas zahojí nějaké bolesti.“ (K7)
- „Cítila jsem, že mohu svůj psychický stav ovlivňovat.“ (ED)
- „Hledat to dobré v těžké situaci.“ (ED)

Účastníci se také zmiňovali o aspektu **zvýšení sebevědomí** díky účasti ve skupině.

- „Byla jsem v kurzu spokojená, zvedlo mi to sebevědomí.“ (ED)
- „Zlepšilo mně to sebevědomí.“ (ED)

Právě ke zvýšení sebevědomí i uvědomění si svých vlastních zdrojů sloužilo často **ocenění** ze strany jiných účastníků skupiny nebo terapeuta.

- „Když jsme dělali takovou tu hru, kdy jsme si malovali obličej a pak jsme si tam psali vzkazy. Jo, tak já jsem dostala ten svůj obrázek, když se mi vrátil, tak jsem měla radost, protože tam byly samé pozitivní, jakože seš bezva ženská, jen tak dál, takové pozitivní vzkazy od těch kolegů. No, pozitivní vzkazy. Já to mám vystavené pořád na polici. Mám to tam vedle fotky svých dětí. Tak to tam občas tak zhlídnu, připomenu si.“ (K1)

7.1.6 Informace, náhled na onemocnění

Shodně s dosavadními výzkumy i **psychoedukačním charakterem** skupin byl jedním z nejvýznamnějších faktorů, o kterém se klienti často zmiňovali, **aspekt informací**.

Účastníků výzkumu jsme se v rámci mapování nejprve dotazovali, zda mají nějakou **předchozí zkušenost** s psychoedukací a do jaké míry byli informováni o svém onemocnění ještě před začátkem edukačně terapeutických skupin. Většina z nich vypověděla, že o svém onemocnění byli zejména v počátcích svého onemocnění informováni spíše **nedostatečně**:

- „...protože fakt, mě to nikdo jako nevysvětlil. Ani mi nikdo neřekl, že mám schizofrenii, akorát když jsem byla na důchodovém, tak tam jako ten lístek potom, ... tak tam bylo napsaný schizofrenie.“ (K5)
- „Ne, neměla jsem zkušenost, vlastně až jsem to absolvovala tady, jsem získala úplný náhled na tu svoji nemoc. Předtím mi to chybělo. Kdyby byl někdo, kdo by si při první hospitalizaci se mnou sedl, a řekl, věc se má tak, že příčinou nemoci je to a to, projevuje se to, tvoje možnosti jsou takové a takové tak by mi to pomohlo a měla bych jiný pohled na užívání léků, na hospitalizaci...“ (K1)

Většina klientů dostala základní informace od **svého psychiatra**, kam dochází ambulantně. Tyto informace se týkají zejména obecného modelu onemocnění a jsou směřovány ke zvýšení spolupráce při léčbě a užívání předepsané medikace.

- „...řekl mi, že mám něco jako cukrovku. Ale jinou. A že to беру jako místo inzulínu, že si musím držet jako stabilní hladinu.“ (K2)
- „Tak strašně jako zběžně. No, že je to nějaká porucha v mozku, že tam chybí nějaké ty neurony, že se to tam zbláznilo prostě. A že to potřebuje těma lékama doplnit, prostě nějaká látka v mozku.“ (K7)

Jedna klientka uvádí, že velké množství informací o svém onemocnění získala prostřednictvím **samostudia**, na internetu či prostřednictvím odborné literatury:

- „Tak já už jsem to měla nastudovaný z internetu. Protože jak mě bylo hodně dlouho zle, že jsem nevěděla z které do které, tak jsem vždycky šla a vždycky jsem tam něco našla, nějaký nový poznatek.“ (K8)

Aspekt získávání informací o své nemoci je důležitý zejména z hlediska prevence relapsu, přijetí nemoci a schopnost se svým onemocněním žít. Velice pomáhající byly ve skupině pro klienty ty chvíle, kdy se jim dostávalo jak od členů skupiny, ale i terapeuta či z dalších zdrojů dostatek informací, rad, nápadů či návodů – a to nejen ve vztahu ke své situaci nebo svému problému, ale hlavně v **souvislosti s jejich duševním onemocněním**.

- „...to povídání si o příčinách schizofrenie, což je moje diagnóza. No, informace ohledně té nemoci Je to důležité pro získání náhledu na svou nemoc.“ (K1)
- „Že člověk si jako uvědomí co vlastně má jako, jakou nemoc a tak. Člověk se dověděl věci, o kterých předtím vůbec nevěděl.“ (K4)
- „Dozvěděla jsem se hodně věcí, od odborníka, nejenom tak, že někdo říkal, nebo z internetu nebo to. Jako o schizofrenii, nebo z těch filmů. Z těch přednášek.“ (K7)
- „No, mě právě o té nemoci, ta schizofrenie mě zaujala, o té nemoci nejvíc. Každý má třeba něco trošku jinak, třeba má taky schizofrenii ale je na tom trochu jinak, že.“ (K5)
- „Tak určitě jsme si rozšířili poznatky o těch svých nemocech.“ (K8)
- „... Psychózy, protože mám schizofrenii. Ataka, remise, relaps.“ (ED)
- „Vhled do své nemoci a pochopení některých jejích aspektů.“ (ED)
- „Nejužitečnější pro mě bylo, že jsem se dozvěděla nové věci.“ (ED)

Účinná se pro účastníky skupin zdála být informace o příčinách onemocnění a zejména o **dopaminové teorii**, tedy nadměrnému přenosu dopaminu a o antipsychotické medikaci ve funkci regulace tohoto přenašeče. Pochopení tohoto mechanismu může mít významný vliv na **spolupráci při léčbě** a dodržování předepsané medikace.

- „Třeba poprvé jsem se dozvěděla, že příčinou schizofrenie je chemická nerovnováha v mozku, že je to způsobeno tím dopaminem. Ale tu informaci jsem nikde do té doby jako neměla. Takže to mi dodalo, jakože je to záležitost mozku a proto se užívají ty léky, aby se ta chemická rovnováha tam nastolila, jo. Což pro mě byla velká nebo důležitá informace kvůli mému postoji k lékům, jelikož všechny ty hospitalizace byly po té, co jsem vysadila léky. Protože já jsem měla do té doby problém s užíváním léků. Ta informace v tom dopaminu mi to trošku v té hlavě přehodila a začala jsem se na ty léky dívat jinak. Což byla asi úplně nejdůležitější informace z celého toho kurzu.“ (K1)
- „No, jako o tom onemocnění mě jako to... jsem teda zdravotník, ale my jsme se toto neučili. Mě překvapilo to, že to onemocnění souvisí jako s chemickou reakcí. No, jako když jsem se o tom něco dozvěděla, tak jsem si říkala, že vlastně když teď beru ty léky, tak že vlastně jak kdybych byla zdravá, že. Jo, prostě, ta chemická reakce se spravila a jako funguje. Však vidíš, jakou dlouhou dobu jsem nebyla (hospitalizovaná), že. (K5)
- „Jako pomohlo mi to v tom, že jsem se dozvěděl, že mezi těma neuronama vlastně proudí ten dopamin. A ten se čím dál víc zrychluje...“ (K2)

V rámci skupin se účastníci dozvěděli některé informace, které pro ně byly důležité vzhledem k **prevenci relapsu** onemocnění. Díky skupinám získali inspirace a znalosti, jak se svým onemocněním žít a jak si zabránit znovuobjevení nemoci.

- „Vlastně to je takový postup, jak člověk tu svou nemoc zvládá. Vím, na co si mám dát pozor. Jak to líp zvládat, jak s tím žít. Třeba vím víc, o té nemoci, než jak chodím k psychiatrovi, že mi předepíše prášky a nazdar.“ (K3)
- „A ještě to, když jsme si vykládali, co dělám, a to možná bylo zase v tom kolečku, co dělám, když je nám špatně, abychom se z toho dostali. Nebo nejenom u toho lékaře, ale i naše zkušenosti s tím, jak se z toho stresu dostat, jak prevence toho relapsu. Anebo třeba i informace o lékařích, kdo koho navštěvuje a jakou s ním má zkušenost.“ (K1)
- „Poučila jsem se, že nebudu brát drogy. Že asi nebudu na ty léky moc pít. Že se nemám nervovat prostě. Že mám řešit prostě různé problémy, když je mám, tak je mám s někým řešit třeba.“ (K7)
- „Ten přístup k lékům, přístup k hospitalizaci, přístup k vlastním zkušenostem, i k těm selháním, co jsem prožila. I k té cestě vzhůru z toho selhání, když se z toho relapsu šlo nahoru. Vlastně nalezení různých způsobů, jak se sebou pracovat, když je mi zle.“ (K1)

Kromě témat o jejich onemocnění, tedy o psychózách, jejich příčinách, léčbě a dalších aspektech účastníci skupin oceňovali témata týkající se mezilidské komunikace., zejména **asertivity**.

- „Tak komunikace, co jsme dělali. Tak třeba jsem si připomněla to asertivní desatero, co jsem kdysi měla napsané kdysi ve svém deníčku. Tak mě to jako připomnělo, protože jsem se o tu komunikaci dřív hodně zajímala. I s tím, jak to použít v konkrétní situaci, třeba. To byly praktické návody, jak zlepšit svůj přístup k lidem třeba.“ (K1)
- „A techniky...jako určitě bylo zajímavý ta asertivita, jak jsme probírali. Jenže ono je to těžký být asertivní.“ (K2)

Někteří účastníci skupin oceňovali i další **radý** udělené jak terapeutem, tak i členy skupiny, ale i jejich **konkrétní zkušenosti** a zážitky či alternativní pohledy na konkrétní situaci.

- „Potom mi pomohlo, když jsme probírali, kam se člověk může obrátit, nebo právní aspekty toho onemocnění, když onemocním a jsem hospitalizovaná, tak jaká ta práva mám jako pacient a nedobrovolná hospitalizace... Takové praktické informace k tomu konkrétnímu, konkrétní zkušenosti.“ (K1)
- „No, ty rady, ty rady byly důležité. Protože to mi vlastně rodiče dát nemůžou, takové rady. Protože neprošli tím, nemají to třeba za sebou, možná to mají jinak..“ (K7)
- „No, že tak vykládali, každý tu svou zkušenost ze života. Mohli si povykládat, že. Pak jsem i já začala říkat. Rozpovídala jsem se.“ (K6)
- „Jo, je to lepší, protože se v tom člověk tak moc neutápí tak moc jako. Když má nějaký problém, a neumí ho vyřešit, tak prostě musí získat od někud nějaký jiný pohled na věc...“ (K7)

Často zmiňovaným zdrojem, ze kterého účastníci skupin přijímali informace a zkušenosti, byly **filmy**, také se v rámci skupiny promítaly.

- „Co ještě, co se mi ještě líbilo, bylo to promítání filmů s tím námětem nebo tématikou duševního onemocnění. Taky mě to vedlo k zamyšlení nad některými těmi aspekty té nemoci a bylo to dělaný zábavnou formou. Takže to bylo vlastně nejenom učení se nebo jenom informace natvrdo, ale že to bylo i v takovém širším kontextu. No tak ten film přenáší nějakou zkušenost. Takže je to zas o tom sdílení té zkušenosti s těmi postavami. Takové rozšíření toho obzoru. ... že jsem se víc zamýšlela nad tím, jakým způsobem mě léčili. A jak ke mně přistupovali v té léčebně. Taková sebereflexe s ohledem na tu hospitalizaci.“ (K1)

Také odborná či beletristická **literatura** o duševních onemocněních, kterou si účastníci během kurzu mohli zapůjčit, fungovala jako zdroj informací, který klienti oceňovali.

- „No a taky že jsem si přečetla nějaké knížky, co mi půjčila T. Třeba o té schizofrenii. Jak se to jmenuje? Neslibovala jsem ti, že to bude procházka růžovým sadem nebo tak něco.... Pak nějaký o maniodepresivitě. A takový ty, jako docela dobrý, zajímavý. To teď vychází jako hodně moc publikací.“ (K3)

7.1.7 Otevření se, katarze

Jako pomáhající účastníci skupiny vnímali možnost se otevřít, možnost ventilovat své emoce týkající se jak zkušenosti z minulosti, tak i ty, které prožívali v přítomný okamžik. Yalom (2007) mluví v tomto případě o katarzi, Kratochvíl (2005) o sebeprojevení či odreačování. Pro klienty bylo podle jejich zkušeností přínosné zejména **otevření citlivých a osobních témat** a jejich sdílení ve skupině.

- *„Ano, a jsem schopna mluvit i o věcech, o kterých bych třeba před těma 2,5 rokama vůbec nemluvila. Jako vůbec bych to, jako dusila bych to v sobě, a jakože mě to otevřelo a umožnilo mi to lepší komunikaci. A to tady na té skupině začínalo maličkostmi, že jsem pověděla něco to, něco to, tam jsem se svěřila, problém který mě potkal, jsem třeba sdílela s tou skupinou a tak. Jako, že jsem schopná ze sebe dostat ty věci.*

Vím o těch sebevraždách, to si pamatuju, že se mi poprvé podařilo o tom mluvit, ... jako otevřít tu svoji zkušenost. No, nemyslela jsem si, že bych to někomu řekla. Myslela jsem, že to zůstane mým tajemstvím, ale našla jsem odvahu o tom mluvit, ale chtělo to odvahu teda. Už o tom nemám problém mluvit, otevřela jsem se jednou, ta skupina to přijala, zjistila jsem, ... Měla jsem strach, že mě odsoudí, nějak: „Jak ses mohla odvážit?“ „.,, (K1)

- *„Tak ten psychiatr mě vidí 5 minut, dá mi prášky a to je všechno, a já tam jako mohla mluvit o tom problému, že mám problém třeba s mankou, vztahový problémy se sestrou, s rodinou nebo tak nějak.“ (K3)*
- *„Že si tam říkáme pravdu a prostě, že vlastně na tom je to založený, to bychom tam nemuseli ani chodit, kdybychom si všichni lhali.“ (K2)*
- *„Že jsem sdílela ty své i třeba problémy, protože jsme hodnotili, co se nám podařilo, co nepodařilo, jak to tohle prožíváme, co se nám děje v životě, takto jsem vlastně sdílela s těmi ostatními ve skupině a otevřela jsem se a byla jsem schopná i ty svoje problémy ventilovat. Já jsem o některých věcech do té doby nemohla mluvit.“ (K1)*
- *„Naučila jsem se víc o svých problémech mluvit a nestyděla jsem se za to.“ (ED)*
- *„... že mohou lidé mluvit o svých problémech otevřeně a nevadí jim, že je tam víc lidí.“ (ED)*
- *(Překvapilo mne) „...jak jsme se navzájem otevřeli.“ (ED)*

Právě **projevení emocí** jakýmkoliv směrem vedlo k posunům u jednotlivých klientů a k uvolnění napětí. Ač tento způsob uvolnění napětí příliš klientů nereflektovalo, i z provedených pozorování mělo význam jak projevení negativní, tak i pozitivních emocí.

- „No, já jsem tu jednu dobu dost brečela. To je dobře nebo špatně? ... No, že jsem se uvolnila.“ (K9)
- „... těžké věci brát s humorem.“ (ED)

Mnohem více klienti vnímali, jak se uvolnili díky **prostému sdílení** a „povídání si“ během skupin, již jen to, že mohli někomu povědět své každodenní problémy a zážitky.

- „Tak hodně to pomáhalo v tom, že člověk jako řekl ze sebe, jak to cítí a tak, no. Co má vlastně za problémy a tak, no. Tak jsem se snažil to ze sebe dostat, no, že jsem se uvolnil. Trochu jsem se zklidnil jako. Že už jsem neměl úzkosti tak často jako.“ (K4)
- „Že se každý mohl vymluvit z těch svých bolístek a jak se mu dařilo. A to bylo jako nejprínosnější.“ (K8)
- „A takový relaxační, jo, že vlastně člověk si ve skupině pověděl, co se momentálně děje a jak mu třeba hrabe z toho a z toho.“ (K2)
- „... když jsem se vypoovídala, tak jsem cítila, že se mnou taky soucítí. Že prostě to ze mě tak nějak spadlo, zčásti alespoň to napětí za ten týden.“ (K8)
- „Někdy jsem se třeba bála, že řeknu něco špatně. Nebo že na mě někdo vystartuje jako, co to plácám. No nějak to vyšumělo potom. Že to napětí spadlo...“ (K7)

Otevření se skupině a sdílení svých niterních pocitů či zkušeností ale bylo jedním z nejčastějších momentů, které klienti hodnotili jako **náročné** a subjektivně obtížné.

„... tak mluvit o sobě no. Po několikáté, co jsem tam šel, tak už to bylo lepší.“ (K4)

„No, bylo to dost náročné psychicky pro mě. Vlastně když jsem měla mluvit o sobě. O nějakých svých zkušenostech. O nějakých prožitcích nebo takových věcech. Před lidma ještě ke všemu. Jako nějaké sdílení ve skupině a to jako, myslím, že je to pro mě těžké. ...já myslím, že nejsem na tu skupinovou terapii.“ (K7)

„Když jsme se dostali k těm sebevraždám, jako otevřít tu svoji zkušenost.“ (K1)

7.1.8 Interpersonální učení

Mezi dalšími faktory, které se v průběhu rozhovorů vynořovaly, byl faktor, který bychom mohli nazvat shodně s Yalomem (2007) **interpersonální učení**. Prostřednictvím skupinových interakcí se účastníci učili lepšímu zvládnání mezilidských vztahů, zejména se učili lepším komunikačním dovednostem.

„Já mám problém se seznamováním. V té skupině už jsme si pak poznali tak už to bylo lepší.“ (K5)

„Mám takovou zpětnou vazbu, že jsem se velice za tu dobu od té doby, kdy jsem nastoupila, jako ona to nebyla jen ta skupina, ale ta skupina v tom hrála velkou roli, že od doby co jsem nastoupila, jsem udělala velký pokrok v komunikaci, že jsem byla zakřiklá, mlčenlivá, že jsem v podstatě byla jako myška, že jsem moc nekomunikovala, a ta skupina si myslím, že mně právě pomohla v tom, že jsem se otevřela. A že jsem byla schopná víc o sobě mluvit. To mám zpětnou vazbu od kolegů, od lidí. Že jsem udělala pokrok.“ (K1)

„Že mohu lépe pracovat na svých cílech a lepší komunikaci.“ (ED)

„Lépe komunikovat s lidmi, řešit svoje problémy...“ (ED)

„Vyjadřování před více lidmi naučení se vyjadřovat – komunikace s okolím.“ (ED)

Dění ve skupině se pak podle výpovědí klientů promítlo i do **zlepšení vztahů** v jejich reálném životě, v jejich rodinách, s blízkými.

„Dokonce i pomohla (pozn. autorky: skupina), že se změnilo chování toho mého spolubydlicího, to že jsem nastavila tu asertivní latku, ale už je to zase ve starých kolejích, trvalo to krátce. Že jsem dokázala, aby nepil doma.“ (K9)

„Pro mě je největším úspěchem, když moje nejmladší dcera řekla, že vztah s maminkou je teď uspokojivý. Ne uspokojivý, ale je spokojená s naším vztahem teďko. Protože po té poslední hospitalizaci jsme měli takový, měli jsme od sebe odstup. Ona měla ode mě odstup, protože si asi... No ona to se mnou prožívala, tak si připadala taková ublížená. A vlastně trvalo to dost dlouho a krok za krokem, i díky té skupině, ve které já jsem o některých těch problémech mluvila, tak... Sdílela jsem to, tak ten vztah se upravil. Jako rodina je teď spokojená, i ta maminka, s tím, jak teď žiju. Že mám práci, že v té práci postupuji, že vlastně spolupracuji jak s lékařem, tak s těma dětma. I rodina reaguje na to spokojeně.“ (K1)

7.1.9 Altruismus

Účastníci skupin také v několika případech hovořili o fenoménu, kdy mohli být oni sami **užiteční pro druhé**. Tedy nejenom že vnímali, jak je skupina přijala a jak jim pomohla, ale reflektovali fakt, že **dokázali být prospěšní** druhým. Účastníci skupiny tedy „dostávali“ tím, že sami „dávali“. Učili se, že mají vůči těm, po jejichž pomoci touží, také určitou zodpovědnost (Yalom & Leszcz, 2007).

- „Když jsem třeba chtěl pomoci někomu jinému. Že jsem se snažil s ním probrat jeho problém jako.“ (K4)
- „Tak já nevím, že jsem třeba nějaký lidi povzbudila, ať se jako třeba nebojí jít do toho.“ (K3)
- „...prostě mě dojalo, X má tu chorobu, nevím, jestli je ještě v léčbě, my jsme se tam jako scukli, taky na tom byla hodně zle. Tak tady jeden pátek jako vyprávěla, jak to má těžký s dcerou, a tak se rozbrečela a já jsem s ní tak nějak jako soucítila jako. Takový emoční zážitek. No, tak soucítila jsem, že máme podobné problémy.“ (K8)

7.1.10 Sebepoznání a náhled

Účastníci skupin se v některých ojedinělých případech také zmínili o tom, že prostřednictvím skupin došli k některým poznáním týkající se jejich osobnosti a psychiky, tedy že pomáhajícím prvkem mohlo být i **sebepoznání**, tedy že o sobě více přemýšleli či **náhled**, kdy pochopili některé aspekty příčiny svých obtíží. Tento faktor ale pravděpodobně nebyl z jejich pohledu tak důležitý, jako prvky jiné.

- „... že jsem si uvědomila, že nejsem bezchybný člověk.“ (K3)
- „...že nejsem tak přístupná, jak jsem si myslela třeba. Jako k různým věcem jako.“ (K7)
- „... no to jo, to si myslím, že to dětství má tu nemoc vliv. Že jsem onemocněla, že hodně na to měla vliv právě ta rodina, si myslím.“ (K5)
- „... poznat víc sama sebe.“ (ED)

7.1.11 Organizace a strukturace času

Účinným prvkem, o kterém klienti mluvili v souvislosti se skupinou a který nebyl v rámci škálování terapeutických faktorů zahrnut, je také strukturace času a nutnost pravidelné docházky do kurzu. To pro klienty mělo velký význam a velká část klientů tento prvek či dovednost zmínila.

- „Nevím, jestli to bylo tím kurzem, ale byl ten život takový hodnotnější. Když vím, že mám nějakou povinnost.“ (K9)
- „Tak, prostě jako jsem získala nějaký řád, i když jsem jezdila pozdě (smích). Prostě se přinutit k pravidelným setkáním. K pravidelné činnosti.“ (K8)
- „No, k tomu kurzu, mi zároveň pomáhala i ta pravidelnost. Ty pátky, co jsme měli tady, že to byl takový pravidelný rytmus. Že jsme vlastně musela sem, že sem se donutila do té dílny chráněné, že je to taková povinnost.“ (K9)
- „Pravidelná docházka mě učila dennímu režimu, přemocť sama sebe.“ (ED)

I přes to, že účastníci mluvili o užitečnosti pravidelnosti kurzu a funkci skupin jako formy naplnění volného času smysluplnou aktivitou, někteří udávali, že právě pravidelná docházka byla pro ně v některých případech **náročnější**, zejména v období zhoršeného psychického stavu.

„Tak těžká byla já nevím, například docházka. Jo, že ten každý pátek jsme tam museli být a když mi nebylo dobře.“ (K3)

„Hm, no, když mi bylo zle, tak vůbec jako vstát a dojet sem. To bylo nejtěžší myslím. Tak, v té fázi, když mi bylo zle, se soustředit.“ (K8)

I když hodně účastníků udávalo, že docházení pro ně bylo často těžké, jmenovali tento aspekt jako jednu z dovedností, které mohli využít i **mimo skupinu** a která jim byla prospěšná.

7.1.12 Přístup terapeuta a terapeutický vztah

Vztah s terapeutem a jeho přístup byl v rámci edukačně terapeutických skupin dalším významným tématem, které je vhodné blíže prozkoumat a zaměřit se na to, co bylo ve vztahu či přístupu terapeuta nejužitečnější a co klientům z jejich pohledu nejvíce pomáhalo. Tento faktor není specifický jen pro práci se skupinou, nicméně jako v každém druhu psychotherapie je jedním z nejdůležitějších faktorů, které hrají v procesu terapeutické změny hlavní roli. Tuto důležitost potvrzovali i samotní klienti.

Ze strany terapeuta považovali účastníci skupiny za pomáhající zejména **přístup** k nim. Ten bychom mohli dle výpovědí charakterizovat jako **nedirektivní, vřelý a přátelský, rovnocenný**. Klienti také oceňovali **autenticitu a neformálnost** přístupu i terapeutického prostředí a celkové atmosféry.

- „*Krásný přístup jako k lidem. Super přístup jako k pacientům, k lidem, jako úplně bezva. Ta trpělivost prostě. Jo, a taková vstřícnost jo. Jako nejenom ke mně, ale i k ostatním. Ke všem. Ke všem jako pěkně.*“ (K7)
- „*Mě pomáhalo, že když tu skupinu vedla, byla v podstatě jako jeden z nás. Ona nebyla v pozici poučovatele. Ale vlastně i ona sdílela některé své vlastní zkušenosti s některými životními situacemi. Že s námi sdílela i ty svoje zkušenosti. Že to nebylo jako přednášky, že by si stoupla před nás a jela, ale že nás vedla i k diskuzi, ona sdílela svůj názor na to, nejen co bylo v tom skriptu, co jsme probírali, ale i ty svoje postoje nebo tak a zkušenosti. No, tu otevřenost z její strany. Jako takový přátelský přístup. Nebo rovnocenný?*“ (K1)
- „*No, ten její přístup jako se mě hrozně líbil. Ona je jako strašně hodná a jako opravdu nám, když jsme něco chtěli vysvětlit, když jsme něco nevěděli, tak nám to vysvětlila a tak, no. Fakt jako strašně dobrou přístup.*“ (K5)
- „*...že nám nabídla tykáni.*“ (K8)
- „*Že to nebylo takové moc formální, s doktorem prostě, a že to nebylo jak v ordinaci jako. A že... nevím. Že to nebylo jak u doktora... Jak v nemocnici nebo v léčebně jako.*“ (K7)

Z pohledu účastníků skupiny byla důležitá **empatie** terapeuta, schopnost vcítit se, to, že měl **opravdový zájem** o každého z nich a o jejich problémy a dokázal je dát najevo.

- „*Že měl snahu nám pomoci. Mluvil s námi, byl přátelský.*“ (K4)
- „*Tak taky že trpělivě naslouchala, na dotaz se snažila odpovědět nějaký odborný... Prostě vstřícná chápající.*“ (K8)
- „*No, že ví, o co nám, o co jde. Že když jí člověk něco řekne, že ona to chápe a ví. Dovede se nějak ... rozumí tomu. Ne, vžít ne, ale že ví, o co jde. Že ví, o tom, co cítíme, že se to dá... Ne soucítění, ale ví, jak nám je. Já si to myslím, že ví o tom, jak nám je.*“ (K9)

7.1.13 Potencionální rizikové faktory

I když hlavním cílem výzkumu bylo spíše sledovat to, co v rámci skupinové psychoedukace u osob s psychotickým onemocněním funguje, přesto jsme do osnovy otázek rozhovoru zařadili i dimenzi „nepomáhajících“ aspektů skupina zjišťovali jsme i to, v čem byl program pro účastníky náročný, zejména kvůli **mapování možných rizik**. I když naprostá většina účastníků uvedla, že nic nepomáhajícího či škodlivého ve skupině nezaznamenali či si nic takového neuvědomují, a pokud zažili náročné chvíle, většinou pro ně byly nějakým způsobem posunující, přesto jsme v rozhovorech zaznamenali některé prvky, které byly pro klienty **náročné** a které by mohly potenciálně způsobit až zhoršení jejich psychického stavu. Považujeme za důležité se o těchto „rizikových aspektech“ skupin na tomto místě zmínit.

Jako nepomáhající faktor, který by mohl teoreticky u některých účastníků způsobovat dekompenzaci jejich psychického stavu, byla identifikována zejména **konfrontace** s tématy, které ještě nemusí mít dostatečně zpracované a které u nich mohly vyvolat stres. Klienti se zmiňovali například o subjektivní náročnosti zpracování výpovědí ostatních účastníků skupin o svých psychotických zážitcích, **konfrontace s bludy či halucinacemi** jiných účastníků ve skupině.

- „Chodil tam X a tomu jedinému jsem těžko pochopila, co měl za problémy. To pro mne nebylo srozumitelné. Tak vyslechla jsem ho, ale nerozuměla jsem mu. Ale černý anděly jsem měla taky teďkom posledně. Něco o těch černých andělech mluvil, anděl smrti, tak to jsem měla taky teďkom, takže jsem si asi vzpomněla na něho a to mi přivolalo.“ (K9)
- „... já prostě ani nějaký zkušenosti už nepotřebuju poslouchat. Protože já jsem to vlastně ani neměl přežít tu léčbu. A na té léčbě když mi proudil ten dopamin tak mě napadaly neuvěřitelné věci jako. Takže vlastně jako, chtěl jsem jako poznat pravdu, tak jsem se šel léčit... A vlastně, já jsem tu část té pravdy poznal, jo. Ne celou, ale část, jo. A jako, čím víc pravdy víš, tím hůř se ti žije jako. A já prostě nepotřebuju poslouchat, jak lítají na měsíc nebo prostě jsou meziplanetární družice nebo stanice, když to je nesmysl.“ (K2)

Náročnější bylo pro některé i sledování **filmů** s tematikou duševního onemocnění, kde byli často konfrontováni nejen s průběhem jejich onemocnění, s konkrétními příznaky nemoci, ve kterých se mohli sami účastníci poznávat, zažili **konfrontaci se stigmatizací**, obtížemi v rámci rodiny i ve společnosti. Filmy také mohly vyvolat silné prožitky spojené se **vzpomínkami na hospitalizaci**.

- *„Přelet nad kukaččím hnízdem, že tam byly ty šoky a dávají se do dneška. Mě když dovedli do Bílé Vody tak nad tím taky uvažovali. Já mám s tím špatný zkušenosti. Mě to dávali v tom 77 roku a mám na to moc špatný vzpomínky.“ (K9)*

Faktor konfrontace bychom mohli v kontextu s jinou cílovou skupinou považovat za účinný a pomáhající, v souvislosti s psychotickým onemocněním jej však účastníci hodnotili rozdílně. Pro některé klienty tyto faktory mohly i přes svou náročnost v konečném důsledku způsobit pozitivní změnu, u některých účastníků by mohly vést ke zhoršení psychického stavu. Dle zkušeností i s přihlédnutím ke specifickým psychotickým onemocněním je s tímto faktorem nutno **zacházet velmi obezřetně** s ohledem na vyšší **zranitelnost** osob s psychózou.

7.2 Účinné faktory skupin z pohledu terapeuta

Zatímco v předchozí kapitole jsme hledali a popisovali terapeutické faktory, které považovali sami klienti za pomáhající a účinné, na tomto místě se zaměříme na to, jak účinné faktory působící ve skupině vnímá terapeut, který jejich proces změny v terapii vidí z jiného úhlu pohledu a může považovat za důležité a léčivé i jiné věci a prvky, než které vidí a vnímají sami účastníci skupin.

7.2.1 Analýza škálování účinných faktorů – terapeut

Nejprve se opět podíváme na pořadí významnosti jednotlivých účinných faktorů z pohledu terapeuta a srovnáme si je s výsledky skupiny klientů.

Tabulka č. 4: Škálování účinných faktorů – terapeut

Pořadí	Účinný faktor	Medián	Průměr
1.	Univerzalita	9	9
2.	Skupinová soudržnost	8	8,8
3.	Zplnomocnění	8	8,6
4.	Katarze	8	7,4
5.	Dodávání naděje	7	7,4
6.	Altruismus	7	7,2
7.-10.	Interpersonální učení	7	6,8
7.-10.	Získávání informací	7	6,8
7.-10.	Nápodoba a identifikace	7	6,8
7.-10.	Náhled a sebepoznání	7	6,8
11.	Korektivní emoční zkušenost	4	4,6

Tabulka č. 5: Škálování účinných faktorů – porovnání pohledu terapeuta a klientů

Terapeut				Klienti			
Pořadí	Faktor	Med.	Prům.	Pořadí	Faktor	Med.	Prům.
1.	Univerzalita	9	9	1.	Skupinová soudržnost	9	7,8
2.	Skupinová soudržnost	8	8,8	2.-3.	Univerzalita	8	7,8
3.	Zplnomocnění	8	8,6	2.-3.	Zplnomocnění	8	7,8
4.	Katarze	8	7,4	4.	Získávání informací	8	7,4
5.	Dodávání naděje	7	7,4	5.	Katarze	8	7,1
6.	Altruismus	7	7,2	6.	Interpersonální učení	7	6,8
7.-10.	Interpersonální učení	7	6,8	7.	Altruismus	7	6,6
7.-10.	Získávání informací	7	6,8	8.	Dodávání naděje	7	6,4
7.-10.	Nápodoba, identifikace	7	6,8	9.	Náhled a sebepoznání	6	6,5
7.-10.	Náhled, sebepoznání	7	6,8	10.	Korektivní emoční zkuš.	6	6,4
11.	Korektivní emoční zkuš.	4	4,6	11.	Nápodoba, identifikace	5	5

Když porovnáme hodnoty ve škálování účinných faktorů dle terapeuta a klientů, můžeme si všimnout, že pořadí jednotlivých faktorů jsou obdobné a klienti a terapeut tedy vnímají jako účinné obdobné faktory. Vzhledem k orientačnímu účelu nástroje škálování účinných faktorů nelze výsledky nijak statisticky zpracovávat ani z nich vyvozovat jakékoliv obecné závěry, slouží pro širší srovnání pohledu na jednotlivé terapeutické faktory. Z výše uvedené tabulky můžeme vyvodit, že klienti i terapeut vnímali **poměrně shodně** účinné faktory v rámci edukačně terapeutických skupin. Můžeme si všimnout, že u obou skupin figurují jako nejvýznamnější **faktory univerzality, skupinové soudržnosti a zplnomocnění**. Terapeut i klienti se shodli v hodnocení výroků, které jim připadaly jako ty nejužitečnější:

- „Patřil jsem ke skupině a ta mne přijala.“
- „Pomohlo mi vědomí, že jsme všichni na jedné lodi.“
- „Zjistil jsem, že na svůj psychický stav můžu mít vliv já sám“.

7.2.2 Zplnomocnění, zaměření se na zdroje

Zaměříme-li se na analýzu rozhovoru s terapeutem edukačně terapeutické skupiny, zjistíme, že významným tématem, které terapeut zmiňoval jako velmi subjektivně významné, bylo zejména **zplnomocňování klientů** a zaměření se na jejich **zdroje a silné stránky**.

- „Potvrzení toho, že princip stavět posuny na tom co funguje a na drobných pozitivních momentech ze života klientů je nosný a při práci s klienty s psychózou je to dobrá cesta.“ (T)
- „Skupiny mohou být nástrojem zkompetentňování, což je pro prevenci relapsu stěžejní.“ (T)
- „Schopnost hledat i v těžkých věcech to dobré.“ (T)

V souladu s výpověďmi klientů a výsledky škálování účinných faktorů se opět ukázalo jako velmi významné to, že účastníci získali pocit, že mohou mít vliv na své onemocnění i svůj psychický stav a že jej mohou **aktivně ovlivňovat**. Tedy že ve své nemoci nefigurují jen jako nečinné „oběti“, ale mají v ruce nástroje, jak se svou situací zacházet a měnit ji.

- „Pro mě byly nejsilnější momenty, kdy účastníci sami na sobě mohli zakoušet, že se jejich psychický stav se může změnit na základě využití vlastních zdrojů a vlastní iniciativy. Konkrétně mám na mysli momenty, kdy účastníci sdělovali, že např. na počátku dne byli na škále životní spokojenosti např. na 1 a už po příchodu do skupiny nebo po skončení skupiny skórovali například na 6.“ (T)

V souvislosti s důrazem na zdroje a silné stránky účastníků terapeutka zmiňuje, že jako obzvláště silné vnímala momenty, kdy mohla sledovat růst jednotlivých účastníků a to, jak se jim zlepšuje jejich **sebevědomí**.

- „Vybavím si několik situací u jednotlivých klientů, ale spíš to byla řada drobných okamžiků, které se díky délce a četnosti skupinové práce postupně zúročily. Jednalo se u některých například o pomalu se budující důvěru v ostatní lidi, pomaličku, krok po kroku se zvyšující sebevědomí.“ (T)

Právě témata neexpertní pozice vzhledem ke klientům a směřování ke změně prostřednictvím důrazu na práci se zdroji a silnými stránkami jednotlivých účastníků mohla vycházet mimo jiné z **teoretického zaměření** terapeuta.

Terapeutka sama v rozhovoru uvedla, že při práci ve skupině krom jiných přístupů jako například některé techniky kognitivně behaviorální terapie nejvíce využívala přístup **zaměřený na řešení** („solution focused“).

„Základem byla orientace na zdroje a silné stránky účastníků. Všimli jsme si i drobných věcí, momentů, které se klientům v životě daří, a na nich jsme stavěli. Hledali jsme výjimky a na nich pak rozvíjeli řešení. Pravidelně jsme využívali práci se škálami – zvláště pro mapování posunu. Tento přístup myslím doplňuje proces individuálního plánování, se kterým účastníci pracují v rámci využívání sociálních služeb a na který jsou zvyklí.“ (T)

7.2.3 Otevření se a katarze

Jako nositele velmi významného faktoru terapeutka označovala moment, kdy se klienti dokázali **otevřít**, kdy dokázali hovořit o věcech, o kterých dříve s nikým nemluvili, a byl pro ně velmi osobní.

- *„Silným zážitkem pro mě také byly momenty otevření se, které přicházely spontánně a účastníci hovořili o některých velmi, velmi intimních okolnostech a zkušenostech.“ (T)*

Jako velmi silné byly terapeutkou vnímány nejen momenty, kdy se účastníci skupiny otevřeli a projevili ty nejnítěrnější pocity a trápení, ale také ty, kdy v rámci niterného sdílení dokázali **projevit emoce** s konkrétním tématem spojené jak negativním, tak pozitivním směrem, kdy se dokázali upřímně zlobit, plakat i smát se.

- *„Pak mě překvapily některé momenty: třeba když účastníci hovořili o velmi těžkém tématu, např. sebevraždách a vlastních zkušenostech s nimi a spontánně dokázali situaci odlehčit a objevil se smích. Neměla jsem přitom pocit, že by šlo o obranné únikové tendence – ale spíše skutečný nadhled. To mě opravdu překvapilo.“ (T)*

Toto sdílení a otevření se ve skupině spojené s uvolněním pravděpodobně nebylo pro jednotlivé klienty jednoduché, což potvrzují jak výpovědi klientů, tak i názor terapeuta:

- *„V první fázi bylo pro mnohé pravděpodobně těžké vůbec hovořit před ostatními.“ (T)*

I přes to, že pro mnohé bylo již jen sdílení vlastních prožitků ve skupině **náročné**, všichni účastníci toto překonali a zvládnutí tohoto zezáátku obvykle problematického a obtížného aspektu skupiny bylo nakonec otevření se ve skupině užitečné a účastníkům podle terapeuta pomohlo.

- *„Díky postupnému otevírání se a budování důvěry ve skupinu a následnému profitu si účastníci mohli uvědomit, jak je důležité pro prevenci relapsu neuzavírat se zcela do sebe a otevřít se vzájemné pomoci a komunikaci s ostatními.“ (T)*

7.2.4 Získávání informací

Proces **získávání informací o onemocnění** a jejích aspektech byly základním kamenem i cílem edukačně terapeutických skupin. I přesto v rozhovoru nebylo tomuto faktoru dopřáno tolik prostoru jako jiným, přes to se z pohledu terapeutky jeví jako důležitý (i když pravděpodobně předpokládaný a pohledu terapeutky samozřejmým).

„... také samotná edukační část byla důležitá na cestě k uzdravě.“ (T)

Účinek spatřuje zejména v získání **náhledu na nemoc** prostřednictvím získaných informací a znalostí. I to je jenu z cest k účinné **prevenci relapsu**.

„Dobrá znalost všech aspektů tohoto onemocnění a možnost slyšet zkušenosti druhých určitě prospívá propracování náhledu.“ (T)

„Z hlediska prevence relapsu považuji za důležitou edukační část kurzu.“ (T)

Krom toho, že klienti získávali důležité informace z přednášek od terapeuta i z výukových materiálů a dalších zdrojů, terapeutka zmiňuje důležitost získávání informací či zkušeností a pohledů ze strany ostatních účastníků skupin, **ze strany ostatních klientů**.

„Předávali si zkušenosti, učili se ze zkušeností druhých.“ (T)

7.2.5 Přístup terapeuta a terapeutický vztah

V souvislosti s otázkami směřujícími k účinným faktorům ve skupině jsme narazili zejména na otázky **terapeutického vztahu** a jeho **specifik** směrem k cílové skupině i k charakteru skupin. Právě tento vztah je terapeutkou vnímán jako stěžejní a významný pro existenci i rozvoj dalších účinných faktorů.

- „*Za klíčové považuji vytvoření dobrého vztahu s terapeutem.*“ (T)
- „*Myslím, že lidé se schizofrenií vnímají velmi silně terapeutův přístup. Ze zkušeností bych řekla, že velmi silně chytají každou nepravdivost, falešnou notu ze strany terapeuta.*“ (T)

Terapeutka udává, že nejvíce pomáhajícími a léčivými aspekty terapeutického vztahu z jejího pohledu bylo především **bezpodmínečné přijetí, podpora, otevřenost a navození bezpečné atmosféry.**

- „*Na první místo bych postavila přijetí všech členů skupiny s láskou a bezvýhradně, se všemi slabými i silnými stránkami. To považuji za důležitý předpoklad. Na to pak mohla navázat podpora a učení se otevřenému dialogu. Své místo možná také měla autenticita a otevřenost z mé strany, která mi je při práci s klienty blízká. Transparentnost celého procesu a přiměřená míra strukturovanosti jednotlivých sezení.*“ (T)
- „*Když budu vycházet ze zpětných vazeb, které jsem od účastníků dostávala v průběhu - nejdůležitější byla pro účastníky atmosféra bezpečí, důvěry a otevřenosti.*“ (T)

Kromě těchto vlastností také zdůrazňuje nutnost **všímovosti** k jednotlivým osobám i příběhům.

- „*... vnitřní klid a plné soustředění a napojení na účastníky.*“ (T)

7.2.6 Další účinné faktory

Mezi další faktory, které považovala terapeutka v prostředí edukačně terapeutických skupin za významné, byla například **skupinová soudržnost**:

- „Všichni členové se mohli učit od sebe navzájem, sdílet své radosti i starosti a obavy, řešit problémy... Přijetí a respekt vzájemně dává možnost pocítit, že nejsem sám se svou situací., (T)

Jak udávali i sami klienti, důležité byla podle terapeutky možnost poznat, že nejsou s daným problémem sami, že jsou ve skupině „**na stejné lodi**“ (faktor univerzality):

- „Myslím, že skupina jako taková umožnila účastníkům pocítit, že nejsou sami se svými problémy. „

Krom toho, že mohli v rámci skupiny zakusit pomoc od ostatních a pocítit spoluúčasti ve skupině lidí s podobným problémem, pomáhající pro ně pravděpodobně byl také pocit, že mohou být **užiteční druhým** (faktor altruismu) a tím se mohl zvýšit pocit jejich sebedůvěry a kompetence.

- „ ... u jiných zase vzrůstající pocit užitečnosti s tím, že jsou sami schopni druhé lidi podpořit.“ (T)

Terapeutka udávala jako užitečné také **nácvik** potřebných dovedností (sociálních, kognitivních, zacházení se stresem apod.)

- „... a pak i praktický trénink – jak zacházet se stresory, s negativními automatickými myšlenkami apod.“ (T)

7.2.7 Náročné prvky a momenty

Terapeutka, stejně jako samotní klienti, vnímala, že jako náročné mohlo být považováno zejména **pravidelné docházení** do skupiny a překonání dalších důsledků jejich onemocnění. Zvládnutí této dovednosti však bylo pro klienty nakonec velkým přínosem a také přípravou pro jejich budoucí pracovní zařazení.

- *„Bezpochyby bylo také náročné zvyknout si na systematické docházení do skupiny a také udržet pozornost.“ (T)*

Krom náročných aspektů v rámci skupin však reflektovala i další možné faktory, které mohou v některých případech způsobit i možné zhoršení psychické pohody zúčastněných, tak, jak to popisovali sami klienti. Obtížné mohla být pro účastníky skupiny **konfrontace** s některými tématy:

- *„Pro některé pravděpodobně nebylo jednoduché být konfrontováni s bludy a halucinacemi ostatních.“*

Terapeutka v rozhovoru také mluvila o tom, jakým způsobem s tímto faktorem pracovala a jak se k této problematice postavila:

- *„Členové skupiny se navzájem učili respektovat se navzájem, i pokud jde o bludy halucinace. Učili se nápodobou, v tomto jsem jim byla příkladem. Někteří účastníci, u kterých byly bludy a halucinace přítomny mohli vyprávět své příběhy, ostatní naslouchali a mohli také vyjádřit své myšlenky. V několika případech jsem pracovala s ohraničením toho zdravého, konstruktivního a na tom jsme stavěli.“ (T)*

7.3 Hodnocení průběhu skupin a náměty do budoucna

Co se týče **délky celého kurzu a frekvence kurzu**, naprostá většina účastníků i terapeut hodnotili jako vyhovující délku přibližně 6 až 10 měsíců a konání jednou či dvakrát týdně. Dosavadní rozsah a frekvenci kurzu tedy účastníci i terapeut hodnotili jako uspokojivou.

- „Mně vyhovovalo, že to bylo celý rok, že to bylo těch 10 měsíců.“ (K1)

Dvě účastnice uvedly, že by příště udělaly kurz intenzivnější a kratší.

- „...nebo půl roku dvakrát za týden, bylo to takový dost rozvláčný.“ (K8)

Ohledně **délky jednotlivých setkání** se názory již více rozcházely. Většina klientů udávala, že jim délka 4 vyučovacích hodin (tedy celkem 180 minut čistého času) vyhovovala. Jedna klientka vyzdvihla důležitost častých přestávek:

- „...a délka bylo v pohodě, ale pauzy by tam určitě měly být.“ (K3)

Terapeutka a někteří účastníci se naopak vyjádřili, že se jim zdála doba 4 vyučovacích hodin příliš dlouhá a ideální by byly 2-3 hodiny.

- „Myslím, že délka jednotlivých setkání byla příliš dlouhá. Jako ideální bych viděla 2 – 3 hodiny týdně.“ (T)
- „... a 4 hodiny bylo dlouho, udělala bych to kratší. Třeba 2 hodky.“ (K7)

Při diskuzi o tom, **pro koho** by měly být skupiny určeny a **v jaké fázi onemocnění** je pro účastníky nejvhodnější, naprostá většina účastníků i s terapeutem se shodla, že by se kurzů měl účastnit nemocný se stabilizovaným stavem a bez akutních příznaků nemoci. Většina z nich udává, že na podobný kurz jsou nemocní připraveni až po delší době po hospitalizaci:

- „Sama za sebe nevím, když jsem byla propuštěná z léčby, jestli bych to přivítala, nebylo mi moc dobře a nevím, jestli bych to v tu chvíli. Skoro rok jsem chodila do zahrady, skoro rok jsem čekala, byla jsem i tím motivovaná. Záleží asi, jak se kdo cítí, takže individuálně.“ (K1)
- „Když zrovna onemocním touto nemocí, vyjdu z léčebny, tak mě určitě nezajímá nějaký kurz. To není možný, to prostě až během tří čtyř let, až se trošku zahojí ta hlava, jo. Takže jako po léčbě ne.“ (K2)

- „Podle mě, já bych to nedělala hned po té léčbě. Protože já jsem byla jako z léčebny doma a ještě jsem si to jako brala a tak, jo. Takže jestli jsou lidi na tom tak stejně, tak by si to všechno moc brali...nebo aspoň já jsem si to tak brala. A pak až ta skupina.“ (K5)
- „Řekl bych spíš po nějaké době, no. Než si zvyknou na ten civilní život jako.“ (K4)

Někteří účastníci si myslí, že byl podobný kurz vhodný pro rodinné příslušníky nemocných, s čímž souhlasí i terapeutka.

- „Nemocní s psychotickým onemocněním plus skupiny pro rodinné příslušníky.“ (T)
- „Pro rodinu, kterým záleží na tom klientovi.“ (K9)

Klienti také udávají, že by byl vhodný i pro širší veřejnost, tedy i pro osoby, které s psychotickým onemocněním nemají zkušenost, a kurz by mohl do jisté míry působit proti stigmatu duševních onemocnění.

- „Myslím si, že by se to mělo dělat i pro širší veřejnost... protože člověk nikdy neví, co ho potká, že jo.“

Pokud se jedná o názor na ideální **počet klientů** ve skupině, účastníci se shodují spíše na nižším počtu, rozhodně pod 10, ale spíše mluví o počtu kolem 6 osob.

- „...asi 5-6, ale to je asi maximum.“ (K3)
- „Z mého pohledu je ideální je skupina 6 – 8 účastníků.“ (T)

Při otázkách týkajících se nejpotřebnějších **témat** v rámci skupin, na která by se nemělo zapomenout, a zdají se účastníkům či terapeutce důležité, panovala jednoznačná shoda ohledně informování o nemoci – o psychotickém onemocnění a o tom, jak s tímto onemocněním žít a jaké služby využít.

- *Informace o nemoci – všechno co se toho týká. Takové praktické věci, jak s tou nemocí žít, a vlastně i pracovat.*“ (K1)
- „Tak já nevím, druhy nemoci, jejich význam, příčiny, jak je omezit, co udělat pro ... no, jako co pomáhá, jakoby hospitalizace, nebo stačí jen ambulantně za psychiatrem. Třeba možnost nějaké chráněné dílny, jako je Zahrada 2000 ... třeba vědět o tom, že něco takovýho je.“ (K5)

V otázkách **metod** a technik výuky, klienti se shodují ve spokojenosti s přednáškami a výkladem terapeuta, ale význam pro ně má i diskuze a nejrůznější hry a techniky.

„Hlavně prostor pro vlastní zkušenosti, vlastní pocity, problémy, výměna zkušeností. Třeba praktické ukázky, třeba příběhy nějakých lidí, co mají duševní nemoc, nebo měli nějaký problém.“ (K3)

Na závěr se zaměříme na pohled klientů i terapeutky na vlastnosti **ideální terapeuta** takových skupin, na doporučení, které by pro takového terapeuta dali, na potřebnou kvalifikaci a zkušenosti, které účastníci považují za důležité a na další specifika práce terapeuta v edukačně terapeutických skupinách.

Podle většiny účastníků by takové skupiny měl vést psycholog, ve dvou případech klienti udají, že by ocenila, kdyby skupiny vedl společně s psychiatrem. Podle nich by také měl mít kromě kvalifikace také dostatečné praktické zkušenosti s prací s lidmi s psychózou.

- *„Aby mohl sdílet i své zkušenosti z praxe. Aby v tom nebyl nováček, ale aby to bylo položený na nějaké vlastní praxi, ta edukace. Takže praxe.“ (K1)*
- *„Já si myslím, že tady ty skupiny by měl vést člověk, který má vzdělání. Psycholog.“ (K5)*

Podle klientů by měl být terapeut empatický, tolerantní a přátelský.

- *Neměl by nikoho zesměšňovat, měl by být empatickejší, neměl by řešit vlastní problémy a měl by naslouchat ostatním.“ (K3)*
- *„Hlavně by se měl umět vcítit do toho pacienta a do toho, co ho trápí.“ (K4)*
- *„Tolerantní, příjemný.“ (K5)*
- *„Pravdomluvný, kamarádský.“ (K6)*
- *„Spíš jako shovívavý, k těm lidem jako nějak porozumět, ... aby byl hodný, žádný direktivní.“ (K7)*

Sama terapeutka je v úvahách o ideální terapeutovi a o vlastnostech, který by měl mít, ještě o něco konkrétnější. S klienty souhlasila v tom, že by měl být terapeut otevřený, respektující a přijímající.

- „Měl by být respektující a jednat z pozice partnerství.“ (T)
- „Terapeut by měl přijímat lidi s psychózou takové, jací jsou, jednat co nejvíce „normálně“, brát je vážně, s respektem. Být otevřený, transparentní. Vůči klientům by měl být partnerem, nejednat z pozice moci. Měl by být vnímavý k potřebám klienta a jeho hodnotám.“ (T)

Sama se v této souvislosti zmiňuje ještě i o dalších aspektech vedení takových skupin – o nutnosti větší strukturaci sezení a o nutném zajištění bezpečné atmosféry z jeho strany.

- „Vedení skupin pro tuto cílovou skupinu vyžaduje i větší míru strukturovanosti - ale s určitým prostorem pro improvizace a intuici terapeuta. Terapeut by měl být tedy flexibilní.“ (T)
- „Terapeut by měl mít pod kontrolou to, aby v účastnících nevyvolal pocit úzkosti, ohrožení, nebezpečí.“ (T)

Co se týče vzdělání, v tomto směru nezastává striktní názor na vhodný obor, ale vyzdvihuje vhodnost absolvovaného terapeutického výcviku a zejména dlouholetou praxi a cílovou skupinou.

- „Mít základní terapeutické vzdělání by měl být předpoklad. Stejně ale dle mého jsou osobnostní předpoklady. Mnoholeté zkušenosti s cílovou skupinou.“ (T)

8 Diskuze

V následující kapitole budeme formou diskuze pojednávat hned o několika aspektech této diplomové práce a o výzkumu s ní spojeném. V první části této diskuze budeme reflektovat použití zvolených metod a postupů směrem k zodpovězení výzkumných otázek, ve druhé budeme popisovat a analyzovat výsledky, ke kterým jsme dospěli a budeme je srovnávat s již provedenými výzkumy na toto téma a v poslední řadě budeme diskutovat nad přesahy této práce do praxe, nad jeho praktickou využitelností, případně nad tématy a směru navazujícího výzkumu. Krom toho budeme v následujících řádcích přemýšlet o potenciálních zdrojích chyb či nepřesností, omezeních a nedostacích této práce.

8.1 Diskuze o použitých metodách a výzkumném souboru

Pro získání dat k zodpovězení výzkumných otázek bylo použito hned několik metod z několika zdrojů a v několika časových horizontech – bylo využito polostrukturovaného rozhovoru, analýzy dokumentů, pozorování i vlastní upravené metody – tzv. škálování účinných faktorů vycházejícího z Yalomova Q třídění (Yalom & Leszcz, 2007) a oslovení byli jak samotní klienti ze dvou již ukončených skupin, tak i terapeut skupiny. Tímto jsme zajistili **triangulaci** dat, tedy prostředek, který mohl napomoci zvýšení validity získaných výsledků.

Výzkumný soubor tvořilo 9 klientů s psychotickým onemocněním, účastníků skupiny a terapeut, který skupinu vedl. Velikost výzkumného souboru tedy není nijak reprezentativní, nicméně nám umožnila hlubší vhled do dané problematiky a do fungujících aspektů daného edukačně terapeutického programu. Dotazování se na účinné faktory jak samotného terapeuta, tak zejména klientů nám umožnila ne dívat se na danou problematiku jednostranně, ale mohli jsme využít optiku obou zúčastněných stran v procesu edukačně terapeutických skupin. Důležitý je také fakt, že nebyli využiti klienti jen z jedné skupiny, ale ze dvou, po sobě jdoucích skupin. Vzhledem ke specifickým daného programu a do jisté míry i jeho jedinečnosti není možné výsledky zobecnit.

K získání velmi cenných informací a výpovědí jak ze strany klientů, tak i ze strany terapeuta vedly zejména polostrukturované rozhovory. Kvalita a množství těchto dat dokonce předčila naše očekávání – předpokládali jsme, že získaná data od účastníků mohou být, vzhledem k možné menší schopnosti sebereflexe klientů a jejich registrování toho, co v terapii pomáhá, mnohem méně bohatá a spíše strohá. Přesto jsme nakonec získali velmi zajímavé a cenné informace i ze strany samotných klientů. Použitá metoda škálování účinných faktorů i analýza dokumentů pak již jen spíše dokreslila získané informace.

Výsledky práce, ať už vzhledem k použitým metodám, charakteru výzkumu i velikosti výzkumného souboru nejsou zobecnitelné, neslouží ke generalizaci výsledných poznání, ale jejich cílem je hlubší poznání dané problematiky a podrobné prozkoumání jevů, které se v souvislosti s edukačně terapeutickými skupinami objevují.

Pokud bychom se měli pozastavit nad některými **možnými omezeními či nedostatky využitých metod** i zpracování výsledků, u **rozhovoru** vnímáme jako možné omezení fakt těžší uchopitelnosti tématu a menší strukturaci jednotlivých okruhů. Vliv také měla úroveň vyjadřování některých klientů, zabíhavost jejich myšlení či problémy s pochopením obsahu otázek. Někteří klienti měli problém se sebereflektivně vyjádřit k danému tématu a jejich odpovědi byly strohé. Klienti často odpovídali jednoslovně, odbíhali od tématu či odpovídali na něco jiného, než na co byli dotázáni. Jako možné omezení je vnímán zejména efekt výzkumníka a možnost ovlivňovat klienty i terapeuta během rozhovoru a vést jej směrem, který sám výzkumník uzná za vhodné - i když tuto skutečnost autorka výzkumu během rozhovoru měla na paměti, nebylo vždy lehké udržet rovnováhu mezi tlakem ke směřování rozhovoru směrem k zodpovězení výzkumných otázek a zároveň neovlivňovat účastníky v jejich autentické výpovědi.

Analýza dokumentů přinesla do výzkumu spíše méně informací, které se veskrze shodovaly se zjištěními z rozhovorů. Jelikož se jednalo o již existující materiál, získaný hned po ukončení skupin, mohli jsme si s jeho pomocí ověřit výsledky z pohledu jiného časového rámce.

Specifické bylo zejména využití metody **škálování účinných faktorů**, která vychází z Yalomovy metody Q třídění terapeutických faktorů (Yalom & Leszcz, 2007). Tato metoda byla pro potřeby výzkumu upravena, dalo by se říci, že rekonstruována pro potřeby cílové skupiny (což bylo učiněno na základě komparace a integrace nejrozličnějších teorií a seznamů účinných faktorů jak skupinové psychoterapie obecně, tak i účinných faktorů působících u osob s psychózou). Vzhledem k velikosti souboru data i nestandardizované povaze metody získaná z této metody rozhodně nemohou být nijak zobecnována ani statisticky zpracována. Výsledná data této metody mohla být ovlivněna mnoha faktory – vnímali jsme například potíže klientů i terapeuta s uchopením výroků – i přes to, že jim bylo několikrát vysvětlováno, k čemu se má jejich hodnocení na škále vztahovat (tedy aby označili, zda byl daný faktor účinný v rámci skupiny), měli tendenci hodnotit daný výrok spíše v rámci toho, jak jim pomáhá v uzdravě a životě obecně, nejenom díky účasti ve skupině. Některé výroky byly pro klienty také špatně srozumitelné, i když byly oproti původní Yalomově metodě zjednodušeny. Obecně bychom tedy této metodě přisoudili pouze dokreslující význam.

Jako problematický se může jevit efekt výzkumníka a jeho vztah ke zkoumanému prostředí, který je jich podrobněji reflektován ve stejnojmenné kapitole. Tento aspekt byl tedy uvažován již před započatím celé práce, bylo s ním v průběhu výzkumu počítáno a podléhal sebereflexi autorky během její výzkumné práce. Autorka výzkumu ve skupinách příležitostně participovala jako pozorovatel a vzhledem k jejímu profesnímu působení v organizaci Zahrada 2000 se s většinou účastníků předem znala. Klienti v důsledku toho mohli mít tendenci vypovídat spíše pozitivně, tak, aby vyhověli výzkumníkovi, i přes to, že cílem nebylo zjistit, zda byly skupiny účinné, ale zejména jak fungovaly. Klienti například mohli více zmiňovat faktory, které jim pomáhaly a byly účinné než ty, které jim nepomáhaly či jim mohly bránit ve změně. Stejně tak terapeutka vzhledem k blízkému vztahu k autorce výzkumu mohla mít tendenci vypovídat určitým směrem, případně mohla mít snahu ukázat program, který vedla, v co nejlepším světle. Na druhou stranu, všechny výše uvedené skutečnosti měly v rámci výzkumu i své výhody, které můžeme spatřovat zejména ve větší důvěře ve výzkumníka, větší pocit bezpečí ze strany účastníků výzkumu, možnost prozkoumat jednotlivé aspekty skupin mnohem podrobněji a hlouběji než by to bylo možné bez osobní účasti na skupinách a vytvořeného vztahu s účastníky. Autorka mohla využít své zkušenosti z účasti na skupinách také k ověření a doplnění výpovědí klientů i terapeuta a výsledků práce.

Další otázkou, kterou bychom v rámci této diskuze měli zmínit, jsou hranice výzkumu a **terapeutizace** klientů ze strany výzkumníka, což také odpovídá povaze kvalitativního výzkumu a rozhovoru, který jsme pojímali shodně s Miovským (2006) také jako formu dialogického setkání, tedy takovou formou lidského setkání, kde se všichni jeho aktéři mohou vzájemně obohacovat. I když se výzkumník držel linie předem vymezených okruhů výzkumu a jeho primárním cílem nebylo terapeutické působení ani jiná forma psychologické pomoci, přes to zpětně vnímáme, že striktní oddělení výzkumu od běžného lidského setkání a porozumění by nebylo v souladu s přesvědčením výzkumníka ani s etickými zásadami nepoškodit ani neohrozit účastníky výzkumu, zejména pak s respektem ke specifickým cílové skupiny osob s psychotickým onemocněním. Během rozhovorů i škálování terapeutických faktorů s klienty se často objevovala obtížná témata, která se jim v průběhu výzkumné situace vynořovala a také silné emoce s tím spojené. S těmito musel výzkumník určitým způsobem pracovat a zajistit tak bezpečí všech klientů a také to, aby rozhovor nezpříčinil zhoršení jejich psychického stavu. Vzhledem k dosavadním zkušenostem i jiným získaným dovednostem při práci s lidmi výzkumník působil v rámci výzkumné situace podpůrně, ale s ohledem na zajištění kvality výzkumu. Při objevení se náročných momentů a vzpomínek se snažil zaměřit se na věci, které jednotlivému klientovi naopak pomáhaly, na to, co již umí a jaké má zdroje. Tím se vlastně vždy rozhovor stáčil zpět k výzkumným cílům.

8.2 Diskuze o výsledcích výzkumu

Na tomto místě bychom rádi diskutovali o výsledcích, které tato práce přinesla. Jak už vyplývá ze stanovených výzkumných otázek, zjišťovali jsme zejména účinné faktory, které v rámci edukačně terapeutických skupin působily, tedy takové prvky, které byly zodpovědné za terapeutickou změnu. Ač se z počátku mohlo zdát **spojení psychoedukačního a psychoterapeutického charakteru** skupin komplikované a špatně uchopitelné (což potvrzovaly i dosavadní výzkumy, které zkoumaly a popisovaly buď psychoedukaci, nebo skupinovou psychoterapii), propojení těchto dvou typů intervencí se zdá být dle výsledků výzkumu naprosto logické a přirozené. Právě terapeutický potenciál skupin jde ruku v ruce s psychoedukací, obě aktivity spolu úzce souvisí a navzájem se posilují.

Právě s přihlédnutím k psychoedukačnímu charakteru realizovaných skupin byl jako jeden z nejvýznamnějších faktorů identifikován prvek **získávání informací**, zejména těch týkajících se psychotického onemocnění a všech jeho aspektů. Právě zisk informací o onemocnění je podstatou a účinkem psychoedukace tak, jak ji popisujeme v teoretické části práce (Bankovská Motlová, a další, 2010; Malá & Navrátilová, 2006; Masopust & Pidrman, 2002; Pekalla & Merinder, 2011; Xia, Merinder, & Belgamwar, 2011).

Zajímavé pro nás bylo zjištění, že někteří klienti nebyli před vstupem do skupiny dostatečně informováni o svém onemocnění a neměli žádnou zkušenost s psychoedukací, i když od jejich první ataky uplynulo již mnoho let a právě o psychoedukaci se mluví jako o intervenci, která by měla být součástí komplexní léčby psychóz. Proto se nám právě aspekt získání informací o svém onemocnění a všech jeho aspektech jeví jako velmi důležité a potřebné, nejen k získání lepšího náhledu na onemocnění, ale hlavně vzhledem ke snaze o prevenci relapsu a cestě k úzdavě.

Kromě výše uvedeného účinného faktoru získávání informací jsme ve výzkumu identifikovali a popsali další faktory, které se ve skupinách objevovaly. Jednalo se zejména o ty faktory, které popisují autoři zkoumající specifické účinné faktory skupinové terapie obecně (Kratochvíl, 2005; Vymětal, 2007; Yalom & Leszcz, 2007; Jániš, 2010), ale i zkoumající psychoedukaci či účinné prvky práce s lidmi s psychózou (Bäumel, Frobose, Kraemer, Rentrop, & Pitschel-Walz, 2006; Chadzyska & Charzyska, 2011; Kalina, Terapeutická komunita, 2008; Sibitz, Amering, Gössler, Unger, & Katsching, 2007). Výsledky a výstupy plynoucí z této práce tedy korespondují s již většinou již provedených výzkumů uvedených v teoretické části práce.

Za další nejvýznamnější faktory, o kterých mluvili jak klienti, tak i terapeut, můžeme považovat zejména pocit univerzality problému, skupinovou soudržnost a sounáležitost, možnost zážitku vlastní kompetence a zaměření na zdroje a také otevření se a s tím související uvolnění napětí.

Významným prvkem bylo pro klienty už jen samotné **členství ve skupině**, **překonání společenské izolace** tak, jak ji sama nemoc přináší a pocit **sounáležitosti** ve skupině. Jako posunující vnímali to, jak byla skupina **soudržná** a jak byli ze strany skupiny dobře přijímáni.

Podle výpovědí klientů byl pro ně velmi důležitý moment, kdy zjistili, že nejsou se svým problémem sami a že jsou i jiní lidé, kteří jsou na tom podobně, tedy měli pocit, že jsou ve skupině „**na stejné lodi**“ (pocit univerzality). Prostřednictvím tohoto zážitku mohli překonat pocit, že jsou jejich obtíže a problémy nepřijatelné a není možné o nich hovořit.

S tím souvisí i důležitý prvek **otevření se ve skupině** a sdílení i těch nejniternejších pocitů a zkušeností. Prostřednictvím tohoto procesu otevření se před skupinou postupně docházeli k poznání, že mohou získat důvěru k lidem a když budou o těchto záležitostech hovořit, mohou uvolnit napětí, které cítí a mohou tak přispět ke zlepšení svého stavu. Pocit přijetí ve skupině i ze strany terapeuta i přes ventilaci nejniternejších pocitů, které se jim zdály prvně nepřijatelné, pro ně bylo pravděpodobně velmi pomáhající.

I když se pohled klientů na účinné faktory ve skupinové práci z velké míry shodoval s pohledem terapeuta, přes to můžeme z rozhovoru vysledovat **jemné rozdíly** a nuance mezi jejich pohledy. Například terapeut mluvil nejvíce o prvku **zkompetentnění a zplnomocnění klientů** a zaměření se na to, co funguje, na jejich zdroje. I když i sami klienti vnímali tento faktor jako pomáhající, pravděpodobně mu nepřisuzovali takovou důležitost jako terapeut. Při úvahách o tom, proč tomu tak bylo, bychom mohli zmínit argument toho, že právě ona kompetence není ze strany klientů tak hmatatelná a konkrétní jako působení skupiny a také to, že právě takový přístup k lidem a klientům v terapii je pro terapeuta, jak zmínil v rozhovoru, východiskem a základní myšlenkou jeho práce i součástí kvalitní péče o tuto cílovou skupinu. Možnou příčinou odlišného vnímání a popisu příčin procesu změny také může být to, že některé faktory mohou být pro terapeuta samozřejmé a za důležité považuje popsat ty, které byly pro jeho práci neobvyklé, a dá se říci, že specifické.

Jako **méně důležité faktory** v edukačně terapeutických skupinách vnímali klienti i terapeut shodně – jen málo se zmiňovali o nápodobě a identifikaci, o sebepoznání i o korektivní emoční zkušenosti, tak, jak je popisuje například Yalom (2007). Jednak se mohlo jednat o nesrozumitelnost jednotlivých faktorů (například korektivně emoční zkušenost), ale také by tato skutečnost korespondovala s tím, že právě investigativní zaměření je v terapii osob s psychózou spíše nežádoucí (Praško, Horáček, & Škrdlantová, 2003) a měla by směřovat naopak k více podpurným prvkům a zaměřením na pozitivní zdroje a řešení. Krom tohoto vysvětlení je však možné, že působení těchto výše uvedených faktorů probíhalo i bez toho, aby si jich jednotliví účastníci všimli, případně by mohly být případně účinné, ale nebyly v rámci skupin rozvíjeny.

Jak samotní klienti, tak i terapeut se shodli na tom, že to, co bylo v rámci skupin velmi důležité, byl **terapeutický vztah**. Ten klienti charakterizovali jako nedirektivní, vřelý a přátelský, rovnocenný, oceňovali také autenticitu a neformálnost přístupu i terapeutického prostředí a celkovou atmosféru. Terapeutka přidává nutnost **bezpodmínečného přijetí** všech účastníků a plnou **všímavost** ke každému z nich a potřebu větší strukturovanosti. Právě na vnímání účinku terapeutického vztahu může mít velký vliv teoretické zaměření a přístup terapeutky i její osobnostní charakteristiky, přesto si na tomto místě dovolueme vyjádřit náš souhlas s výše zmíněnými předpoklady vztahu s osobami s psychózou.

V poslední řadě bychom se rádi zmínili o možných rizikových či minimálně náročných faktorech takových skupin pro jednotlivé účastníky, které jsme v rámci výzkumu zaznamenali. Jejich zjištění sice nebylo primárním cílem výzkumu, přesto se zdá být užitečné je mít na zřeteli. Jak účastníci, tak i terapeutka se zmiňovali o náročnosti **konfrontace** s tématy, které nemají dostatečně zpracované, zejména s obsahem **bludů či halucinací** a dalšími tíživými aspekty daného onemocnění (stigmatizace, hospitalizace). Právě ona konfrontace může být považována jako faktor účinný, u některých osob, například u osob s psychotickým onemocněním by měl být využíván s velkou opatrností, zejména s přihlídnutím k vyšší vulnerabilitě cílové skupiny.

To, že klienti tento faktor označují jako **náročný nebo rizikový** však podle našeho názoru neznamená, že by musel být nutně neužitečný či neúčinný. Zde se dostáváme k problematice výzkumu účinných faktorů a procesu změny v terapii a také použitých pojmů – ne na každého činitele změny může mít klient i terapeut náhled a také je nutno zdůraznit, že neplatí, že to, co v terapii příjemné musí být i účinné a naopak. Existují tedy některé faktory, které jsou klienty nebo terapeutem vnímány jako rizikové či jako náročné, ale v konečném důsledku jsou velmi účinné? Může je právě jejich subjektivní náročnost činit účinnějšími? Mohou některé účinné faktory zůstat skryty reflexi klientů i terapeuta? Jaké to jsou? Podrobný pohled na tuto problematiku by však pravděpodobně vydal minimálně na celý podrobný výzkum a otázky výše položené tedy necháme nezodpovězeny.

Na závěr diskuze o výsledcích se zaměříme na výsledky a data zodpovídající poslední výzkumnou otázku, tedy jak účastníci i terapeut vnímali **průběh celého kurzu**, jak jej hodnotili a jakým způsobem by jej oni sami realizovali (jak by měl vypadat takový kurz v ideálním případě). Ideální délka kurzu by byla pravděpodobně od 6 do 10 měsíců, přibližně 2-4 hodiny jednou či dvakrát týdně. Jednoznačným předpokladem pro účast na takovém kurzu by měl být stabilizovaný psychický stav, nejlépe delší dobu po hospitalizaci. Účastnit by se mohli nejenom samotní nemocní, ale zejména i jejich rodiny a blízcí. Případně by se podobné kurzy či vzdělávání s informacemi o psychózách mohly konat i pro veřejnost. Ideální by bylo účast 4-8 účastníků, tedy tak, aby nebyla skupina příliš velká. Jednotlivá setkání by měla probíhat formou přednášek ale i diskuzí, her i dalších technik. Terapeut by měl mít psychologickou či psychiatrickou kvalifikaci, dostatečně dlouhou praxi s cílovou skupinou, ale zejména by měl disponovat některými osobnostními vlastnostmi jako je otevřenost, schopnost empatie, toleranci, ale i všímavost, měl by být schopen „přijetí“ druhých a měl by také dokázat jednotlivá sezení adekvátně strukturovat. Kdybychom měli reflektovat získaná data z této části, velký vliv na výsledky a získaná data má zejména fakt, že účastníci vesměs neměli jinou zkušenost s účastí na podobných skupinách a proto většinou v nápadech a podnětech pro další takový případný kurz vycházeli zejména z toho, který absolvovali. Přesto považujeme za podnětné a dokonce nezbytné v rámci hodnocení průběhu takového kurzu vzít v potaz zkušenosti i nápady samotných klientů, nejen zkušenosti terapeuta a dalších členů týmu.

8.3 Diskuze o přínosech a přesazích práce, podněty pro praxi

Cílem této diplomové práce nebylo zjistit, zda byl konkrétní edukačně terapeutický program účinný, ale to, jak funguje a jak jej jeho účastníci i terapeut hodnotí a vnímají. Nejvýznamnějším přínosem této diplomové práce je zejména podrobný pohled na celý proces edukačně terapeutických skupin a na mechanismy jeho terapeutického účinku. Výsledky práce by nám měly poskytnout podrobný pohled na to, co konkrétně v takové skupině funguje. Díky tomu můžeme dát těmto nejvýznamnějším faktory v práci s osobami s psychotickým onemocněním a psychoterapii více prostoru a dále je rozvíjet a pracovat s nimi. Kromě toho jsme také zjistili, s jakými faktory zacházet opatrně a které účastníci vnímali jako náročné. Tato zjištění ohledně procesu terapie pak mohou mít význam pro přenos do přímé **psychoterapeutické praxe**, nejen v rámci konkrétního zařízení, ale i při skupinové práci s cílovou skupinou obecně.

Domníváme se také, že některé popsané účinné faktory a jejich specifika nemusí být přítomny jen v situaci edukačně terapeutických skupin, ale mohou být účinné a aplikovatelné i v rámci jiných typů práce s osobami s psychózou a léčby psychotických onemocnění. V tomto ohledu vnímáme jako významné mimo jiné i téma vztahu s terapeutem a jeho přístup, kdy zjištěné účinné aspekty tohoto faktoru považujeme za významné i v jiných situacích, kdy pracujeme s osobami s psychotickým onemocněním.

Výsledky této práce by měly zejména sloužit jako podněty a východiska pro **organizaci a vedení dalších takových skupin** (jak po stránce organizační, tak i odborné) a také by mohly podnítit další výzkum v této oblasti a napomoci tak lepšímu propojení výzkumu psychoterapie s psychoterapeutickou praxí.

Cílem dalšího výzkumu by mohlo být například bližší prozkoumání terapeutického vztahu v kontextu práce s touto cílovou skupinou, podrobnější pohled na jednotlivé účinné faktory, zajímavý by mohl být také bližší prozkoumání faktorů, které považovali klienti za náročné. Přínosné by bylo rozšíření výzkumného souboru směrem k dosažení lepší zobecnitelnosti výsledků. Navazující výzkumné snahy by se však mohly především zaměřit na **vytvoření metodiky** pro konání psychoedukačních a psychoterapeutických skupin pro osoby s psychózou.

9 Závěry

Na tomto místě shrneme nejdůležitější zjištění a poznatky, ke kterým jsme dospěli v rámci této diplomové práce. Shodně s provedenými výzkumy a teoretickými východisky jsme došli k závěru, že nejdůležitějšími účinnými faktory jak z pohledu samotných klientů, tak i ze strany terapeuta, jsou zejména:

- **Získávání informací.** Jak vyplývá ze samotné psychoedukační povahy skupin, jedním z nejdůležitějších prvků bylo získávání informací o nemoci, o možnostech prevence relapsu a cestě k uzdravě. Zajímavé bylo zjištění, že někteří klienti nebyli před vstupem do skupiny dostatečným způsobem informováni o svém onemocnění a neměli zkušenost s takovou formou psychoedukace zkušenosti.
- **Skupinová soudržnost, členství ve skupině a překonání společenské izolace.** Tyto faktory byly vnímány jako důležité zejména ze strany samotných klientů, kteří se mohli prostřednictvím skupin vymanit ze společenské izolace tak, jak to sama nemoc přináší, dostat se mezi lidi, navázat kontakty a zažít pocity sounáležitosti a přijetí ze strany ostatních členů skupiny.
- **Univerzalita,** která byla opět vnímána nejsilněji ze strany klientů. Důležitý pro ně byl pocit, že nejsou se svým problémem sami a jsou ve skupině „na jedné lodi“, díky tomuto poznání také mohli přehodnotit označení svých problémů jako nepřijatelných a zbavit se pocitům viny a studu s tím spojených.
- **Otevření se a s tím související katarze.** Momenty, kdy se zúročily tyto faktory, vnímaly obě strany jako velmi nosné a účinné, ale i náročné. Účastníci měli možnost ve skupině sdílet své nejniternější pocity a projevit věci, které pro ně byly těžké, díky tomu mohli uvolnit napětí, které cítili. Ve skupině také mohli projevit emoce, což bylo pro mnohé novým zážitkem a bylo to pro ně velmi přínosné.
- Možnost zážitku **vlastní kompetence** a zaměření na **zdroje**. Tento faktor byl vnímán nejsilněji ze strany terapeuta, nicméně i z pohledu klientů byl ve skupinách velmi účinný. Pomáhající byl zejména dosažený pocit klientů, že na svůj vlastní psychický stav a na své onemocnění mohou mít vliv oni sami, ale také uvědomování si svých silných stránek, zdrojů a možnosti řešení své situace.

- **Terapeutický vztah a přístup.** Na důležitosti a některých specifických přístupu i terapeutického vztahu se shodly obě strany – za stěžejní považují otevřenost, autenticitu, toleranci, ale i neformální přístup, terapeut pak vyzdvihoval zejména potřebu přijetí a lásky směrem ke klientům, také všímavost v rámci celého procesu a nutnost větší strukturace skupin.
- Otevřená zůstává otázka vnímaných **náročných faktorů** ve skupině, zejména **konfrontace** s tíživými aspekty onemocnění, s bludy či halucinacemi. Bližší prozkoumání vyvážení rizikovosti a účinnosti tohoto faktoru může být úkolem pro další výzkum.

Když jsme zjišťovali, jak všichni zúčastnění hodnotili průběh edukačně terapeutických skupin a také jaké mají návrhy a náměty pro konání dalších takových skupin, došli jsme k následujícím závěrům:

- Délka takového kurzu by měla být podle názoru zúčastněných přibližně **6 až 10 měsíců**, a měla by se konat zhruba **2 - 4 hodiny** jednou či dvakrát týdně.
- Jednoznačným předpokladem pro účast na takovém kurzu by měl být **stabilizovaný psychický stav**, nejlépe delší dobu po hospitalizaci. Účastnit by se mohli nejenom samotní nemocní, ale zejména i jejich **rodiny a blízcí**. Případně by bylo vhodné, aby byla o aspektech duševních onemocnění informována i veřejnost.
- Jednotlivá setkání by měla probíhat formou přednášek ale i diskuzí, her i dalších technik. Ideální by byla přítomnost kolem **4-8 účastníků** ve skupině, skupina by tedy neměla být příliš velká.
- Skupinu by měl vést **psycholog** nebo **psychiatr** s praxí s cílovou skupinou, ale hlavně by měl být otevřený, empatický, tolerantní, jednat z pozice partnerství, měl by být i všímavý k potřebám klientů, měl by být schopen navodit bezpečnou atmosféru ale také jednotlivá setkání strukturovat.

SOUHRN

Předložená diplomová práce „**Edukačně terapeutické skupiny pro osoby s psychotickým onemocněním**“ se zabývá aspekty skupinové psychoterapie a psychoedukace v kontextu práce s osobami s psychotickým onemocněním. Dle zavedených zvyklostí je rozdělena na část teoretickou, zahrnující teoretická východiska daného tématu a přehled dosavadních souvisejících výzkumů, a dále na ni navazující část výzkumnou, kde pomocí níže popsanych metod a postupů odpovídáme na položené výzkumné otázky.

V **teoretické části** práce se zabýváme **popisem psychotických onemocnění**, zejména pak schizofrenie, věnujeme se příčinám onemocnění, příznakům, průběhu i prognóze a léčbě. Psychózy zahrnují skupinu velmi závažných duševních onemocnění, které výrazným způsobem ovlivňují myšlení, vnímání, jednání i prožívání člověka, narušuje náhled nemocného na to, co je reálně, a co ne. Charakteristická je ztráta náhledu na onemocnění, přítomnost bludů, halucinací ale i dalších příznaků, které negativně ovlivňují kvalitu života jedince a jeho začlenění do společnosti. Průběh nemoci můžeme charakterizovat jako epizodický, kdy se střídají období rozvoje akutních příznaků (atak) s obdobími relativního ústupu těchto příznaků (remise). Cílem léčby je dosažení co nejdějšího stavu remise a směřování k prevenci relapsu. Léčba psychóz je v dnešní době mnohem dál, než tomu bylo dříve. Své místo v teoretické části práce má tedy i kapitola o trendech komunitní péče, psychiatrické rehabilitaci a aktuální reformě psychiatrické péče. S respektem k zásadám těchto trendů **léčba a rehabilitace psychóz** nesměřuje k vymizení klinických příznaků, ale zejména k dosažení tzv. úzdravy. K dosažení tohoto cíle se v rámci komplexního přístupu k léčbě a rehabilitaci psychóz využívá hned několika nástrojů a postupů. Skupinová psychoterapie a psychoedukace jsou jedněmi z nich.

Významná část diplomové práce spočívá v popisu těchto skupinových aktivit (**skupinové psychoterapie a psychoedukace**) a jejich specifík v souvislosti s psychózami. Na skupinovou psychoterapii můžeme nahlížet jako na způsob léčby s využitím psychologických prostředků a psychoedukaci můžeme vnímat jako určitý druh psychoterapie, s větším důrazem na vzdělávací aspekt, kdy hlavním cílem je informovat o onemocnění, podpora při vytvoření lepšího náhledu, přijetí nemoci a směřování k prevenci relapsu.

Při obou těchto jmenovaných druzích podpory pro osoby se zkušeností s psychózou působí určité terapeutické či pomáhající faktory, které jsou zodpovědné za terapeutickou změnu a směřování k úzdavě. Velký prostor je v této práci věnován právě těmto **účinným faktorům**, ať už ve skupinové psychoterapii obecně, ale zejména v rámci práce s cílovou skupinou osob s psychotickým onemocněním a v rámci edukačně terapeutických skupin. Zmíněny jsou také specifika výzkumu těchto účinných faktorů a jednotlivé výzkumy, které se skupinovou psychoterapií a psychoedukací souvisí. Právě propojení aspektů skupinové psychoterapie a psychoedukace do jednoho celku se jeví jako ideální skloubení dvou typů podpory osob s psychotickým onemocněním, které využívá účinné faktory z obou zmíněných, tak, jak je tomu v námi popisovaném a zkoumaném programu.

V teoretické části práce je také popsáno zařízení **Zahrada 2000**, ve kterém výzkum probíhal. Obsahuje představení projektu financovaného z Evropského sociálního fondu, díky němuž byly edukačně terapeutické skupiny pro osoby s psychotickým onemocněním realizovány. V této kapitole byly také podrobně popsány konkrétní edukačně terapeutické skupiny, které jsou předmětem zájmu výzkumu této práce.

V **části výzkumné** pak definujeme výzkumný problém, výzkumný cíl a výzkumné otázky a hledáme na tyto otázky odpověď. Cílem práce je zejména snaha o bližší porozumění procesu **edukačně terapeutického programu** pro osoby s psychotickým onemocněním, který se konal v rámci projektu „Jak žít a pracovat s chronickým duševním onemocněním“ v již zmiňovaném občanském sdružení. V rámci tohoto výzkumu si klademe za cíl zmapovat a analyzovat **účinné faktory** působící v těchto edukačně terapeutických skupinách u osob s psychotickým onemocněním a budeme se také snažit hledat možné cesty dalšího rozvoje těchto faktorů. Cílem výzkumu je také zjistit, jak účastníci vnímají průběh a užitečnost skupin a jaké náměty a inspiraci pro konání dalších takových skupin přinášejí.

Výzkumný soubor tvořilo celkem 10 osob, z toho 9 klientů zařízení Zahrada 2000 s psychotickým onemocněním, účastníků edukačně terapeutických skupin. Část výzkumného souboru tvořila také psychoterapeutka, která skupiny vedla. Pro dosažení výzkumných cílů jsme využili zejména **kvalitativní charakter** výzkumu, který jsme pro ilustraci doplnili i některými daty kvantitativní povahy. Pro zodpovězení výzkumných otázek jsme využili následující metody: **polostrukturovaný rozhovor, pozorování, analýzu dokumentů** (evaluačních dotazníků) a také upravené metody – tzv. **škálování účinných faktorů** vycházejícího z Yalomova Q třídění terapeutických faktorů.

K dosažení lepší validity bylo využito **triangulace** metod získávání dat (tedy využití rozhovoru, škálování účinných faktorů, analýza dokumentů) i triangulace zdrojů (data získaná od klientů, od terapeuta). Jednotlivé nástroje byly aplikovány v odlišném časovém horizontu, což mohlo také přispět k výše uvedenému. Výsledky práce vzhledem k použitým metodám, charakteru výzkumu i velikosti výzkumného souboru i specifčnosti skupin neslouží k širší generalizaci výsledných poznání, ale jejich cílem je zejména hlubší poznání dané problematiky a podrobné prozkoumání jevů, které se v souvislosti s edukačně terapeutickými skupinami objevují.

Výsledná zjištění, ke kterým jsme prostřednictvím výše uvedených metod došli, se shodovala s výzkumy a teoretickými východisky uvedenými v teoretické části práce. Jedním z nejvýznamnějších účinných faktorů, jak už vyplývá ze samotné psychoedukační charakteristiky skupin, byl faktor **získávání informací**, zejména těch o onemocnění a všech jeho aspektech. Významné bylo pro klienty už jen samotné **členství ve skupině**, **překonání společenské izolace**, která je s důsledky onemocnění často spojená a pocit **sounáležitosti** ve skupině. Jako posunující vnímali to, jak byla skupina **soudržná** a pocit přijetí ze strany ostatních členů skupiny i terapeuta. Důležitý byl i zážitek, že nejsou se svým problémem sami a že jsou ve skupině lidé, kteří mají podobné problémy (**faktor univerzality**). Díky tomuto poznání pak mohli překonat pocit nepřijatelnosti a „nenormálnosti“ svých problémů. S tímto souvisí také významný faktor **otevření se** a katarze. Právě otevření se ve skupině nebylo pro mnohé z klientů jednoduché, nicméně bylo vnímáno jako velmi léčivé. Dalším identifikovaným důležitým faktorem v rámci skupin bylo **zkompetnění a zplnomocnění** klientů a zaměření se na jejich zdroje. Tento faktor byl jako účinný velmi silně vnímán ze strany terapeutky, nicméně za důležitý je považovali i sami klienti. Pomáhající byla pro ně zejména zkušenost, že na svůj vlastní psychický stav a na své onemocnění mohou mít vliv sami, ale také uvědomování si svých silných stránek, zdrojů a možnosti řešení své situace. Na důležitosti a některých specifických **přístupu i terapeutického vztahu** se shodly obě strany – za stěžejní považují otevřenost, autenticitu, toleranci, ale i neformální přístup, terapeut pak vyzdvihoval zejména potřebu přijetí a lásky směrem ke klientům, také všímavost v rámci celého procesu a nutnost větší strukturace skupin. Otevřená zůstává otázka některých **náročných faktorů** ve skupině, zejména **konfrontace** s bludy či halucinacemi ostatních účastníků skupiny.

V rámci zjišťování **hodnocení průběhu a organizace** edukačně terapeutických skupin a **hledání podnětů a inspirace** pro konání dalších takových kurzů jsme dospěli k následujícímu: jednotlivé skupiny by mohly podle názoru klientů i terapeuta trvat od 6 do 10 měsíců, 2 až 4 hodiny týdně. Účastnit by se jej měli lidé se zkušeností s psychózou se stabilizovaným psychickým stavem, nejlépe delší dobu po hospitalizaci. Krom toho by se podobných kurzů mohly účastnit i rodiny a blízcí nemocných. Kromě toho by klienti přivítali i nějakou formu předání informací o psychózách veřejnosti. Ideální by byla přítomnost kolem 6 účastníků ve skupině, krom psychoterapie by měly skupiny probíhat formou přednášet, diskuzí i her a dalších technik. Vedení skupiny by měl zajistit psycholog nebo psychiatr s dostatečnou praxí, který by měl být otevřený, empatický, tolerantní, přátelský, měl by být všímavý k potřebám klientů i procesům ve skupině, měl by být schopen navodit bezpečnou atmosféru ale také jednotlivá setkání adekvátně strukturovat.

Výsledky práce nám tedy přinesly podrobný pohled na to, jaké terapeutické faktory nejvíce fungují v rámci konkrétních skupin a které jsou jak ze strany klientů, tak ze strany terapeuta vnímány jako nejúčinnější. Díky tomu můžeme dát těmto nejvýznamnějším faktorům v práci s osobami s psychotickým onemocněním a psychoterapii více prostoru a dále je rozvíjet a pracovat s nimi. Kromě toho jsme získali praktické podněty pro organizaci podobného kurzu. Uvedená výzkumná zjištění mohou sloužit ke zlepšení a formování naší psychoterapeutické praxe a mohou sloužit jako podklad pro vedení dalších takových skupin. Také doufáme, že budou podnětem pro další výzkum v této oblasti procesu psychoterapie a impulsem pro směřování ke stále lepšímu propojování psychoterapeutické praxe s výzkumem.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- Aho-Mustonen, K. (2011). *Group psychoeducation for forensic long-term patients with schizophrenia*. Joensuu: Publications of the University of Eastern Finland.
- Ascher-Svanum, H., Rochford, S., Cisco, D., & Claveaux, A. (2001). Patient education about schizophrenia: initial expectations and later satisfaction. *Issues in Mental Health Nursing*, stránky 325-333.
- Bankovská Motlová, L. (2010). *www.psychosy.cz*. Získáno 89. 12 2013, z Psychózy: <http://www.psychosy.cz>
- Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2013). *Schizofrenie: jak předcházet relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá Fronta.
- Bankovská Motlová, L., Dragomirecká, E., Matelová, Š., Otevřelová, R., Čemáková, R., Čermák, J., . . . Kitzlerová, E. (2010). Edukace u schizofrenie: Jak pacienti a příbuzní hodnotí program prevence relapsu PREDUKA. *Časopis lékařů českých*, 21-25.
- Bäumel, J., Frobose, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, stránky 1-9.
- Bhattacharjee, D., Rai, A. K., Singh, N. K., Kumar, P., Munda, S. K., & Das, B. (2011). Psychoeducation: A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment. *Delhi psychiatric Journal*, 33-39.
- Böhmová, Z., André, I., & Šefránková, V. (2002). Účinné faktory terapie psychóz v podmínkách denného stacionára. *Psychiatria*, 83-87.
- Čas, T. (2012). Jak získat pacienty se schizofrenií k lepší spolupráci při léčbě? *Zpravodaj Čas*, 30-33.
- Chadzynska, M., & Charzynska, K. (2011). The participation of patients with schizophrenia in psychoeducation – the analyses from the patient's persp. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 67-72.
- Chavéz, M. G. (2011). Therapeutic Factors in Patient Groups with Psychosis. *Group Analysis*, 421-438.

- Cohen, R. (2002). *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál.
- Doubek, P. (2008). *Psychóza v životě - život v psychóze : příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Praha: MAXdorf.
- Dušek, K., & Večeřová Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
- Fišar, Z. (2009). *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada.
- Hejzlar, P., Halíř, M., & Fiala, M. (2010). Komunitní přístup v péči o duševně nemocné. *Psychiatrie*, 146-152.
- Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hollý, M. (30. 1 2013). *Reforma systému péče o duševně nemocné pohledem Martina Hollého*. Načteno z Strategie reformy psychiatrické péče: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2013/03/21/reforma-systemu-pece-o-dusevne-nemocne-pohledem-martina-holleho/>
- Höschl, C. (2013). *Cyril Höschl k reformě psychiatrické péče*. Načteno z Strategie reformy psychiatrické péče: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2013/03/20/cyрил-hoschl-k-reforme-psychiaticke-pece/>
- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2004). *Psychiatrie*. Praha: Tigis.
- Jániš, M. (2010). Účinné faktory skupinové psychoterapie. *E-Psychologie, Elektronický časopis ČMPS*, 30-50.
- Kalina, K. (2001). *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita*. Praha : Grada.
- Kanas, N. (1987). Group Therapy and Schizophrenia. *West J Med.* , 71-72.
- Kitzlerová, E., & Bankovská, L. (2006). Program pro dobré zdraví - ohlédnutí se za prvním rokem. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 91-94.
- Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
- Landsverk, S., & Kane, C. F. (1998). Antonovsky's sense of coherence: theoretical basis of psychoeducation in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 419-431.
- Látalová, K., & Pidrman, V. (2006). Dlouhodobá terapie schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 158-160.

- Lukens, E., & McFarlane, W. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based practice: Considerations for Practice, Research and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 205-225.
- Malá, K., & Navrátilová, H. (3 2006). Edukace při onemocnění psychózou. *Psychiatrie pro praxi*, stránky 137-139.
- Masopust, V., & Pidrman, J. (2002). Psychoedukační program Prelapse. *Psychiatrie pro praxi*, 161-167.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (8. 10 2013). Strategie reformy psychiatrické péče.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Možný, P. (1999). *Když se řekne psychóza*. Praha: Galén.
- Mueser, K., & Gingerich, S. (2011). Relapse prevention and recovery in patients with psychosis: the role of psychiatric rehabilitation. *Psychiatric times*, 66-71.
- Mueser, K., & Jeste, D. (2008). *Clinical Handbook of schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- Mueser, K., Corrigan, P., Hilton, D., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., . . . Herz, M. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric Services*, 1272-84.
- Orel, M., & Facová, V. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada.
- Pěč, O. (2008). Návrh novelizace Koncepce oboru psychiatrie z pohledu komunitní péče o duševně nemocné. *Česká a slovenská psychiatrie*, 78-84.
- Pěč, O. (2009). Psychoterapie u psychóz. *Psychoterapie pro praxi*, stránky 76-78. Získáno 23. 1 2012, z *Psychiatrie pro praxi*.
- Pěč, O., & Probstová, V. (2009). *Psychózy - psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.
- Pečeňák, J. (2005). *Kapitoly o schizofrénii*. Martin: Osveta.
- Pekalla, E., & Merinder, L. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane database syst. rev.*

- Piper, M., Beneyto, M., Burne, T., Eyles, D., Lewis, D., & McGrath, J. (2012). The Neurodevelopmental Hypothesis of Schizophrenia: Convergent Clues from Epidemiology and Neuropathology. *Clinical review articles*, 571-584.
- Praško, J. (2005). *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical Tribune.
- Praško, J., Horáček, J., & Škrdlantová, L. (2003). Psychoterapeutické přístupy k léčbě psychóz. *Psychiatrie*, stránky 263-271.
- Praško, J., Vrbová, K., Látalová, K., & Mainerová, B. (2011). Psychoeducation for psychotic patients. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Republic*, 1-11.
- Raboch, J., & Wenigová, B. (2012). Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu. Česká psychiatrická společnost.
- Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2013). *Otevřené dialogy: Setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Brno: Narativ.
- Sibitz, I., Amering, M., Gössler, R., Unger, A., & Katsching, H. (2007). Patient's perspectives on what works in psychoeducational groups for schizophrenia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 909-915.
- Strossová, I. (1984). Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi. Zprávy VÚPs.
- Styx, P. (2003). *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press.
- Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.
- Timulák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton.
- ÚZIS. (2008). Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Praha: ÚZIS.
- Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vlastelica, M., Pavlović, S., & Urlič, I. (2003). Patients' Ranking of Therapeutic Factors in Group Analysis. *Coll. Antropol.*, 779-788.

- Vymětal, J. a. (2007). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada.
- Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* vol. 37, stránky 21-22.
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2007). *Teroie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.
- Zahrada 2000 o.s. (2011). *Zahrada 2000 o.s., sociálně rehabilitační centrum*. Načteno z Zahrada 2000 o.s.: <http://zahrada2000.cz/>
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability - a new view of schizofreniarna. *Journal of Abnormal psychology*, 103-126.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Edukačně - terapeutické skupiny pro osoby s psychotickým onemocněním

Autor práce: Tereza Turková

Vedoucí práce: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Počet stran a znaků: 148, 279 342

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 63

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá aspekty skupinové psychoterapie a psychoedukace v kontextu práce s osobami s psychotickým onemocněním. Psychózy jsou závažná duševní onemocnění charakterizovaná ztrátou kontaktu s realitou. Cílem léčby je dosažení úzdravy a prevence relapsu. Jedním z nástrojů k dosažení těchto cílů je skupinová psychoterapie a psychoedukace, kde působí určité účinné faktory, které jsou zodpovědné za terapeutickou změnu a směřování k úzdavě. Cílem práce je tyto účinné faktory zmapovat. Výzkumný soubor tvoří 9 účastníků edukačně terapeutických skupin a jedna psychoterapeutka. Aplikovali jsme kvalitativní výzkum, který jsme doplnili kvantitativními daty. Využili jsme tyto metody: polostrukturovaný rozhovor, pozorování, analýzu dokumentů a upravené Yalomovo Q třídění terapeutických faktorů. Zjistili jsme, že mezi účinné faktory působící ve skupině patří zejména aspekt získávání informací o onemocnění, skupinová soudržnost a členství ve skupině, faktor univerzality, možnost otevření se a katarze, ale i zplnomocnění klientů a zaměření se na jejich zdroje. Z výzkumu vplynuly i některé doporučení pro konání podobných skupin.

Klíčová slova:

Psychózy, schizofrenie, psychoedukace, skupinová psychoterapie, účinné faktory, terapeutické faktory, výzkum v psychoterapii

ABSTRACT OF THESIS

Title: Educational therapeutic groups for people with a psychotic disorder

Author: Tereza Turková

Supervisor: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Number of pages and characters: 148, 279 342

Number of appendices: 7

Number of references: 63

Abstract:

This thesis deals with aspects of group psychotherapy and psychoeducation in the context of working with people with psychotic disorders. Psychosis is a severe mental disorder characterized by loss of contact with reality. The goal of therapy is to achieve recovery and relapse prevention. One of the tools to achieve these goals is group therapy and psychoeducation, where work some effective factors that are responsible for therapeutic change and progress towards recovery. The goal of this thesis is to map these effective factors. The research group consists of 9 participants of educational therapeutic groups and one psychotherapist. We applied qualitative research with some quantitative data. We used following methods: semi-structured interview, observation, document analysis and modified Yalom's Q sort of therapeutic factors. We found that effective factors in group includes the aspect of obtaining information about the disease, group cohesion and group membership, a factor of universality, the possibility of opening and catharsis, but also the empowerment of clients and focus on their sources. The research resulted in some suggestions for organizing similar groups in future.

Keywords:

Psychosis, schizophrenia, psychoeducation, group psychotherapy, effective factors, therapeutic factors, research in psychotherapy

PŘÍLOHY DIPLOMOVÉ PRÁCE

Seznam příloh:

- Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce
- Příloha č. 2: Informovaný souhlas
- Příloha č. 3a: Kostra otázek polostrukturovaného rozhovoru s klienty
- Příloha č. 3b: Kostra otázek polostrukturovaného rozhovoru s terapeutem
- Příloha č. 4a: Ukázka rozhovoru s klienty
- Příloha č. 4b: Ukázka rozhovoru s terapeutem
- Příloha č. 5a: Q třídění podle Yaloma (originální verze)
- Příloha č. 5b: Upravená verze Q třídění
- Příloha č. 6: Výsledky škálování účinných faktorů (tabulka)
- Příloha č. 7: Ukázka evaluačního dotazníku (analýza dokumentů)

PŘÍLOHA Č. 1: FORMULÁŘ ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ MAGISTERSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Téma česky: Edukačně terapeutické skupiny pro osoby s psychotickým onemocněním

Téma anglicky: Educational therapeutic groups for people with a psychotic disorder

Vedoucí práce: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Autorka práce: Tereza Turková

Zásady tvorby práce:

1. Seznámení se s manuálem pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci a citačních norem Americké psychologické asociace.
2. Studium odborné literatury z oblasti klinické psychologie, psychopatologie, důraz na studium problematiky psychóz, rehabilitace, sociální psychiatrie, sociálních služeb.
3. Zpracování přehledu dosavadního výzkumu – využití databáze EBSCO – zpracování přehledu dosavadního výzkumu do teoretické části DP.
4. V teoretické části bude hlavní zaměření na problematiku psychóz a stávajících edukačních programů, sociálně rehabilitačních programů, terapeutických programů, seznámení s modelem, který bude předmětem zkoumání ve výzkumné části DP.
5. Rámcová osnova teoretické části:
 - a. Problematika psychotických onemocnění;
 - b. Rozdělení, struktura duševních poruch;
 - c. Význam edukačních programů, typy, druhy, zkušenosti;
 - d. Skupiny osob s psychózou, komunity, terapeutické možnosti;
 - e. Role rodiny, role sociálních služeb, potřeby osob s psychotickými poruchami;
 - f. Problematika začleňování a rehabilitace následků duš. poruchy.

6. Konzultace výzkumného projektu s vedoucím DP před realizací sběru dat. Dosavadní pracovní předpoklad je:
 - a. Pokusit se zmapovat zkušenosti osob s psychotickou poruchou z konkrétního edukačně terapeutického programu;
 - b. Navrhnout podněty pro upravení konkrétního edukačního programu, příp. tvorba a prezentace metodiky tohoto programu;
 - c. Využít ke sběru dat rozhovory s osobami, které program podstupují, ohniskové skupiny, pozorování, analýzu materiálů, které vznikají v souvislosti s edukačním programem.
 - d. Porovnání názorů klientů a terapeutů.
 - e. Předpokladem je kvalitativní metodologie výzkumu.
 - f. Předpokladem je spolupráce s klienty občanského sdružení Zahrada 2000 s psychotickým onemocněním, kteří mají zkušenosti s edukačním programem.
7. Integrace výzkumných dat do smysluplného celku. Diskuse s rozvahou o výsledcích, přínosem pro praxi, doporučením dalšího upřesňujícího výzkumu.

Základní literatura:

- Bankovská Motlová L., Španiel F. (2011) *Schizofrenie, Jak předejít relapsu, aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta.
- Kalina, K. (2001). *Jak žít s psychózou*. 1.vyd. Praha: Portál.
- Mueser, K., Jeste, D. (2008). *Clinical handbook of schizophrenia*. New York: The Guildford Press.
- Pěč, O., Probstová, V. (2009). *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.

Termín finalizace zadání diplomové práce ve STAGu: 26.11.2012

PŘÍLOHA Č. 2: INFORMOVANÝ SOUHLAS

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ NA VÝZKUMU V RÁMCI DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: **Edukačně terapeutické skupiny pro osoby s psychotickým onemocněním**

Autor práce: Tereza Turková

Vedoucí práce: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Termín realizace: leden 2014

Místo realizace: Jeseník

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Edukačně - terapeutické skupiny pro osoby s psychotickým onemocněním“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce.

Rovněž беру на vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

PŘÍLOHA Č. 3A: KOSTRA OTÁZEK POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU S KLIENTY

- *Máš nějakou předchozí zkušenost s psychoedukací?*
- *Jak bys zhodnotil/a edukačně terapeutickou skupinu, které jsi se účastnil/a?*
- *V čem pro tebe byla účast na skupině užitečná?*
- *Co se ti na skupině nejvíce líbilo? Z čeho jsi měl/a největší radost?*
- *Co jsi pak dokázal/a přenést do reálného života?*
- *Jak poznali tví blízcí nebo lidé ve tvém okolí, že se něco změnilo?*
- *Jak skupina ovlivnila tvůj pohled na své onemocnění?*
- *Jak skupina ovlivnila tvou schopnost zvládat své onemocnění?*
- *Co ti pomohlo ze strany terapeuta?*
- *Co ti pomohlo ze strany ostatních účastníků skupiny?*
- *Bylo něco, co pro tebe bylo během skupin náročné?*
- *Bylo něco, co pro tebe bylo během skupiny neužitečné?*

- *Jak hodnotíš rozsah toho kurzu?*
- *Pro koho myslíš, že jsou takové programy vhodné?*
- *Kolik osob by mělo být ve skupině?*
- *Jaké vlastnosti by měl mít ideální terapeut?*
- *Jaké informace se ti zdají jako nejdůležitější?*
- *Jakým způsobem by měla probíhat výuka? Jaké techniky nebo hry by se mohly využít?*

PŘÍLOHA Č. 3B: KOSTRA OTÁZEK POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU S TERAPEUTEM

- *Jak bys zhodnotila edukačně terapeutickou skupinu, kterou jsi vedla?*
- *V čem jsou podle tebe edukačně terapeutické skupiny užitečné?*
- *Co myslíš, že nejvíc účastníkům ve skupinách pomohlo? Co pro ně bylo největším přínosem?*
- *Vybavíš si nějaký moment, který byl pro účastníky obzvláště významný, zlomový?*
- *Pozorovala jsi u účastníků v průběhu skupin nějaké změny? Jaké?*
- *Jak myslíš, že byly skupiny užitečné z hlediska prevence relapsu? V čem byly užitečné vzhledem jejich onemocnění? Náhledu?*
- *Co myslíš, že účastníkům pomohlo z tvé strany? V čem jsi jim byla nejvíce užitečná? Jaký jste měli s účastníky vztah?*
- *Jaké své vlastnosti hodnotíš jako důležité při práci s osobami s psychózou? Byla psychoterapie s klienty s psychózou nějak odlišná od jiných klientů?*
- *V čem myslíš, že byla účastníkům užitečná skupina samotná? Co jim nejvíce pomohlo ze strany skupiny?*
- *Co myslíš, že mohlo být pro účastníky skupin náročné? Jaká jsou rizika?*
- *A mohlo je to pak někam posunout?*
- *Byly nějaké chvíle, které byly pro tebe náročné?*
- *Co ti přinášelo největší radost při práci na skupinách? Co tě nejvíce bavilo? Naplňovalo?*

- *Jak hodnotíš rozsah toho kurzu?*
- *Pro koho myslíš, že jsou takové programy vhodné?*
- *Kolik osob by mělo být ve skupině?*
- *Jaké vlastnosti by měl mít ideální terapeut?*
- *Jaké informace se ti zdají jako nejdůležitější?*
- *Jakým způsobem by měla probíhat výuka? Jaké techniky nebo hry by se mohly využít?*

PŘÍLOHA Č. 4A: UKÁZKA ROZHOVORU S KLIENTY

(V: výzkumník, K: klient)

V: My jsme se bavily o tom, že bychom si spolu povídali o tom kurzu, o psychoedukační skupině, jak žít s psychózou se to jmenovalo. Měla jsi dříve zkušenost s nějakou psychoedukací? Před tím, než jsi nastoupila do kurzu?

K1: Ne, neměla jsem zkušenost, vlastně až jsem to absolvovala tady, jsem získala úplný náhled na tu svoji nemoc. Předtím mi to chybělo. Kdyby byl někdo, kdo by při první hospitalizaci si se mnou sedl, a řekl, věc se má tak, že příčinou nemoci je to a to, projevuje se to, tvoje možnosti jsou takové a takové tak by mi to pomohlo a měla bych jiný pohled na užívání léků, na hospitalizaci. Takže až tady jsem se setkala s tím vzděláváním a informacemi.

V: Aha, takže předtím se to k tobě nedostalo?

K1: Ne, ne.

V: A ani ambulantně u psychiatra, kam chodíš, nebo v léčebně?

K1: Chodila jsem k několika psychiatrům, ale až pan X se mnou mluvil víc, ale jako takové vzdělávání o té nemoci, to jako ne, to až tady.

V: Jo, takže nějaké informace obecnější jsi dostala a řekl ti co a jak a až tady to bylo takové...

K1: ...ucelené.

V: Kdybys měla tak nějak zhodnotit ten kurz nebo ty skupiny, co probíhal tady v Zahradě, jak bys o tom mluvila? Jak bys to zhodnotila?

K1: No byla jsem ráda, že jsem byla vybraná, nebo že mi to bylo nabídnuto, jako zúčastnit se. No a potom to týdenní setkávání se a to kolečko na úvod, kdy jsme si vykládali o tom, co jsme za ten týden prožili, jak se cítíme a tak, tak jako ten pocit sounáležitosti a takové jako spolupráce. Jako že jsem měla dobrý pocit, že jsem zapojena do určitého kolektivu, s určitým směrem, záměrem.

V: Jo, takže, spolupráci tam slyším, sounáležitost. Tak to by mne všechno konkrétně zajímalo, co všechno to obsahovalo?

K1: Ano, jsem ráda, že jsem to mohla absolvovat, ten rok mi dal hodně.

V: Co bylo pro tebe úplně nejužitečnější?

K1: Asi ta úvodní kolečka, potom to povídání si o příčinách schizofrenie, což je moje diagnóza. No informace ohledně té nemoci.

V: Kdybychom začali u těch úvodních koleček, co tam bylo pro tebe to pomáhající?

K1: Že jsme si sdělovali s těmi kolegy z toho kurzu, že tam byla taková spoluúčast v tom prožívání denodenního života a sdílení zkušeností a podpora té skupiny.

V: Co třeba v tom sdílení zkušeností? Co přesně v tom?

K1: Třeba když jsme se bavili o sebevraždách - když jsem se dozvěděla, kdo z těch kolegů měl ty myšlenky na to, jakože jsem zjistila, že s tou svou nemocí nejsem sama a že i jiní lidé mají podobné zkušenosti. A nebo naopak, že mají zkušenost jinou, což byla pro mne taková motivace, že se to dá i jinak.

V: Že existují nějaké jiné alternativy?

K1: Ano.

V: Takže nějaké sdílení s ostatními lidmi. Je ještě něco, co tě napadá, co bylo pro tebe důležité v tom sdílení té zkušenosti? Třeba nějaký moment by mě i zajímal, konkrétní, jestli si vzpomeneš na nějakou takovou situaci?

K1: No, úplně konkrétně už si asi nevybavím. Víím o těch sebevraždách, to si pamatuju, že se mi poprvé podařilo o tom mluvit, ale že bych si zapamatovala nějaký moment toho sdílení, to už je přece jen dost dlouho.

V: Tak třeba si ještě na něco vzpomeneš, tak kdyby jo, tak řekni. Takže nejužitečnější pro tebe bylo to sdílení a ty informace. A směrem k těm informacím, kdybys to nějak rozvedla, co přesně pro tebe bylo nějak nové?

K1: No, třeba poprvé jsem se dozvěděla, že příčinou schizofrenie je chemická nerovnováha v mozku, že je to způsobeno tím dopaminem. Ale tu informaci jsem nikde do té doby jako neměla. Takže to mi dodalo ... jakože je to záležitost mozku a proto se užívají ty léky, aby se ta chemická rovnováha tam nastolila, jo. Což pro mě byla velká nebo důležitá informace kvůli mému postoji k lékům, jelikož všechny ty hospitalizace byly po té, co jsem vysadila léky. Protože já jsem měla do té doby problém s užíváním léků. Ta informace v tom dopaminu mi to trošku v té hlavě přehodila a začala jsem se na ty léky dívat jinak. Což byla asi úplně nejdůležitější informace z celého toho kurzu. Potom mi pomohly, když jsme probírali, kam se člověk může obrátit, nebo právní aspekty toho onemocnění, když onemocním a jsem hospitalizovaná, tak jaká ta práva mám jako pacient a nedobrovolná hospitalizace. Takové praktické informace k tomu konkrétnímu, konkrétní zkušenosti.

V: Takže taková ... vyloženě ty informace, že byly důležité.

K1: Ano.

V: Tak tady mám otázku: mohl ten kurz ti nějak pomoci v prevenci relapsu pro tebe?

K1: No určitě ty léky, ta změna postoje k lékům. A ještě, i když na to je ten zvláštní kurz Zvládání stresu, tak i to když jsme si vykládali, co dělám, a to možná bylo zase v tom kolečku, co dělám, když je nám špatně, abychom se z toho dostali. Nebo nejenom u toho lékaře, ale i naše zkušenosti s tím, jak se z toho stresu dostat, jak prevence toho relapsu. Anebo třeba i informace o lékařích, kdo koho navštěvuje a jakou s ním má zkušenost.

V: Takové jako reference na ně?

K1: Ano, ano.

V: To se pořád vracím k tomu sdílení zkušeností, že, to je takový jako silný tam. Kdybys měla ještě říct, v čem to bylo pro tebe užitečné?

K1: Co ještě, co se mi ještě líbilo, bylo to promítání filmů s tím námětem nebo tématikou duševního onemocnění. Taky mě to vedlo k zamyšlení nad některými těmi aspekty té nemoci a bylo to dělaný zábavnou formou. Takže to bylo vlastně nejenom učení se nebo jenom informace natvrdo, ale že to bylo i v takovém širším kontextu.

V: V čem konkrétně ti to pomohlo ten film? Jako když bys to měla vzít do té svojí situace? V čem ti ten film pomohl líp zvládat své onemocnění?

K1: Hm, třeba, už si nepamatuju názvy těch filmů, ale třeba význam toho získat přátele. Stýkat se s lidmi, kteří mi rozumějí, kteří berou, že jsem nemocná. A nevadí ji to, nemají vůči mně předsudky. Jako ta interakce s okolím.

V: Ještě něco ti to dalo ty filmy?

K1: No tak ten film přenáší nějakou zkušenost. Takže je to zas o tom sdílení té zkušenosti s těmi postavami. Takové rozšíření toho obzoru.

V: Jak to měli třeba oni a tak?

K1: Ano

V: Ještě něco, co myslíš, že ti pomohlo?

K1: Tak přelet nad kukaččím hnízdem třeba. To bylo takové...ehm...to byl hluboký zážitek, protože jsem to předtím nikdy neviděla. Hm, vztah k hospitalizaci.

V: A nějak tě to posunulo?

K1: No, říkala jsem si, že se to zlepšilo, od té doby co to bylo. I když to byly americké podmínky, tak ty podmínky u nás jsou lepší. A že jsem měla těžké zážitky při té hospitalizaci, ale že třeba jsem byla ráda, že jsem nemusela absolvovat ty elektrické šoky. Jo, to jsem jako, že jsem se víc zamýšlela nad tím, jakým způsobem mě léčili. A jak ke mně přistupovali v té léčebně. Taková sebereflexe s ohledem na tu hospitalizaci.

V: V čem to bylo pro tebe přínosné?

K1: No, to jsem říkala. Rozšířilo mi to obzor.

V: A když půjdeme ještě od těch filmů. Byly ještě nějaké věci, které ti pomáhaly?

K1: Tak komunikace, co jsme dělali. Tak třeba jsem si připomněla to asertivní desatero, co jsem kdysi měla napsané kdysi ve svém deníčku. Tak mě to jako připomnělo, protože jsem se o tu komunikaci dřív hodně zajímala. Tak jako to byly důležité informace, takové na připomenutí. I s tím, jak to použít v konkrétní situaci, třeba. To byly praktické návody, jak zlepšit svůj přístup k lidem třeba.

V: Vybavíš si nějaký moment nebo věc, ze které si měla radost na té skupině?

K1: Radost?

V: Nebo co tě potěšilo?

K1: Když jsme dělali na Vánoce takovou tu hru, kdy jsme si malovali obličej a pak jsme si tam psali vzkazy. Jo, tak já jsem dostala ten svůj obrázek, když se mi vrátil, tak jsem měla radost, protože tam byly samé pozitivní, jako že seš bezva ženská, jen tak dál, takové pozitivní vzkazy od těch kolegů. No, pozitivní vzkazy.

V: Takové jako ocenění od všech?

K1: Ano. I já jsem mohla vyjádřit, tak jsem psala pozitivní vzkazy, nebo jsem domalovávala nebo tak. Takže jako taková... To bylo v rámci toho kolečka vlastně zase. A le jako taková komunikace s těmi spoluúčastníky. Já to mám vystavené pořád na polici.

V: Takže se na to občas podíváš?

K1: Ano, mám to tam vedle fotky svých dětí. Tak to tam občas tak shlédnu, připomenu si.

V: No, a když jsme u těch technik, je ještě něco, co tě tak nějak zaujalo?

K1: Ještě jsme dělali ten cíl. To jsme si zvolili cíl, čeho chceme dosáhnout. A pak jsme to dělali těmi technikami, co pro to můžu udělat, jaký je nejbližší krok a tak. To jsem si vlastně naplánovala směrem k tomu zvýšit sebevědomí. Kroky k tomu pak byly další vzdělávání a tak a to si myslím, že se mi podařilo. Co mě teda nenapadlo v té době nebo byl to takový můj sen, ale neměla jsem vůbec odvahu s ním vůbec pracovat, byl ten vztah s tou maminkou. To jsem si hýčkala, to jsem neměla odvahu ventilovat ven. A stejně se to stalo, takže v rámci toho sebevědomí mi to i přispělo.

V: No věci možná na sebe navazují, jakože se člověk naučí něco, a pak může postoupit k něčemu... A pomohlo ti to občas na skupině, v tom co říkáš, i když nějakým malým krůčkem?

K1: No ano, už to absolvování, ten pohled na tu nemoc, že jsem se přestala cítit jako nějaká oběť, bezmocná, úplně. Tak to přispělo ke zvýšení sebevědomí. Jakože se na tu nemoc dívám jinak a že už z toho nemám takové mindráky. Jakože si to nevyčítám, že jsem nemocná. Jako změnil se, nejenom přístup k lékům, ale i náhled na tu nemoc, přijetí té skutečnosti že teda nemocná jsem, a že je to nemoc, která se nevyлéčí, která zůstává jako ta diagnóza. Takové přijetí.

V: Jak se na ni ještě díváš na tu nemoc? Když říkáš, že jsi změnila pohled na to?

K1: Já jsem si to vyčítala dřív. Hledala jsem, kde jsem udělala jakou chybu. A tak. A teď jsem se s tím smířila, a navíc v té pozici toho peer konzultanta, ke které jsem dospěla, tak jako vidím, že to co jsem prožila, může být i užitečné, takže zmizely pocity viny z hospitalizace. Protože v rámci těch školení na toho peer konzultanta a na té stáži v tom Holandsku jsme se učili, že i každé naše selhání je i zkušenost, se kterou můžu potom pracovat s ostatními a že když jsem se z toho dostala jednou, dostala jsem se z toho dvakrát, tak je hodně pravděpodobné že se z toho dostanu i kdyby se náhodou ten relaps opakoval. Tak že se z toho dostanu zase. Že nikdy to není, že by to bylo jenom špatné, že vždycky že je vždycky ta cesta nahoru schůdek za schůdkem že se dá jít.

V: Taký tě to asi v něčem posunulo?

K1: No ano, v tom přijetí té nemoci a toho co jsem prožila, že jako peer consultant to můžu sdílet tak a mám to jako pro jiného, kdo je tam kde já jsem byla před několika lety. Já to mu člověku můžu říct ano, tohle jsem si prožila, tohle mám za sebou, ale nikdy to nebylo tak špatné, aby to nemohlo jít nahoru. Ta naděje na to zlepšení, vždycky se to řeší.

V: Takže to můžeš předat dál hlavně, že?

K1: Ano, a tu naději dodávat.

V: Mhm. Když si to tak vezmeš, když se vrátíme k té skupině teda. Pomohl ti to k tomu peerovi, nebo k té práci, pomohla ti nějak ta skupina?

K1: Ano, protože tam to sdílení těch zkušeností mě nějak přesvědčilo o tom, že to má smysl. A že když se tomu ten člověk pak věnuje naplno, tak že může udělat kus dobré práce. Jo, takže tam to předávání těch zkušeností - ono to začalo už tím, když jsem vstoupila do té Zahrady a tam jsem se seznámila s těma lidma, kteří měli stejné problémy, nebo na tom byli třeba. Měli jiné zdravotní problémy a hůř na tom byli. Ale jako dostali se z toho, nebo aspoň se snažili dělat, pracovat na sobě, vypořádávat se s tím nejlíp, jak to šlo. Tak to

mi pomohlo. Že jsem se ocitla mezi lidma, kteří, s kterým jsem mohla už tehdy tu zkušenost sdílet. A to je krůček za krůček až k tomu peer consultantovi. V jaké rovině to teď prezentuju. A mě to pomohlo, právě ty zkušenosti, jak jsem přišla do zahrady, potom ty zkušenosti v té skupině, a toto je takový vyšší stupeň.

V: Že to jako předáváš ty, to co jsi jako čerpala? Je ten tvůj život nebo přístup v něčem jiný, než jsi vstoupila do té skupiny?

K1: No to jsem říkala. Ten přístup k lékům, přístup k hospitalizaci, přístup k vlastním zkušenostem, i k těm selháním, co jsem prožila. I k té cestě vzhůru z toho selhání, když se z toho relapsu šlo nahoru. Vlastně nalezení různých způsobů, jak se sebou pracovat, když je mi. Já jsem ještě pak začala chodit na psychoterapii, individuální, to jsem se taky rozhodla na té skupině, že bych to mohla řešit individuálně. A vlastně na několika těch sezení jsme se naučili nějaké techniky jak ovládat své pocity, jak s nimi pracovat a tak, to všechno bylo další stupínek v tom, jak jsem na sobě pracovala.

V: Takže tě to i motivovala k tomu dalšímu seberozvoji?

K1: Ano.

V: A poznal někdo v tvém okolí, že ti ta skupina pomohla? Poznal to někdo blízký, známý?

K1: Mám takovou zpětnou vazbu od těch spoluklientů v zahradě, že jsem se velice za tu dobu od té doby, kdy jsem nastoupila, jako ona to nebyla jen ta skupina, ale ta skupina v tom hrála velkou roli, že od doby co jsem nastoupila jsem udělala velký pokrok v komunikaci, že jsem byla zakřiklá, mlčenlivá, že jsem v podstatě byla jako myška, že jsem moc nekomunikovala, a ta skupina si myslím, že mě právě pomohla v tom, že jsem se otevřela. A že jsem byla schopná víc o sobě mluvit. To má zpětnou vazbu od kolegů, od lidí, že jsem udělala pokrok. že jsem sdílela ty své i třeba problémy, protože jsme hodnotili, co se nám podařilo, co nepodařilo, jak to tohle prožíváme, co se nám děje v životě, tak to jsem vlastně sdílela s těmi ostatními ve skupině a otevřela jsem se a byla jsem schopná i ty svoje problémy ventilovat.

Já jsem o některých věcech do té doby nemohla mluvit. A to byl jen krůček k tomu, jak o sobě můžu mluvit v rámci toho PK. že tam je základem sdílení osobního příběhu. A to tady na té skupině začínalo maličkostmi, že jsem pověděla něco to, něco to, tam jsem se svěřila, problém který mě potkal, jsem třeba sdílela s tou skupinou a tak a až jsem došla do takové otevřenosti, že vlastně jsem ten svůj příběh byla schopná zpracovat a přednášet i před našimi lidmi, i před cizími lidmi. Jakože jsem schopná ze sebe dostat ty věci.

V: Celé to povyprávět, ten příběh, že?

K1: Ano, a jsem schopna mluvit i o věcech, o kterých bych třeba před těma 2,5 rokama vůbec nemluvila. Jako vůbec bych to, jako dusila bych to v sobě, a jakože mě to otevřelo a umožnilo mi to lepší komunikaci.

V: Mě ještě napadá, že to poznají klienti, že ti dávají zpětné vazby, nebo nejenom ti klienti. A někdo jako z rodiny nebo někdo blízký, poznal to na tobě?

K1: Pro mě je největším úspěchem, když moje nejmladší dcera řekla, že vztah s maminkou je teď uspokojivý. Nebo že je spokojená s naším vztahem. Ne uspokojivý, ale je spokojená s naším vztahem teďko. Protože po té poslední hospitalizaci jsme měli takový, měli jsme od sebe odstup. Ona měla ode mě odstup, protože si asi, no ona to se mnou prožívala, tak si připadala taková ublížená. A vlastně trvalo to dost dlouho a krok za krokem, i díky té skupině, ve které já jsem o některých těch problémech mluvila, tak. Sdílela jsem to, tak ten vztah se upravil. Jako rodina je teď spokojená, i ta maminka, s tím, jak teď žiju. Že mám práci, že v té práci postupuji, že vlastně spolupracuji jak s lékařem, tak s těma dětma. I rodina reaguje na to spokojeně.

V: My jsme tady už o hodně věcech mluvily. Kdybychom se podívaly konkrétně na toho terapeuta nebo lektora kurzu, jak bys pojmenovala váš vztah, kdybys o tom měla nějak promluvit, konkrétně v té skupině. Jestli tam bylo něco, co bylo dobré, něco, co ti pomáhalo?

K1: Mě pomáhalo, že když tu skupinu vedla, byla v podstatě jako jeden z nás. Ona nebyla v pozici poučovatele. Ale vlastně i ona sdílela některé své vlastní zkušenosti s některými životními situacemi. Že s námi sdílela zkušenosti.

V: Takže nějaká otevřenost ze strany toho lektora?

K1: Že to nebylo jako přednášky, že by si stoupla před nás a jela, ale že nás vedla i k diskuzi, ona sdílela svůj názor na to, nejen co bylo v tom skriptu, co jsme probírali, ale i ty svoje postoje nebo tak a zkušenosti.

V: Ještě něco, co bylo pro tebe pomáhající?

K1: Nevím, nic už mě nenapadá.

V: Aha, takže nějaká otevřenost a zkušenosti s tématem. O tom vztahu jsi mluvila, jak bys ho nazvala, ten vztah?

K1: No, rovnoprávný? Nebo rovnocenný?

V: Jo, takhle to vnímáš?

K1: Jo.

V: Je něco naopak, co bys udělala jinak, co naopak bylo nějaké neužitečné?

K1: Ne, já jsem naopak byla spokojená.

V: Je něco, co bys ocenila?

K1: No, tu otevřenost z její strany. Jako takový přátelský přístup.

V: Kdybys měla říct, co ti pomohlo ze strany ostatních členů skupiny, v čem konkrétně ti třeba pomohli?

K1: Já i vzpomínám třeba na takovou situaci, kdy jsem - to bylo v listopadu, začátkem prosince, 2012, 4 měsíce potom, co ta skupina začala, jsem se dozvěděla od svojí kamarádky, že jí diagnostikovali rakovinu prsu. A mě to jako dostalo. Já jsem to nějak těžko zpracovávala, jako měla jsem takový propad, a sdílela jsem to na té skupině a oni mě podrželi. Já jsem měla návštěvu a ta skupina to se mnou asi tři týdny nebo tři ta sezení prožívali, ptali se, vyptávali se, dávali mi radu, jak se tím nemám nechat zahltit, jako těmi mými problémy, jako že účast ano, ale s mírou, aby to mně nepřeválcovalo a tak. takže jako taková soudržnost v ten okamžik toho problému kdy tam byla a kdy já jsem se cítila špatně, tak jako že mě podrželi.

V: Kdybys měla popsát vztah, jaký jste spolu měli, s těma ostatníma spoluúčastníkama?

K1: Hm, myslím, že velice dobrý. Že když někdo chyběl, tak že nám jako opravdu chyběl v té skupince. Že já třeba osobně jsem si nedovedla představit, že by nepřišel třeba Adam. Jako ten kdyby tam nebyl, ten by mi chyběl úplně. Ten byl na každém sezení a byl takový pilíř té skupiny. A tak to bylo i s ostatními. Jako když nepřišla ta X tak se jí telefonovalo, jak to že nepřišla, že na ní čekáme. Že jsme se brali jako skupinka, která k sobě patří. A když některý z nich vypadne, že nám tam chybí. Že to bylo cítit, že ten člen, jako všichni byli takový právoplatní členové. A nebyl tam nikdo, kdo by byl nějak stranou, nebo kdo by... Jakože jsme to nějak společně prožívali ty naše životy po ten rok. A když to končilo, tak nám bylo vlastně líto, hlavně těch koleček, těch společných hovorů, tak nám to bylo líto, že to končí, že v tom nebudeme moci pokračovat.

V: Byly nějaké chvíle, které byly pro tebe ve skupině náročné? Jaké to byly, jestli takové nějaké byly? Případně neužitečné, škodlivé? A něco, co bylo pro tebe těžké?

K1: Když jsme se dostali k těm sebevraždám, jako otevřít tu svoji zkušenost.

V: Jako, že to bylo náročné?

K1: No, nemyslela jsem si, že bych to někomu řekla. Myslela jsem, že to zůstane mým tajemstvím, ale našla jsem odvahu o tom mluvit, ale chtělo to odvahu teda.

V: A bylo ti to pak k něčemu užitečné?

K1: Už o tom nemám problém mluvit, otevřela jsem se jednou, ta skupina to přijala, zjistila jsem, ... Měla jsem strach, že mě odsoudí, nějak, „Jak ses mohla odvážit“ ... A le pak jsem zjistila, že jsou na tom ostatní dost podobně, že si tím prošli, třeba nějakým takovým obdobím nebo to. Takže mě to, že to přijali a sdíleli tu svou zkušenost pomohlo přistoupit k tomu tak, že to nebylo zas až tak výjimečné. Že není třeba se za to stydět úplně.

V: Ve vztahu k tomu onemocnění, to už jsme si hodně věcí řekli, napadá tě ještě něco ve vztahu k té tvé nemoci, k tomu postoji? Nebo ještě nějaké nápady, v čem to bylo dobré?

K1: Ale jako hodně mi ten kurz pomohl, považuju ho za přípravu k tomu, co dělám, teď, toho PK. Jako velice důležitý krok tomu, abych to mohla dělat.

PŘÍLOHA Č. 4B: UKÁZKA ROZHOVORU S TERAPEUTEM

(V: výzkumník, T: terapeut)

V: V čem myslíš, že jsou ty edukačně terapeutické skupiny nejvíc užitečné?

T: No, myslím, že jde o ideální skloubení dvou typů podpory pro klienty s psychickým onemocněním – jak osvojení si základních znalostí a informovanosti o onemocnění, tak využití účinných faktorů skupinové psychoterapie. Obojí se krásně doplňuje a navzájem potencuje. Obojí může přispět k prevenci relapsu a ke zvýšení kvality života vůbec... obzvlášť když navazují další služby.

V: A co myslíš, že účastníkům nejvíc pomohlo na těch skupinách?

T: Tak když budu vycházet ze zpětných vazeb, které jsem od účastníků dostávala v průběhu - nejdůležitější byla pro účastníky atmosféra bezpečí, důvěry a otevřenosti. To umožnila sdílení, výměnu zkušeností, překonávání překážek v současné životní situaci a hledání řešení. Pak doufám, že taky samotná edukační část byla důležitá na cestě k uzdravě...

V: No, a kdybys měla říct něco, co pro tebe bylo nejvýznamnějším zjištěním v rámci těch skupin? Co ti přišlo důležité?

T: No, že princip stavět posuny na tom co funguje a na drobných pozitivních momentech ze života klientů je nosný a při práci s klienty s psychózou je to dobrá cesta.

V: A kdybychom se měly bavit o tvém přístupu... jaký směr jsi nejčastěji při práci se skupinou využívala?

T: Při práci jsem nejvíce využívala terapeutické přístupy a řešení orientované terapie. Základem byla hlavně orientace na zdroje a silné stránky účastníků. Všimli jsme si i drobných věcí, momentů, které se klientům v životě daří, a na nich jsme stavěli. Hledali jsme výjimky a na nich pak rozvíjeli řešení... Pravidelně jsme taky využívali práci se škálami – hlavně pro mapování posunu. Tento přístup myslím doplňuje proces individuálního plánování, se kterým účastníci pracují v rámci využívání sociálních služeb a na který jsou zvyklí. Tento SF přístup jsem propojovala s technikami a nástroji kognitivně behaviorální terapie. Například jsme hodně pracovali s přepracováváním negativních myšlenek.

V: A když si vzpomeneš na ty skupiny, vybavíš si nějaký moment, který byl pro tebe nějak silný?

T: Pro mě byly nejsilnější momenty, kdy účastníci sami na sobě mohli zakoušet, že se jejich psychický stav se může změnit na základě využití vlastních zdrojů a vlastní iniciativy. Konkrétně mám na mysli momenty, kdy účastníci sdělovali, že například na počátku dne byli na škále životní spokojenosti např. na 1 a už po příchodu do skupiny nebo po skončení skupiny skórovali na 6. Silným zážitkem pro mě taky byly momenty otevření se, které přicházely spontánně a účastníci hovořili o některých velmi velmi, intimních okolnostech a zkušenostech.

V: A vybavíš si ještě nějaký moment, který byl pro účastníky nějak zlomový?

T: Vybavím si několik situací u jednotlivých klientů, ale spíš to byla řada drobných okamžiků, které se díky délce a četnosti skupinové práce postupně zúročily...jednalo se u některých např. o pomalu se budující důvěru v ostatní lidi, pomaličku, krok po kroku se zvyšující sebevědomí, u jiných zase vzrůstající pocit užitečnosti s tím, že jsou sami schopni druhé lidi podpořit.

V: Myslíš, že byl kurz účastníkům nějak užitečný z hlediska prevence relapsu?

T: Pevně věřím, že podobné aktivity podporují proces uzdravy, i když jde o běh na dlouhou trať. Můžou být nástrojem zkompetentňování, což je pro prevenci relapsu stěžejní. Z hlediska prevence relapsu považuji za důležitou edukační část kurzu a pak i praktický trénink – jak zacházet se stresory, s negativními

automatický mi myšlenkami ... Samo zřejmě jde o jeden kamínek v mozaice potřebné podpory, který musí být doplněn dalšími službami .

V: A vnímáš nějaké specifika pro terapii s touto cílovou skupinou? S osobami s psychózou?

T: Za klíčové považuju vytvoření dobrého vztahu s terapeutem. To umožní jeho otevřenost, ale nezahluje skupinu svými tématy. A taky transparentnost, což bych nazvala snad až upřímností. No a pak asi i vnitřní klid a plné soustředění a napojení na účastníky. Terapeut by měl mít pod kontrolou to, aby v účastnících nevyvolal pocit úzkosti, ohrožení a nebezpečí.

V: A ještě něco?

T: Vedení skupin pro tuto cílovou skupinu vyžaduje i větší míru strukturovanosti, ale s určitým prostorem pro improvizace a intuici terapeuta. Terapeut by měl být tedy flexibilní. Měl by být respektující a jednat z pozice partnerství.

V: V čem ti přišly tyto skupiny užitečné vzhledem jejich onemocnění? Nebo vlastně i náhledu na něj?

T: V našich skupinách převažovali ti, u kterých byl již náhled do určité míry již propracován. No, dobrá znalost všech aspektů tohoto onemocnění a možnost slyšet zkušenosti druhých určitě prospívá propracování náhledu. Doufám, že skupiny přispěly hlavně k posílení důvěry v sebe a svět kolem.

V: A co myslíš, že účastníkům pomohlo z tvé strany? V čem jsi jim ty byla užitečná?

T: Tak na první místo bych postavila přijetí všech členů skupiny s láskou a bezvýhradně, se všemi slabými i silnými stránkami. To považuji za důležitý předpoklad. Na to pak mohla navázat podpora a učení se otevřenému dialogu. Svoje místo možná taky měla autenticita a otevřenost z mé strany, která mi je při práci s klienty blízká. Transparentnost celého procesu a přiměřená míra strukturovanosti jednotlivých sezení.

V: A tak mě zajímá: pracovali jste nějak ve skupině s bludy a halucinacemi?

T: Ti členové skupiny se navzájem učili respektovat se navzájem, i pokud jde právě o bludy a halucinace. Učili se vlastně nápodobou, v tomto jsem jim byla příkladem. Někteří účastníci, u kterých byly bludy a halucinace přítomny, mohli vyprávět svoje příběhy, ostatní naslouchali a mohli taky vyjádřit svoje myšlenky. V několika případech jsem tak pracovala s ohraničením toho zdravého, konstruktivního a na tom jsme stavěli

V: A kdybys měla popsat, jaký jsi měla s nimi vztah?

T: Byla jsem jim takovým aktivním partnerem

V: Pak mě tak zajímá, jaké svoje vlastnosti hodnotíš jako důležité při práci s osobami s psychózami?

T: Asi otevřenost, upřímnost, schopnost vést s klienty otevřený dialog a taky transparentnost. Určitě mnoholeté zkušenosti s cílovou skupinou. A hlavně schopnost hledat i v těžkých věcech to dobré.

V: A kdybys měla shrnout, v čem byla účastníkům skupina užitečná?

T: Tak myslím, že skupina jako taková umožnila účastníkům pocítit, že nejsou sami se svými problémy. Všichni členové se mohli učit od sebe navzájem, sdílet svoje radosti i starosti a obavy, řešit svoje problémy. Ten přijetí a respekt vzájemně dává možnost pocítit, že nejsem sám se svou situací.

V: A v čem si navzájem ve skupině pomáhali?

T: Dávali si hlavně vzájemně zpětní vazby, ocenění, předávali si zkušenosti, učili se ze zkušeností druhých.

V: A kdybys měla popsat vztahy mezi účastníky skupiny? Jaké byly?

T: Přátelské, vzájemně se respektující.

V: Co myslíš, že mohlo být pro účastníky skupin třeba i náročné?

T: V první fázi bylo pro ně pravděpodobně těžké vůbec hovořit před ostatními. Bezpochyby bylo taky náročné zvyknout si na systematické docházení do skupiny a taky udržet pozornost. Pro některé asi i nebylo jednoduché být konfrontováni s bludy a halucinacemi ostatních..

V: Tak, ale... co myslíš, mohlo je to pak někam posunout?

T: Asi ano ... díky postupnému otevírání se a budování důvěry ve skupinu a si účastníci mohli uvědomit, jak je důležité pro prevenci relapsu neuzavírat se zcela do sebe a otevřít se vzájemné pomoci a komunikaci s ostatními. Určitě to byla taky dobrá příprava pro budoucí zaměstnání, do kterého pak zapojili a mnozí si jej do současné doby udrželi. V jednom případě např. účastnice kurzu mohla trénovat komunikační dovednosti a učit se sdílet svůj osobní příběh, což jí později umožnilo být připravena na specifickou pracovní pozici – peer konzultanta.

V: A kdybys měla říct něco, co bylo na skupinách něco zbytečného? Bylo něco?

T: Myslím, že délka jednotlivých setkání byla příliš dlouhá. Jako ideální bych viděla 2 – 3 hodiny týdně.

V: A našlo by se něco, co by mohlo nějak účastníkům škodit?

T: Myslím, že účastníky by mohlo poškodit, pokud by k nim terapeut přistupoval jako k obtížným klientům, stigmatizoval je svým přístupem,

V: A bylo na skupinách něco, co tě překvapilo?

T: Že jsem nikdy neměla pocit, že by šlo o pomalou terapeutickou práci, jak se někdy v literatuře uvádí. Měla jsem neustále pocit, že i v malých změnách se děly velké věci. Pak mě překvapily některé momenty: třeba když účastníci hovořili o velmi těžkém tématu např. sebevraždách a vlastních zkušenostech s nimi a spontánně dokázali situaci odlehčit a objevil se smích. Neměla jsem přitom pocit, že by šlo o obranné únikové tendence – ale spíše skutečný nadhled. To mě opravdu překvapilo...

PŘÍLOHA Č. 5A: Q TRÍDĚNÍ PODLE YALOMA(ORIGINÁLNÍ VERZE)

Altruismus
<i>Pomoc ostatním mi dodala více sebedůvěry.</i>
<i>Dával jsem přednost potřebám druhých před svými</i>
<i>Zapomněl jsem na sebe a přemýšlel jsem o tom, jak pomoci druhým.</i>
<i>Dal jsem něco ze sebe ostatním.</i>
<i>Pomohl jsem ostatním a byl jsem pro ně důležitým.</i>
Skupinová soudržnost
<i>Patřil jsem ke skupině a ta mně přijala.</i>
<i>Měl jsem stálý blízký kontakt s dalšími lidmi.</i>
<i>Odhalil jsem o sobě problematické věci a druzí ve skupině mě pořád brali.</i>
<i>Už jsem se necítil sám.</i>
<i>Patřil jsem ke skupině lidí, kteří mi rozuměli a brali mně.</i>
Univerzalita
<i>Zjistil jsem, že nejsem s tímto druhem problému sám.</i>
<i>Zjistil jsem, že jsem na tom podobně jako ostatní</i>
<i>Zjistil jsem, že ostatní mají stejně špatné myšlenky a pocity jako já.</i>
<i>Zjistil jsem, že ostatní mají rodiče a rodinné zázemí stejně tak nešťastné a zamotané jako já.</i>
<i>Dozvěděl jsem se, že se moc neliším od těch, kteří mi umožnili cítit se zase jako člověk.</i>
Interpersonální učení – vstup
<i>Dozvěděl jsem se, jaký dělám na skupinu dojem.</i>
<i>Dozvěděl jsem se, jak se mezi ostatními prosadit.</i>
<i>Ostatní mi otevřeně řekli, co si o mně myslí.</i>
<i>Ostatní poukázali na některé mé zvyky, které vadí druhým lidem.</i>
<i>Dozvěděl jsem se, že občas matu ostatní tím, že neříkám to, co si opravdu myslím.</i>
Interpersonální učení – výstup
<i>Zdokonalil jsem se ve schopnosti vyjít s ostatními.</i>
<i>Cítím, že víc důvěřuji skupině i ostatním lidem.</i>
<i>Dozvěděl jsem se, jaké mám vztahy s ostatními ve skupině.</i>
<i>Skupina mi dala možnost zjistit, jak se ke druhým přiblížit.</i>
<i>Pracoval jsem na svých problémech s jedním určitým členem skupiny.</i>
Poskytování informací (ve dení)
<i>Terapeut mi něco navrhl nebo poradil, co mám dělat.</i>
<i>Ostatní mi něco navrhli nebo radili, co mám dělat.</i>
<i>Ostatní členové skupiny mi říkali, co mám dělat.</i>
<i>Někdo ze skupiny mi ukázal jasné řešení týkající se mého problému.</i>
<i>Členové skupiny mi radili, že se mám chovat jinak k důležitému člověku v mém životě.</i>

Katarze
<i>Mohl jsem se otevřít a dostat to ze sebe.</i>
<i>Vyjádril jsem pozitivní nebo negativní pocity k jinému členovi skupiny.</i>
<i>Vyjádril jsem negativní nebo pozitivní pocity k terapeutovi.</i>
<i>Naučil jsem se, jak vyjádřit své pocity.</i>
<i>Byl jsem schopen říct, co mi vadí, aniž bych to držel v sobě.</i>
Identifikace
<i>Snažil jsem se být jako někdo ze skupiny, kdo se mi zdál více v pořádku.</i>
<i>Pomohlo mi, že jsem mohl jako ostatní hovořit o zneklidňujících osobních problémech a dělat i další pro mne ohrožující věci.</i>
<i>Přijal jsem styl a chování někoho jiného ze skupiny.</i>
<i>Obdivoval jsem našeho terapeuta a choval se jako on.</i>
<i>Našel jsem ve skupině někoho, kdo se mohl stát mým vzorem.</i>
Znovuodehrání rodinných témat
<i>Ve skupině to bylo jako bych se znovu vrátil do rodiny, kde jsem vyrůstal a začal věci chápat.</i>
<i>Práce ve skupině mi svým způsobem pomohla pochopit problémy, které jsem míval s rodiči, sourozenci nebo jinými důležitými lidmi.</i>
<i>Skupina bylo něco jako rodina, jenomže tentokrát jsme si více rozuměli a brali se.</i>
<i>Skupina mi pomohla rozumět tomu, jak to bylo u nás doma.</i>
<i>Skupina byla něco jako naše rodina - někteří členové nebo terapeuti byli jako mí rodiče a ostatní příbuzní a prostřednictvím toho teď lépe rozumím mým dřívějším vztahům s rodiči a blízkými.</i>
Sebe poznávání
<i>Zjistil jsem, že jsou mi někteří lidé sympatičtí nebo nesympatičtí z důvodů, které se vůbec netýkají jich samých, ale spíše souvisejí s mými problémy s jinými lidmi v minulosti.</i>
<i>Dozvěděl jsem se něco o tom, proč přemýšlím nebo se cítím právě takto, zjistil jsem něco o příčinách a zdrojích svých potíží.</i>
<i>Objevil jsem a také přijal některé své dosud neznámé nebo nepřijatelné vlastnosti.</i>
<i>Zjistil jsem, že na některé lidi nebo situace reaguji neadekvátně (s pocity, které patří spíše minulosti).</i>
<i>Zjistil jsem, že to, jak se cítím a jak se chová, souvisí s mým dětstvím a vývojem.</i>
Dodávání naděje
<i>Inspirovalo mne to, jak se ostatní zlepšovali.</i>
<i>Dozvěděl jsem se, že někdo jiný vyřešil podobný problém, jako mám já.</i>
<i>Viděl jsem, jak ostatní vyřešili podobné problémy.</i>
<i>Povzbudilo mne, když jsem viděl, že se ostatní zlepšují.</i>
<i>Povzbudilo mne to, že jsem věděl, že skupina pomohla druhým.</i>
Existenciální faktory
<i>Připustil jsem, že život je někdy nespravedlivý a tvrdý.</i>
<i>Uvědomil jsem si, že z lidské bolesti a smrti není úniku.</i>
<i>Pochopil jsem, že i když mým k ostatním hodně blízko, stejně musím čelit životu sám.</i>
<i>Postavil jsem se tváří tvář svému životu a smrti, a začal jsem tak žít víc upřímně a méně spoután malichernostmi.</i>
<i>Zjistil jsem, že musím převzít zodpovědnost za svůj život, bez ohledu na to, jak mnoho podpory a vedení dostávám od druhých.</i>

PŘÍLOHA Č. 5B: UPRAVENÁ VERZE Q TŘÍDĚNÍ

Altruismus
<i>To, že mohu být užitečný ostatním, mi přinášelo pocit smysluplnosti a zvýšilo to mou sebeúctu.</i>
<i>Byl pro mne důležitý pocit, že mohu být druhým užitečný.</i>
<i>Místo toho, abych se zaměřoval/a jen na sebe, přemýšlel/a jsem o tom, jak pomoci druhým.</i>
<i>Dal jsem něco ze sebe ostatním.</i>
<i>Pomohl jsem ostatním a byl jsem pro ně důležitým.</i>
Skupinová soudržnost
<i>Odhlídl jsem o sobě problematické věci a druzí ve skupině mě pořád brali.</i>
<i>Měl jsem stálý blízký kontakt s dalšími lidmi.</i>
<i>Patřil jsem ke skupině a ta mně přijala.</i>
<i>Už jsem se necítil sám.</i>
<i>Patřil jsem ke skupině lidí, kteří mi rozuměli a brali mně.</i>
Univerzalita
<i>Zjistil jsem, že nejsem s tímto druhem problému sám.</i>
<i>Zjistil jsem, že jsem na tom podobně jako ostatní.</i>
<i>Bylo pro mne důležité vědět, že ostatní mají podobné trápení, myšlenky a pocity jako já.</i>
<i>Pomohlo mi vědomí, že jsme ve skupině "všichni na jedné lodi".</i>
<i>Překonal jsem pocit odlišnosti od ostatních a osamocení tím, že jsem zjistil, že nejsem jediný, kdo je ve stejné situaci.</i>
Interpersonální učení
<i>Dozvěděl jsem se, jaký dělám na skupinu dojem a co si o mne druzí myslí.</i>
<i>Cítím, že víc důvěřuji skupině i ostatním lidem.</i>
<i>Skupina mi dala možnost zjistit, jak se ke druhým přiblížit.</i>
<i>Zdokonalil jsem se ve schopnosti vyjít s ostatními.</i>
<i>Bylo pro mne užitečné ocenění od členů skupiny nebo terapeuta.</i>
Získávání informací
<i>Získal jsem užitečné rady nebo nápady pro řešení své situace od terapeuta.</i>
<i>Získal jsem užitečné rady nebo nápady pro řešení své situace od ostatních členů skupiny.</i>
<i>Dozvěděl jsem se důležité informace týkající se mého onemocnění.</i>
<i>Mohl jsem lépe pochopit příčiny svého onemocnění.</i>
<i>Bylo pro mne užitečné vidět různé pohledy na mou situaci.</i>
Katarze
<i>Mohl jsem se otevřít a dostat to ze sebe.</i>
<i>Vyjádril jsem negativní nebo pozitivní pocity k terapeutovi nebo členům skupiny.</i>
<i>Ve skupině jsem se mohl vyplakat, smát se, zlobit se...</i>
<i>Byl jsem schopen říct, co mi vadí, aniž bych to držel v sobě.</i>
<i>Naučil jsem se, jak vyjádřit své emoce a pocity.</i>

Identifikace, nápodoba
<i>Snažil jsem se být jako někdo ze skupiny, kdo situaci dobře zvládal a byl mi vzorem.</i>
<i>Poučil jsem se ze zkušenosti jiného člena skupiny nebo terapeuta.</i>
<i>Obdivoval jsem terapeuta nebo někoho ze skupiny a choval jsem se jako on.</i>
<i>Přijal jsem styl a chování někoho jiného ze skupiny.</i>
<i>Našel jsem ve skupině někoho, kdo se mohl stát mým vzorem.</i>
Korektivní emoční zkušenost
<i>Práce ve skupině mi svým způsobem pomohla pochopit problémy, které jsem míval s rodiči, sourozenci nebo jinými důležitými lidmi.</i>
<i>Skupina bylo něco jako rodina, jenomže tentokrát jsme si více rozuměli a brali se.</i>
<i>Skupina mi pomohla rozumět tomu, jak to bylo u nás doma.</i>
<i>Ve skupině to bylo jako bych se znovu vrátil do rodiny, kde jsem vyrůstal a začal věci chápat.</i>
<i>Ve skupině jsem byl vystaven situacím, které pro mne byly dříve ohrožující, ale které jsem v rámci skupiny zvládl.</i>
Náhled a sebezpoznání
<i>Dozvěděl jsem se, proč přemýšlím nebo se cítím právě takto, zjistil jsem něco o příčinách svého problému.</i>
<i>Dozvěděl jsem se o sobě nové věci, které jsem dříve nevěděl nebo si je neuvědomoval.</i>
<i>Dokázal jsem se podívat na své onemocnění s nadhledem.</i>
<i>Zjistil/a jsem, že to, jak se chovám nebo se cítím, může mít vliv mé dětství a vývoj.</i>
<i>Zjistil jsem, jaký vliv má mé onemocnění na to, jak se chovám, jak přemýšlím nebo jak se cítím.</i>
Dodávání naděje
<i>Inspirovalo mne to, jak se ostatní zlepšovali.</i>
<i>Dozvěděl jsem se, že někdo jiný vyřešil podobný problém, jako mám já.</i>
<i>Viděl jsem, jak ostatní vyřešili podobné problémy.</i>
<i>Povzbudilo mne, když jsem viděl, že se ostatní zlepšují.</i>
<i>Získal jsem větší důvěru v to, že svou situaci zvládnou.</i>
Zplnomocnění
<i>Více jsem si uvědomil, že mám kontrolu nad svým životem a že mám vliv na svou situaci.</i>
<i>Zjistil jsem, jaké mám zdroje k tomu, abych situaci zvládl, uvědomil jsem si, co jsem už dokázal.</i>
<i>Uvědomil jsem si vlastní hodnotu a získal jsem větší sebedůvěru.</i>
<i>Více věřím ve vlastní síly a vím, z čeho mohu čerpat.</i>
<i>Zjistil jsem, že na svůj psychický stav mohu mít vliv i já sám.</i>

PŘÍLOHA Č. 6: VÝSLEDKY ŠKÁLOVÁNÍ ÚČINNÝCH FAKTORŮ (TABULKA)

	Jednotlivé výroky	Klienti				Terapeut		
		Medián výroku	Medián faktoru	Průměr výroku	Průměr faktoru	Hodnocení výroku	Medián faktoru	Medián faktoru
Altruismus	<i>To, že mohu být užitečný ostatním, mi přinášelo pocit smysluplnosti a zvýšilo to mou sebeúctu.</i>	7	7	6,9	6,6	9	7	7,2
	<i>Byl pro mne důležitý pocit, že mohu být druhým užitečný.</i>	8		7,9		8		
	<i>Místo toho, abych se zaměřoval/a jen na sebe, přemýšlel/a jsem o tom, jak pomoci druhým.</i>	6		5,9		6		
	<i>Dal jsem něco ze sebe ostatním.</i>	6		6,0		6		
	<i>Pomohl jsem ostatním a byl jsem pro ně důležitým.</i>	6		6,1		7		
Skup. soudržnost	<i>Odhalil jsem o sobě problematické věci a druzí ve skupině mě pořád brali.</i>	8	9	7,6	7,8	8	8	8,8
	<i>Měl jsem stálý blízký kontakt s dalšími lidmi.</i>	6		6,8		10		
	<i>Patřil jsem ke skupině a ta mně přijala.</i>	9		8,2		10		
	<i>Už jsem se necítil sám.</i>	9		8,6		8		
	<i>Patřil jsem ke skupině lidí, kteří mi rozuměli a brali mně.</i>	8		7,8		8		
Univerzality	<i>Zjistil jsem, že nejsem s tímto druhem problému sám.</i>	8	8	7,6	7,8	9	9	9
	<i>Zjistil jsem, že jsem na tom podobně jako ostatní.</i>	8		7,8		9		
	<i>Bylo pro mne důležité vědět, že ostatní ze skupiny mají podobné trápení, myšlenky a pocity jako já.</i>	8		7,4		8		
	<i>Pomohlo mi vědomí, že jsme ve skupině "všichni na jedné lodi".</i>	9		8,3		10		
	<i>Překonal jsem pocit odlišnosti od ostatních a osamocení tím, že jsem zjistil, že nejsem jediný, kdo je ve stejné situaci.</i>	9		8,0		9		
Interpersonální učení	<i>Dozvěděl jsem se, jaký dělám na skupinu dojem a co si o mne druzí myslí.</i>	6	7	6,3	6,8	6	7	6,8
	<i>Cítím, že víc důvěřuji skupině i ostatním lidem.</i>	7		6,7		6		
	<i>Skupina mi dala možnost zjistit, jak se ke druhým přiblížit.</i>	5		6,0		7		
	<i>Zdokonalil jsem se ve schopnosti vyjít s ostatními.</i>	8		7,0		7		
	<i>Bylo pro mne užitečné ocenění od členů skupiny nebo terapeuta.</i>	8		8,0		8		
Získávání informací	<i>Získal jsem užitečné rady nebo nápady pro řešení své situace od terapeuta.</i>	7	8	6,3	7,4	5	7	6,8
	<i>Získal jsem užitečné rady nebo nápady pro řešení své situace od ostatních členů skupiny.</i>	7		6,3		5		
	<i>Dozvěděl jsem se důležité informace týkající se mého onemocnění.</i>	9		8,6		9		
	<i>Mohl jsem lépe pochopit příčiny svých psychických obtíží.</i>	8		8,0		8		
	<i>Bylo pro mne užitečné vidět různé pohledy na mou situaci.</i>	8		7,8		7		

Katarze	<i>Mohl jsem se otevřít a dostat to ze sebe.</i>	8	8	8,1	7,1	8	8	7,4
	<i>Vyjádřil jsem negativní nebo pozitivní pocity k terapeutovi nebo členům skupiny.</i>	8		6,2		6		
	<i>Ve skupině jsem se mohl vyplakat, smát se, zlobit se...</i>	8		7,3		8		
	<i>Byl jsem schopen říct, co mi vadí, aniž bych to držel v sobě.</i>	8		7,6		8		
	<i>Naučil jsem se, jak vyjádřit své emoce a pocity.</i>	6		6,1		7		
Nápodoba, identifik.	<i>Snažil jsem se být jako někdo ze skupiny, kdo situaci dobře zvládal a byl mi vzorem.</i>	7	5	6,0	5,0	8	7	6,8
	<i>Poučil jsem se ze zkušenosti jiného člena skupiny nebo terapeuta.</i>	6		6,3		8		
	<i>Obdivoval jsem terapeuta nebo někoho ze skupiny a choval jsem se jako on.</i>	5		5,3		7		
	<i>Přijal jsem styl a chování někoho jiného ze skupiny.</i>	2		2,9		5		
	<i>Našel jsem ve skupině někoho, kdo se mohl stát mým vzorem.</i>	4		4,6		6		
Korektivní emoční zkuš.	<i>Práce ve skupině mi pomohla pochopit problémy, které jsem míval s rodiči, sourozenci nebo jinými důležitými lidmi.</i>	6	6	5,9	6,4	4	4	4,6
	<i>Skupina bylo něco jako rodina, jenomže tentokrát jsme si více rozuměli a brali se.</i>	7		7,3		8		
	<i>Skupina mi pomohla rozumět tomu, jak to bylo u nás doma.</i>	6		6,1		4		
	<i>Ve skupině to bylo jako bych se znovu vrátil do rodiny, kde jsem vyrůstal a začal věci chápat.</i>	5		5,9		3		
	<i>Ve skupině jsem byl vystaven situacím, které pro mne byly dříve ohrožující, ale které jsem v rámci skupiny zvládl.</i>	7		6,7		4		
Náhled a sebepoznání	<i>Dozvěděl jsem se, proč přemýšlím nebo se cítím právě takto, zjistil jsem něco o příčinách svého problému.</i>	6	6	6,7	6,5	4	7	6,8
	<i>Dozvěděl jsem se o sobě nové věci, které jsem dříve nevěděl nebo si je neuvědomoval.</i>	6		6,2		7		
	<i>Dokázal jsem se podívat na své onemocnění s nadhledem.</i>	6		5,8		8		
	<i>Zjistil/a jsem, že to, jak se chovám nebo se cítím, může mít vliv mé dětství a vývoj.</i>	7		6,3		7		
	<i>Zjistil jsem, jaký vliv má mé onemocnění na to, jak se chovám, jak přemýšlím nebo jak se cítím.</i>	8		7,6		8		
Dodávání naděje	<i>Inspirovalo mne to, jak se ostatní zlepšovali.</i>	7	7	7,4	6,4	7	7	7,4
	<i>Dozvěděl jsem se, že někdo jiný vyřešil podobný problém, jako mám já.</i>	5		5,1		7		
	<i>Viděl jsem, jak ostatní vyřešili podobné problémy.</i>	6		5,4		7		
	<i>Povzbudilo mne, když jsem viděl, že se ostatní zlepšují.</i>	7		7,1		7		
	<i>Získal jsem větší důvěru v to, že svou situaci zvládnou.</i>	7		6,9		9		
Zplnomocnění	<i>Více jsem si uvědomil, že mám kontrolu nad svým životem a že mám vliv na svou situaci.</i>	8	8	7,7	7,8	8	8	8,6
	<i>Zjistil jsem, jaké mám zdroje k tomu, abych situaci zvládl, uvědomil jsem si, co jsem už dokázal.</i>	7		7,7		9		
	<i>Uvědomil jsem si vlastní hodnotu a získal jsem větší sebedůvěru.</i>	8		7,7		8		
	<i>Více věřím ve vlastní síly, vím, z čeho mohu čerpat.</i>	8		7,8		8		
	<i>Zjistil jsem, že svůj psychický stav mohu mít vliv i já sám.</i>	9		8,3		10		

PŘÍLOHA Č. 7: UKÁZKA EVALUAČNÍHO DOTAZNÍKU (ANALÝZA DOKUMENTŮ)

Dotazník hodnocení kurzu – teoretická část (2. běh)

Prosím, ohodnoťte na škále 1 až 5 (jako ve škole), do jaké míry jste informován/informována o následujících tématech: (1 znamená „jsem výborně informován“, 5 znamená „nejsem vůbec informován“)

- Informovanost o problematice duševních onemocnění (1 – 2 – 3 – 4 – 5)
- Příčiny vzniku duševních onemocnění (1 – 2 – 3 – 4 – 5)
- Možnosti léčby a terapie (1 – 2 – 3 – 4 – 5)
- Možnosti uplatnění na trhu práce (1 – 2 – 3 – 4 – 5)
- Možnosti zapojení do společnosti (1 – 2 – 3 – 4 – 5)
- Právní aspekty nemoci (1 – 2 – 3 – 4 – 5)
- Prevence relapsu (1 – 2 – 3 – 4 – 5)
- Kde mohu získat informace (1 – 2 – 3 – 4 – 5)
- Dostupné typy sociálních služeb (1 – 2 – 3 – 4 – 5)

- Splnil kurz Vaše očekávání? (1 – 2 – 3 – 4 – 5)
- Jak jste byl/a spokojen/a s obsahovou stránkou kurzu? (1 – 2 – 3 – 4 – 5)
- Byl/a jste spokojen/a s organizačním zařízením kurzu? (1 – 2 – 3 – 4 – 5)
- Jak hodnotíte kvalitu výukových materiálů? (1 – 2 – 3 – 4 – 5)
- Jak jste byli spokojeni s úrovní výuky? (1 – 2 – 3 – 4 – 5)
- Jak hodnotíte odborné znalosti lektora? (1 – 2 – 3 – 4 – 5)
- Jak hodnotíte ochotu lektora? (1 – 2 – 3 – 4 – 5)
- Jak hodnotíte srozumitelnost výkladu? (1 – 2 – 3 – 4 – 5)

1. Na kurzu se mi nejvíce líbilo ...
2. Nejvíce užitečnou činností (tématem) pro mě bylo....
3. Nejméně užitečnou činností (tématem) pro mě bylo...
4. V kurzu by se mohlo vylepšit ... (popř. něco, co mi chybělo, co jsem postrádal/a)
5. Nejdůležitější věci, které jsem se v rámci kurzu naučil/a, byly:
6. O sobě jsem se v rámci kurzu naučil/a:
7. Z toho mohu upotřebit mimo skupinu (v běžném životě):
8. Jedna věc, která mě v kurzu/ na tom být součástí skupiny překvapila, ...
9. Kdy jsem se cítil/a nejlépe?
10. Mým největším úspěchem bylo:
11. Co je pro mě výzvou, na které chci do budoucna zapracovat?
12. Kdybych mohl/a lektorovi doporučit, co by mohl dělat příště lépe, bylo by to:
13. Pokud chcete cokoliv dodat, rozvést, komentovat - zde máte prostor: