Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

Psychologická péče o rodinu, jejíž člen onemocněl psychózou

Psychological care of family and its member with psychosis

Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Veronika Waneková, DiS.
Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Charvát, PhD.

Olomouc
2013

Poděkování

Děkuji Mgr. Miroslavu Charvátovi, PhD. za jeho vstřícnost, podporu a cenné podněty při vedení této práce. Velký dík patří také klientům a příbuzným, kteří se účastnili výzkumu, za jejich ochotu sdílet svoje zkušenosti. Děkuji i rodinným terapeutům z DPS Ondřejov a Fokusu Praha za účast na výzkumu, jejich podněty k našemu tématu a velkou vstřícnost.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Psychologická péče o rodinu, jejíž člen onemocněl psychózou“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci, dne 2.4.2013 . . . . . .

Podpis

Obsah

ÚVOD….. …… 5

TEORETICKÁ ČÁST

1. Psychologická péče o psychoticky nemocné v ČR 7

1.1 Komunikace s psychotickým klientem 9
1.2 Typy zařízení pro léčbu psychóz 10
1.3 Typy služeb a terapií pro psychotiky 12
1.3.1 Psychoterapie 12
1.3.2 Rehabilitace 15
1.3.3 Ostatní možnosti 16

2. Reakce rodiny na onemocnění jejich člena 18

2.1 Rodiny s vysokou mírou EE 21
2.2 Nové potřeby příbuzných psychotika 21
2.2.1 Postavení sourozenců a dětí v rodinách s psychotickým členem 23
2.3 Psychologická pomoc příbuzným psychotika 24
2.3.1 Poradenství a svépomoc 24
2.3.2 Psychoterapie 25

3. Ochrana práv duševně nemocných 29

3.1 Stigma duševní nemoci 30

4. Komunitní péče o duševně nemocné v ČR 33

4.1 Současné směřování péče o duševně nemocné v ČR 33
4.2 Zmapování současné péče o duševně nemocné v ČR 35

VÝZKUMNÁ ČÁST

5. Cíle výzkumu 40

6. Mapování psychologických služeb pro psychotiky a jejich příbuzné 41

7. Realizace výzkumu rodinné terapie u rodin s psychotickým členem 43

7.1 Výběr výzkumného souboru 43
7.2 Metody získávání dat 47
7.3 Metody analýzy dat 52
7.4 Etika výzkumu 53
7.5 Průběh výzkumu 54

8. Prezentace a interpretace dat 57

8.1 Rodinná terapie pohledem klientů a příbuzných 57
8.1.1 Nabídka RT a informovanost o RT 57
8.1.2 Očekávání v RT 58
8.1.3 Témata řešená v RT 60

8.1.4 Pocity a zkušenosti z RT 61
8.2 Specifika RT rodin, jejíž člen onemocněl psychózou- zkušenosti terapeutů 63
8.2.1 Nabídka RT a informovanost o RT 64
8.2.2 Zakázka 65
8.2.3 Změny v procesu RT a její průběh 68
8.2.4 Terapeutické postupy 70
9. Diskuze 73
10. Závěry 77
SOUHRN 78
Seznam použitých zdrojů a literatury 82
Abstrakt
Seznam příloh

ÚVOD

Psychóza je vážné duševní onemocnění, které člověku zcela změní dosavadní způsob života, náhled na svět, ale také vnímání sebe sama. Člověk, který onemocněl psychózou ve svém rozhodování a běžném fungování naráží na mnoho limitů, které přináší duševní onemocnění samo. Takový člověk potřebuje mnoho podpory a pochopení, aby mohl tuto novou situaci přijmout a vykročit jiným směrem ve svém životě, než původně plánoval. Základní podporu a přijetí většinou takový člověk dostává v rámci rodiny. Rodina je systém, který reaguje na změny u jednotlivců. Proto psychotické onemocnění jednotlivce ovlivní celý rodinný systém, většinou směrem k nesouladu při podílu na fungování rodiny. Pro duševně nemocného existují různé typy terapií a služeb, které ho podporují v návratu do společnosti. Také rodinní příslušníci potřebují podporu a informace o nemoci, které mohou získat v edukačních programech nebo ve svépomocných sdruženích. Domníváme se, že zásadní pro léčbu vážných duševních onemocnění je v první řadě funkční systém služeb, které by měly být ve své škále dostupné v rámci regionů. V rámci těchto služeb by měl být také prostor pro podporu celému rodinnému systému nemocného. Protože díky funkční podpoře rodiny, může být duševně nemocný člověk úspěšnější také ve společnosti.

V této diplomové práci „**Psychologická péče o rodinu, jejíž člen onemocněl psychózou**“ jsme se zaměřili na typy služeb a terapií, které jsou nabízeny jak lidem s psychotickým onemocněním, tak jejich rodině. Chtěli jsme poukázat na současné možnosti péče a zároveň na nevyrovnané nabídky v rámci regionů. Již dlouhodobě některá sdružení a odborné společnosti apelují na vládu se snahou změnit celkovou koncepci a financování psychiatrické péče. V současné době skutečně Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s dalšími resorty vytváří novou koncepci péče o duševně nemocné, která by měla respektovat jak dostupnost služeb, tak jejich mezirezortní propojení. Na tyto současné trendy péče o duševně nemocné se také v teoretické části soustředíme.

Vzhledem k tématu naší práce jsme zvolili tři výzkumné cíle. První cíl se týká mapování psychologických služeb pro lidi s psychotickým onemocněním a jejich rodinu. Další dva cíle se zaměřují na kvalitativní výzkum, který se týká celého rodinného systému. Srovnáváme zkušenosti účastníků rodinné terapie u rodin, jejíž člen onemocněl psychózou. Chceme zjistit, jestli byla rodinná terapie pro tyto rodiny přínosná a v jakém smyslu. Zároveň shrnujeme v čem je specifická rodinná terapie těchto rodin, skrze zkušenosti rodinných terapeutů.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Psychologická péče o psychoticky nemocné v ČR

Na počátku vymezíme okruh duševních onemocnění, kterých se týká naše práce. Budeme se věnovat systému psychiatrických či psychologických služeb a zařízení určených pouze pro onemocnění psychotického okruhu, včetně problematiky pomoci jeho rodině. Dle MKN 10 (WHO, 2004) jde o kategorii diagnóz F20 - F29 (Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy), popřípadě kategorie diagnóz F30 – F32 (Afektivní poruchy), které také mohou vykazovat psychotickou hloubku, tj. že nemocný zažívá halucinace nebo bludy či obojí. Podobné služby potřebují také lidé, kterým duševní nemoc velmi ztěžuje až znemožňuje fungování ve společnosti, aniž by zažívali pozitivní psychotické příznaky (bludy a halucinace). Konkrétní stručný popis výše uvedených psychiatrických onemocnění uvádíme v příloze č. 3. Pojem „**psychotik**“ v této práci tedy označuje širší okruh duševních nemocí, popsaných výše.

V této práci nebudeme popisovat příznaky ani průběh psychóz, protože to není cílem naší práce. Základní rozdělení příznaků a průběh onemocnění uvádíme v příloze č. 4.

Chtěli bychom zdůraznit, že pro léčbu psychotického onemocnění je na prvním místě farmakoterapie. Teprve v případě, že je psychóza alespoň částečně kompenzována, mohou klienti smysluplně využít navazující služby ať psychologické nebo sociálně-rehabilitační apod. Bouček (2006, s.61) uvádí: „Léčení schizofrenie se opírá o farmakoterapii antipsychoticky působícími léky…..Čím dříve se s léčbou schizofrenie začne, tím lepší je prognóza, tím menší pravděpodobnost relapsů onemocnění, nižší spotřeba léků a riziko sociálních následků duševního onemocnění.“. Protože vedlejší účinky antipsychotik také mohou mít vliv na spolupráci psychotika s psychologem, uvádíme jejich stručný přehled v příloze č. 5. Nicméně v naší práci se zaměřujeme především na psychologickou péči o psychotiky a proto zde nebudeme uvádět konkrétní možnosti a úskalí farmakoterapie.

V této práci se také budeme držet pojmu „**klient**“. I když spolupráce s psychotickými klienty někdy vyžaduje větší aktivitu odborníka předpokládáme, že psycholog by měl vždy nemocného člověka motivovat k samostatnému rozhodnutí, jednání. Např. v situaci ataky psychotického onemocnění je přirozené, že se nemocný člověk pomoci brání, zažívá obrovskou úzkost, strach a nedůvěru k okolí. Nelze tedy očekávat vědomou nebo přímou spolupráci klienta při krizové intervenci psychologa. Nicméně cílem psychologa je pokusit se navázat kontakt s klientem a podpořit ho v přijetí intervence (léčby), tedy najít určitou

vzájemnou spolupráci. V případě, že psychický stav klienta nedovoluje reálně zhodnotit jeho situaci, nemá náhled na svůj stav, který by ho mohl ohrozit i fyzicky (dlouhodobá nespavost, špatná hygiena a stravování apod.), měl by psycholog umět srozumitelně a jednoduše klientovi vysvětlit, jak bude dále postupovat. To znamená, že by měl umět vzít na sebe rozhodnutí o dalších krocích v jejich spolupráci. Např. že rodině nebo lékaři sdělí současný stav, aby mohl využít jejich podpory nebo nabídne doprovod k psychiatrovi či k hospitalizaci apod. Neměla by to být manipulace, spíše ochrana klienta, který již není schopen se rozhodovat racionálně a fungovat v běžném životě. Nicméně rozhodnutí o případné nedobrovolné léčbě může učinit vždy pouze lékař, který má kompetence vymezené zákonem (Zákon o péči o zdraví lidu č. 20/66Sb, §24).

Současně budeme užívat i pojem „**nemocný**“ nebo „**psychotik**“, který označuje přímo člověka, který onemocněl psychózou. A to ve snaze odlišit klienta- příbuzného, který by se klientem pravděpodobně nestal, pokud by se psychotickým onemocněním jednoho člena nezměnila situace v celé rodině. Příbuzný nemocného, se stává klientem ve chvíli, když vyhledá určitou pomoc a podporu pro sebe z důvodu obtížné situace v rodině. Pojem „pacient“ v této práci respektujeme pouze v rámci přímé citace.

Kde se může psychotik setkat s psychologickou pomocí? Psychologickou péči psychotikům mohou poskytovat kliničtí psychologové v rámci psychiatrických zdravotnických zařízení nebo v soukromé ordinaci. Baštecká (Baštecká, Goldman, 2001, s.33) definuje: „Klinický psycholog se v České republice stává psycholog, který ukončil jednooborové studium na katedře psychologie filosofických fakult Univerzity Karlovy v Praze, Palackého v Olomouci a Masarykovy v Brně a nejdříve po pěti letech práce ve zdravotnictví složil specializační zkoušky.“ Klinický psycholog je vysokoškolským zdravotnickým pracovníkem. Jeho kompetence jsou popsány v Koncepci oboru klinické psychologie (AKP ČR, 2000). Například to jsou: psychologická diagnostika, terapeutická činnost včetně socioterapie a psychologické rehabilitace, činnost poradenská ve vztahu ke zdraví/ nemoci, psychologická prevence a výchova, činnost kosiliární a další.

Dále se klienti mohou setkat s poradenským psychologem v soukromé poradně nebo např. v poradně pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy nebo v rámci sociálních služeb. Pokud se psycholog rozhodne pracovat s psychotiky, je téměř nutností, aby péči hradila zdravotní pojišťovna (v případě zdravotnických zařízení), v případě nestátních neziskových organizací by služby měly být financovány granty nebo donacemi. Především proto, že klienti často nemají téměř žádný finanční příjem např. jsou studenti,

nezaměstnaní nebo zcela vypadli ze sítě sociální podpory z důvodu nezachycené probíhající duševní nemoci. Po zaléčení se často jejich jediným příjmem stává invalidní důchod, protože zatím existuje minimum pracovních míst, která by zohledňovala pracovní možnosti duševně nemocného.

1.1 Komunikace s psychotickým klientem

Setkání psychologa s psychotickým klientem má určitá specifika, která vychází z charakteristiky onemocnění klienta. Obecně lze říci, že u psychotických klientů je třeba počítat s větší aktivitou psychologa, která by měla být podpůrná a neohrožující. Také, že pokroky v psychoterapii jsou málo dynamické a často závisí na tom, kterou fází psychotického onemocnění klient prochází (ataka, prodromální fáze, remise). V knize „Bláznit je lidské“ o přístupu k psychotikům autoři velmi srozumitelně objasňují: „Zkušenosti ukazují, že navázání kontaktu musí většinou vzejít od „těch druhých“…..Lidé v pomáhajících povoláních musejí vztah chtít, vytvářet jej a udržovat. Jinak se právě tito pacienti ztrácejí ve společenství: bezcílně bloudí.“ (Dörner, Plog, 1999, s.94)

Úskalí v komunikaci často vznikají díky potížím se základní důvěrou psychotika k druhým lidem. Základem pro komunikaci je tedy vždy respekt a srozumitelnost sdělení, která vychází z jazyka a potřeb klienta, tak, aby klienta rozhovor neohrožoval. Psychóza často způsobí kognitivní poruchy (především poruchy paměti, soustředění), naruší sociální schopnosti. Proto musí psycholog počítat s překážkami komunikace, které vychází ze strany klienta (resp. jsou důsledkem psychotického onemocnění). (Pěč, Probstová, 2009) V Příloze č. 6 uvádíme podrobněji způsoby doporučené komunikace s psychotickými klienty.

Nejobtížnější je komunikace s klientem v akutním psychotickém stavu, kdy jsou jeho slovní projevy často nesouvislé, nesrozumitelné nebo téměř žádné. Jednou z možností, jak komunikovat s klienty v akutním psychotickém stavu je Preterapie Garryho Proutyho. Prouty se inspiroval rogerovskou psychoterapií orientovanou na klienta a její základní principy posunul do konkrétnější podoby. Bezpodmínečné přijetí klienta je vyjádřeno opravdovým zájmem a poskytováním péče. Empatie je vyjadřována slovy. Slovy i neverbálně sděluje psycholog své pochopení a zájem o prožívání klienta. Cílem preterapie je navázání a udržení kontaktu s klientem. Probíhá formou reflexí (Venglářová, Mahrová, 2006):

- Reflexe situace, ve které se aktuálně nacházíme- pomáhá klientovi orientovat se v realitě (např. „díváte se z okna“)
- Obličejové reflexe- zaměření na klientovu tvář, kde se zrcadlí emoce („teď se usmíváte“)
- Tělové reflexe- pohyby, gesta, držení těla. Pojmenování pomohou klientovi vnímat svoje tělo („máte zaťaté pěsti“). Pokud klient reaguje, můžeme použít emoční a tělové reakce společně („když jdu blíž, chvějete se“).
- Slovní reprodukce- pomáhá klientovi dostat se do verbální fáze (terapeut opakuje, co klient řekne, i nesouvislá slova)
- Opakování úspěšných reflexí- s cílem udržení kontaktu s klientem

Použití preterapie vyžaduje trénink pozorování a trpělivost, ale dává možnost přiblížit se ke klientovi, který tak nemusí zůstat sám v obtížné situaci.

1.2 Typy zařízení pro léčbu psychóz

Možností péče pro psychotiky v České republice je celá škála, i když ne pro všechny je péče stejně místně dostupná. Dostupností psychologické péče pro psychotiky v jednotlivých regionech České Republiky se zabýváme ve čtvrté kapitole. Bez ohledu na tuto dostupnost zde uvedeme typy zařízení, která se u nás věnují léčbě psychotiků.

V České republice existují dva základní typy zařízení, která nabízejí služby lidem s psychotickým onemocněním. Jedná se o zdravotnická zařízení a dále o psychosociální služby. Rozdíly v těchto zařízeních spočívají především ve financování a také v legislativě, která určuje pravidla a kompetence takových zařízení, respektive jejich pracovníků.

Ve Zdravotnických zařízeních pracují převážně zdravotníci: lékaři- psychiatři, zdravotní sestry, kliničtí psychologové. Zdravotnická zařízení mohou být soukromá nebo státní, kdy zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví nebo kraj.

Psychosociální služby definuje zákon č.108, 2006 Sb. Psychosociální služby může provozovat fyzická osoba, nestátní neziskové organizace, obce, kraje a ministerstvo práce a sociálních věcí. Financovány jsou prostřednictvím dotací z města, kraje, ministerstva, popř.z evropských fondů. Také přijímají finance od donátorů, jednotlivců nebo firem.

Vzhledem k tomu, že psychologické služby psychotikům navazují až na péči psychiatrickou a často jsou poskytovány v rámci psychiatrického zařízení, využijeme přehled služeb, který uvádí Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana

Evangelisty Purkyně (PS ČLS JEP, 2008) v Koncepci oboru psychiatrie (KOP). Psychiatrická péče má na tři články. Jsou to zařízení lůžková, ambulantní a komunitní.

Základním článkem psychiatrické péče je v současné době **ambulantní péče**. Jedná se o ambulance v rámci nemocnic a soukromé ambulance obecné nebo specializované. KOP (PS ČLS JEP, 2008) uvádí 6 charakteristik ambulantní péče jako primárního článku psychiatrické péče. Jsou to: přímý přístup pacienta k psychiatrovi, kontinuální dlouhodobá péče, komplexní péče (psychiatr by měl spolupracovat s dalšími odborníky), koordinovaná péče (individuálně), komunitní péče (udržení klienta v jeho přirozené komunitě), kooperující péče (s dalšími zařízeními).

Lůžkovou péči prezentují jsou psychiatrické léčebny a psychiatrická oddělení v rámci nemocnic. Lůžka jsou dělena na akutní a následná. Akutní lůžková péče se zaměřuje na diagnostiku, terapii a rehabilitaci akutní či dekompenzované chronické psychické poruchy. Následná lůžka jsou určena těm klientům, kteří jsou diagnostikováni, mají vhodně nastavenou terapii, nicméně jejich psychopatologické projevy neumožňují propuštění do domácího ošetřování.

Komunitní péči můžeme rozdělit podle postavení v systému na intermediární a meziresortní. Intermediární služby stojí na pomezí služeb ambulantních a lůžkových. Řadíme sem krizová centra, i mobilní krizové služby, denní stacionáře a komunitní psychiatrické sestry. Tyto služby spadají do resortu zdravotnictví. Služby meziresortní, jak název napovídá, stojí na pomezí zdravotní a sociální služby. Jedná se většinou o nestátní neziskové organizace (formálně tedy sociální služby). Tyto služby, které se zaměřují na pomoc klientům v oblasti práce, bydlení, různé druhy poradenství a také v oblasti volného času a sociálních kontaktů.

Dalšími články psychiatrické péče jsou **ambulance klinických psychologů**, kteří se významně podílí na léčbě lidí s duševními nemocemi a dále spolupráce s **ordinacemi praktických lékařů**, kteří jsou často první, kteří mohou odhalit počínající duševní onemocnění.

Uvedené články péče by v rámci regionů měly tvořit celek, který se doplňuje a poskytuje péči klientům v různých fázích duševní nemoci. V současné době je zastoupení některých služeb v rámci ČR velmi malé a některé dokonce chybí. Toto je předmětem různých návrhů na změnu koncepce psychiatrické péče v rámci ČR. Tímto tématem se zabýváme v kapitole 4.

1.3 Typy služeb a terapií pro psychotiky

Je samozřejmé, že každé zařízení nabízí jinou škálu služeb, nicméně vybrali jsme obecný přehled nabízených služeb. V rámci jednotlivých psychoterapií je třeba počítat s určitými specifiky při práci s psychotiky a na ta se chceme zaměřit.

1.3.1 Psychoterapie

Individuální psychoterapie může plnit různé cíle podle potřeb psychotického klienta. Např. pokud klient nemá náhled na svoje onemocnění a zažil první hospitalizaci, cílem individuální psychoterapie může být i částečná edukace a postupné budování náhledu skrze porozumění, co se s klientem dělo před a během hospitalizace. Typickými tématy psychotických klientů jsou hledání hranic v mezilidských vztazích i vlastních sil, ale také podpora ve využívání svých schopností, komunikace v rodině, řešení konfliktů v rodině i v práci a především neustálé dodávání naděje, že je možné s psychózou žít. Individuální terapie může být prvním způsobem, jak psychotika „zachytit" do léčby. Psychiatr nemusí mít v ordinaci na klienta tolik času (pokud se také nevěnuje psychoterapii) a může se stát, že klient odmítne léčbu psychofarmaky a pak už nemá důvod k psychiatrovi dále chodit. Psycholog se 1x týdně 50 min klientovi věnuje a má větší příležitost vyslechnout jeho obavy a otázky, navázat s ním vztah. V případě, že klient odmítne léčbu psychofarmaky, může s ním psycholog pracovat dále, pokud je klient schopen přijít.

Neexistuje doporučení, který terapeutický směr je nejvhodnější k psychoterapii psychotiků. Základem je podpůrné a bezpečné prostředí, které umožní navázat vztah s klientem. Dalším pravidlem je respekt k potřebám klienta. Jak píše Probstová (Pěč, Probstová, 2009, s.56): „v terapii musíme jít spolu s klientem".

Příklady častěji užívaných terapií: kognitivně-behaviorální terapie (KBT). KBT se soustředí na pojmenování konkrétního problému (příznaku) a následně počítá s aktivní účastí klienta, který potíže sleduje, zapisuje a v poslední fázi se klient učí konkrétní techniky, jak se bránit symptomům. Další z používaných psychoterapií je Gestalt terapie, která pracuje s interakcemi klienta z hlediska jeho aktuálního pole (tj. vztahy „tady a teď"). Dále je možné použití Psychodynamické terapie (PDT). Cílem PDT je umožnit klientovi hlubší vhled do opakujících se konfliktů a také mu dát dostatek podpory s cílem zvýšit sebeúctu. PDT je odlišná od psychoanalýzy především aktivitou terapeuta, který pracuje

také na úlevě ze stresu a počet setkání v týdnu je nižší. (Vybíral, Roubal, 2010) Méně často se používá např. Psychoanalýza. Základní podmínkou je schopnost klienta navázat kontakt. Probstová (Pěč, Probstová, 2009) před klasickými interpretacemi v rámci psychoanalýzy spíše varuje a doporučuje citlivé popisování aktuálních situací. Psychoanalýzu si spíše klienti vyhledávají sami, nebývá nabídnuta jako první možnost při zahájení terapie.

V současné době je obecná tendence psychoterapie směrem k integraci. To znamená, že lze použít různé techniky, které nepatří do jednoho terapeutického směru, ale terapeut hledá spíše způsob, který by byl klient schopen přijmout a mohl ho posunout dále.

Trénink kognitivních funkcí nebo také kognitivní rehabilitace. Klienti s psychózou často trpí poruchou kognitivních funkcí, která se týká především pozornosti, paměti, exekutivních funkcí, inteligence a řeči. Kolektiv autorů (Obereignerů, Obereignerů, Divéky, Praško, 2011) vysvětluje, že v důsledku negativní symptomatiky jsou kognitivní funkce u schizofreniků porušené závažněji a dlouhodoběji než při floridní psychotické produkci. Pěč (Pěč, Probstová, 2009) upozorňuje, že porušené kognitivní funkce mají přímý negativní vliv na sociální schopnosti klienta. Aby měl klient šanci se uplatnit v sociální oblasti, je důležitá i kognitivní rehabilitace. Může se praktikovat individuálně i skupinově. Jednu skupinovou formu popsal Možný (2012, s. 81) v časopise Psychiatrie pro praxi. Jedná se o metakognitivní trénink (MKT): „Vychází z vědeckých studií, které prokazují, že pro schizofrenii jsou charakteristické určité typy poruch kognitivních procesů, že si pacienti těchto poruch nejsou vědomi a že to ovlivňuje jejich emoce a jejich chování.“ MKT se skládá z 8 modulů, které se zaměřují na jednotlivá zkreslení v myšlení. Modul má část edukační i nácvikovou a závěrečná doporučení.

Skupinová psychoterapie má mnoho podob, především vzhledem k fázi, ve které se klient nachází. Skupinová psychoterapie může začínat již v rámci hospitalizace. Pěč (Pěč, Probstová, 2009) rozděluje typy skupin podle cílů a zaměření takto:

- Interpersonální skupinová psychoterapie zaměřená na interaktivitu a vztahy. Terapeut se soustředí na „teď a tady“, nikoliv na minulé vztahy.
- Skupiny zaměřené na psychoanalytickou či psychodynamickou rekonstrukci. Zde je potřeba tzv. kontejnování skupiny terapeutem a vhodné zpracování přenosu, ale i omezení volných asociací, aby jeden člen nezhltil skupinu.

- Skupinová analýza a přístupy pojímající skupinu jako celek. Terapeut vytváří síť, která rozvíjí komunikaci mezi členy. Terapeut jedná podpůrně, ale i direktivně a někdy strukturovaně.
- Suportivně expresivní skupinová psychoterapie. Jedná se o použití projektivních technik (hudba, kresby, koláže, zpěv), aby klienti mohli lépe mluvit o svých pocitech.

Stacionáře jsou intenzivní komplexní programy, kdy klient dochází denně do určeného zařízení na cca 6 hodin, většinou po dobu několika týdnů. V rámci stacionáře se klient účastní skupinové psychoterapie, která je doplněná např. expresivními technikami jako arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie, dále tréninkem kognitivních funkcí, nácvikem sociálních dovedností, kurzem zdravého životního stylu apod. Některá zařízení pořádají v rámci stacionáře také týdenní pobyty mimo zařízení. Po ukončení intenzivní části stacionáře klient většinou pokračuje v setkávání se skupinou 1x týdně po dobu až jednoho roku. Stacionář je vhodný především pro klienty po první atace onemocnění nebo po opakované atace, kdy stále nemají náhled na onemocnění.

Krizové služby mají význam pro psychotiky v několika situacích. V případě první ataky onemocnění se klienti mohou poprvé dostat k pomoci skrze krizové centrum (tedy ještě „nezachycený“ klient). Také je může kontaktovat mobilní krizová služba, většinou za spolupráce příbuzných. Pokud je klient již léčen a dekompenzuje se, tak včasné využití krizových služeb může zabránit hospitalizaci. Krizové služby nabízí intenzivní kontakt, např. až denně. Předpokladem je, že klient je schopen přijít. Některé krizové služby nabízí možnost pobytu na lůžku až 7 dní, přičemž akutní psychóza je často kontraindikací pro přijetí na pobyt do krizového centra (viz nabídka Centra krizové intervence v Psychiatrické léčebně Bohnice Praha- www.plbohnice.cz). Obtížné využití krizových služeb u psychotických klientů vyplývá většinou z faktu, že klienti často nemají náhled na svůj stav a odmítají nabídnuté intervence (včetně farmakoterapie). Proto nemusí být schopni přijít do krizového centra a vhodnou alternativou by byl výjezdový tým, který by klienta mohl navštívit doma a pracovat s ním v jeho sociálním prostředí. Bohužel, nabídka mobilních služeb zdaleka nepokrývá všechny regiony v České Republice, jak ukazujeme ve 4. kapitole. Další alternativou krizových služeb jsou linky důvěry, které jsou pro klienty výhodné především anonymitou a bezbariérovostí.

Arteterapie a expresívní terapie- jsou oblíbené způsoby při léčbě psychotických klientů. Využívají jiné způsoby vyjádření než verbální. Klient tak může uvolnit nebo naopak zformulovat svoje prožitky. To znamená, že mohou sloužit jak k relaxaci, tak k povzbuzení klienta. Nedílnou součástí těchto terapií je seberealizace, která klientům přináší uspokojení, může zvýšit jejich pocit sebehodnoty. Mohou se využít individuálně, ale s úspěchem také skupinově. Mezi expresívní terapie řadíme dramaterapii, taneční terapii, muzikoterapii, poetoterapii (léčebné psaní). Beate Albrich (2009, s.73) píše: „Prostřednictvím kreativity najde klient nový symbolický jazyk, který je metaforický, bližší psychickému a psychotickému zážitku. To dává prostor interaktivně najít nové cesty a motivaci ke změně."

Focusing je nenásilná metoda, která pracuje s emocemi skrze tělesné prožitky. Focusing se zaměřuje na 3 roviny, které integruje: tělesné prožívání, kognitivní uchopení prožitku a verbalizace (zasazení zkušenosti do kontextu klientova života). Tento způsob byl ověřen i u psychotických klientů, kteří mají často obtíže vnímat a verbalizovat své emoce. (Drozd, 2010) Focusing se může použít jako samostatný způsob terapie, ale také jako metoda v rámci např. individuální psychoterapie.

1.3.2 Rehabilitace

Tyto služby většinou poskytují nestátní neziskové organizace v rámci sociálních služeb. Cílem je umožnit klientům zapojit se do společnosti, být užitečný a ověřit si svoje schopnosti, popřípadě se naučit nové dovednosti. Je to podstatná součást širší léčby klienta, která by mu měla usnadnit návrat do jeho přirozeného sociálního prostředí a zvýšit tak jeho kvalitu života i s duševním onemocněním.

Pracovní a sociální rehabilitace- jedná se o způsob, jak si klient může ověřit svoje schopnosti v pracovním prostředí s různou mírou podpory. Je to chráněné zaměstnání: chráněné dílny (vysoká míra podpory), kavárny (nižší míra podpory) a podpora při zaměstnávání na běžných pracovních pozicích (podporované zaměstnávání, přechodné zaměstnávání). Některá sdružení nabízí i skupinové formy setkávání s tématy hledání práce, uplatnění se na trhu práce, úspěch při pohovoru apod. (např. job setkání v nabídce Green doors, www.greendoors.cz)

Chráněné bydlení je většinou přechodné bydlení v bytech s možností podpory fyzické osoby (sociální pracovník) za účelem zvýšení soběstačnosti duševně nemocných klientů a jako příprava na samostatné bydlení. Jedná se především o chráněné byty, kde klienti mohou žít až rok a sociální pracovník tam podle individuálního plánu dochází. Dále se jedná o terapeutickou komunitu, kde klienti žijí s terapeuty 24 hodin denně. Terapeutická komunita pro psychotické klienty existuje pouze v Mýtě u Rokycan (www.komunitamyto.cz). Může jít i o domovy (rezidenční bydlení), kde klienti většinou bydlí trvale (např. jako domy s pečovatelskou službou, ale určené klientům s duševním onemocněním). Jsou určeny především chronicky nemocným klientům, kteří by jinak museli dlouhodobě zůstávat v Psychiatrických léčebnách, protože se o ně nemá kdo postarat a samostatné bydlení nezvládají. Další možností je podpora sociálních pracovníků při samostatném, běžném bydlení (podpora samostatného bydlení).

1.3.3 Ostatní možnosti

Zbývá nám vyjmenovat kurzy, které jsou zaměřeny na seberozvoj, sebevzdělávání a nebo aktivity pro volný čas. Nebudeme zde tyto aktivity popisovat podrobně, protože se na nich zřídka podílí psycholog. Častěji jsou to sociální pracovníci či ergoterapeuti nebo dobrovolníci různého zaměření. Nicméně dotváří komplex služeb pro psychotiky v rámci jejich sociálního prostředí.

Case management je služba „ušitá na míru“ pro konkrétního klienta. Jedná se o spolupráci klienta a case managera, který je pro klienta klíčovou osobou. Základní prvky managementu popisuje Stuchlík (2001, s.9): „přehled o potřebách a schopnostech klienta, plánování péče- plán obsahuje jasně definované cíle, uskutečňování plánu- za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí, monitorování a zaznamenávání dosaženého či naopak nedosaženého pokroku, , vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.“

Finanční plánování- pomocný program pro klienty, kteří se plánují osamostatnit od primární rodiny a mají malé zkušenosti s tím, jak vyjít s penězi a také mají omezený přísun financí (invalidní důchod).

Sebevzdělávání- kurz asertivity, kurzy počítačové, cizích jazyků apod.

Programy zaměřené na zdravý životní styl se věnují nejen cvičení s cílem snížení váhy, ale také edukaci klienta o správném stravování, které potraviny nakupovat a o vaření vhodných jídel. Důvodem vzniku takových programů bylo přibírání na váze psychotiků,

jako vedlejší účinek antipsychotik a zároveň pasivní životní styl (i vlivem negativních symptomů), který tento vedlejší účinek potencuje.

Volnočasové aktivity- cvičení, výlety, výtvarné programy, dramatický kroužek, seznamka, literární klub, výlety do přírody či na kulturní programy apod. Nestátní neziskové organizace, které tyto aktivity pořádají často vychází vstříc zájmům konkrétních klientů a poskytnou jim i „zázemí“ pro jejich spontánní aktivity.

Poradna- zdarma pomáhá klientům hájit jejich práva, podává sociálně-právní informace apod. Např. Občanské sdružení Kolumbus

2. Reakce rodiny na onemocnění jejich člena

V této kapitole se zaměříme na to, jak nemoc jedince ovlivní rodinné prostředí. Nelze předpokládat, že se příbuzných nedotkne fakt, že jejich syn/dcera, manžel/manželka, partner/partnerka onemocněli dlouhodobou vážnou duševní nemocí. Protože psychotické onemocnění nejčastěji vzniká v adolescenci, často se týká mladých dospělých, kteří ještě studují nebo pracují, ale stále neopustili primární rodinu (tedy většinou rodiče). Z hlediska vývojové fáze rodiny se týká „vylétání z hnízda“. Kalina (2001) uvádí, že spouštěcí období nemoci se u zranitelného člověka často váže s obdobím odpoutávání od původní rodiny a s vyrovnáváním se s nároky dospělosti. Projevení duševní nemoci u jednotlivce pro rodinný systém znamená stres a rodina musí nějak zareagovat. V případě páru, kdy onemocní jeden z partnerů, je rozdíl, zda nemoc vznikne až v době trvání vztahu (či manželství) nebo spolu pár žil již s faktem, že jeden z nich onemocněl v minulosti. Od nemocného partnera má rodina jiná očekávání a nároky než od dospělého dítěte, které se snaží „postavit na vlastní nohy“. Scénářů, jak vypadá rodinný systém před onemocněním člena a jak se změní po onemocnění člena rodiny, je mnoho. Jakákoliv pomoc rodinám musí vycházet nejen z jejích aktuálních potřeb, ale také z porozumění struktuře a fungování konkrétní rodiny.

Strukturu rodiny charakterizuje míra flexibility (stabilita/chaos), soudržnost (provázanost/volnost) a hranice (mezilidské, mezi rodiči a dětmi). Strukturu rodiny ovlivňují i fáze psychózy: v akutní fázi se dá předpokládat posun k chaosu, dezorganizaci, členové rodiny mají intenzivní kontakt a oslabují se vzájemné hranice. Pokud se onemocnění stane chronickým, měla by se teoreticky rodina na situaci adaptovat a onemocnění by již nemělo být ústředním tématem. (Pěč, Probstová, 2009)

Rodinné fungování Pattersonová (in Sobotková, 2007, s.71) definuje jako „způsob, jakým rodina plní své funkce“. Jedná se o to, jak je jedinec začleněn do rodinné struktury (ovlivňuje např. pocit sounáležitosti). Další funkce rodiny jsou výchova, péče, socializace (tím např. zprostředkuje sociální hodnoty), ochrana zranitelných členů rodiny. Sobotková (2007) uvádí, že fungování rodiny stojí na 3 principech- soudržnost, adaptabilita a komunikace. Právě adaptabilita hraje roli při reakci na stres (jak rychle a vhodně se umí rodina přizpůsobit při vzniku duševního onemocnění) a komunikace může výrazným způsobem pomoci nebo zhoršit stav jak psychotika, tak fungování rodiny jako celku.

Každá rodina na stres reaguje jinak. Záleží, jak bylo rodinné fungování nastaveno před vznikem nemoci. Míra stresu, jako reakce na zátěžovou situaci, ovlivňuje, jak rodina

situaci sama hodnotí, jakou mají členové v dané chvíli fyzickou a psychickou kondici, jaké má zdroje možnosti stres zvládat. Také jaké má rodina dosavadní zkušenosti se stresovými situacemi (Sobotková, 2007). Vzhledem k tomu, že psychotické onemocnění je většinou dlouhodobého charakteru, je rodina donucena se „přizpůsobit“, něco se ve fungování rodiny změní natrvalo a to často bez vědomého plánu, proto takové přizpůsobení nemusí být dlouhodobě funkční. Po diagnostikování psychózy nastává většinou dlouhodobý proces vyrovnávání se s tímto faktem, než ho rodina může vstřebat. MUDr. Jana Schmidtová a PhDr. Iva Kopecká (2002, s.27), které se inspirovaly u Kübler-Rossové a Říčana s Krejčířovou, pak tento proces shrnuly a aplikovaly na příbuzné mladých psychotiků na konferenci v Jáchymově v roce 2002:

1. **Šok**- prožitek zmatku, iracionální myšlení i cítění, mohou být nepřiměřené reakce
2. **Popření** (útěk ze situace)- hledání příčin, proč dítě onemocnělo, popírání diagnózy, někdy příbuzného v nemocnici nenavštěvují nebo ukončí předčasně hospitalizaci (v případě nezletilých) apod.

V prvních dvou stádiích nejsou většinou rodiče schopni vnímat a zpracovávat podrobnější informace o nemoci. Rodina potřebuje čas, než šok odezní. Je tedy přirozené, že se rodiny ptají na stejné informace opakovaně.

3. **Smutek, zlost, pocity viny**- smutek, sebelítost, vztek na celý svět. Agresivní pocity se nejčastěji vztahují na partnera nebo na zdravotnický personál. Současně rodiče zažívají dlouhodobě pocity viny, které mohou vést k izolaci rodiny od sociálního okolí. Celá škála těchto pocitů může vést k ambivalentnímu vztahu k nemocnému a důsledkem může být nadměrná péče, kritický přístup nebo se nemocný stane terčem agresivních postojů rodičů. Rodina potřebuje v této fázi prostor pro ventilaci svých pocitů a potřebuje informace o nemoci a podporu.
4. **Stádium rovnováhy**- snížení úzkosti, odeznívání deprese, rodina se chce aktivně účastnit na léčbě nemocného. Vyrovnávání se s nemocí příbuzného může docházet velmi pozvolně. Výše jmenované autorky vyslovily domněnku, že úspěšná prognóza léčby a snížení pravděpodobnosti relapsu se váže právě na edukaci a terapeutickou akceptaci prožitků rodičů ze strany terapeuta.

Psycholog tedy může kvalitu života psychotika ovlivnit i dlouhodobější spoluprací s rodinou, protože tím pomáhá snížit hladinu stresu v jeho rodině. Konkrétní formy pomoci rodině uvedeme dále.

5. **Stádium reorganizace**- nemusí ho dosáhnout všechny rodiny. Nyní rodina bere svého blízkého takového jaký je a hledá nejlepší cestu pro nemocného, členové rodiny nerezignují, ale motivují ho.

Adaptace rodiny na nově vzniklou situaci komplikuje také střídání stavů nemocného- jednání a potřeby psychotika jsou jiné v akutní psychóze, v remisi, v situaci, kdy odmítá léčbu atd. Situace je hlavně zpočátku nesrozumitelná a proměnlivá, proto většinou rodinám trvá delší dobu než ji přijmou. Anke Savenje (2009, s.200) vysvětluje, jak se v rodině mění role a vyvíjí tlak na přizpůsobení rodinných příslušníků: „O člena rodiny, který je duševně nemocný, je třeba se starat, což znamená, že se mění role. Ale takové pečování má také praktické důsledky: mohou se snížit příjmy, naopak výdaje se mohou zvýšit. …Duševně nemocný člen tedy narušuje rovnováhu mezi zátěží a vnitřní silou ostatních členů, zátěž významně stoupá a síla klesá."

Existuje studie, která se snaží prokázat ochranný vliv rodinného prostředí na rozvoj psychotického onemocnění (González-Pinto, A., Ruiz de Aula, S., Ibánez, I., Otero-Cuesta, S., Astro-Fornieles, J., Graell-Berna, M…..Arango, C., 2011). Španělští autoři dělali rozhovory o socioekonomickém statusu, o psychotické rodinné historii a rodinném prostředí (podle FES). Účastnilo se 110 dětí a dospívajících, kteří již měli první zkušenost s psychózou a kontrolní skupina 98 zdravých dětí a dospívajících. Cílem této studie bylo zjistit, zda pozitivní či negativní faktor prostředí, společně s faktorem pozitivní psychotické rodinné historie, mohou ovlivnit rozvoj psychózy. Výsledky prokazatelně spojily časný nástup psychózy s psychotickou rodinnou historií. Dále byl zjištěn prokazatelný ochranný vliv pozitivního rodinného prostředí u osob s pozitivní psychotickou rodinnou minulostí. Tento efekt nebyl pozorován u respondentů bez pozitivní psychotické rodinné historie. Výsledky této studie ukazují, že faktor rodinného prostředí, jako ochrana před rozvojem časné psychózy, je důležitý především u rodin s pozitivní psychotickou historií.

Pokud tedy může mít vliv rodinné prostředí na časnost rozvoje psychózy, může mít také vliv na průběh již diagnostikovaného onemocnění. Proto je důležité pracovat také s rodinou psychotika a využít pozitivně jeden z faktorů (tj. rodinné prostředí), které mohou mít vliv na průběh psychózy.

2.1 Rodiny s vysokou mírou EE

Domníváme se, že základním prvkem, který rodině pomůže situaci ustát, je vhodný způsob komunikace v rodině. Jde především o domácí atmosféru, která by měla vytvořit psychotikovi bezpečné a čitelné prostředí. Pokud bude rodina vcelku dobře informována o nemoci, ale stále bude používat nevhodné způsoby komunikace, stresový faktor pro psychotika nemizí a může reagovat zhoršením psychického stavu až relapsem. Většina odborníků (např. Kalina, Praško, Pěč..) se shoduje, že nevhodné způsoby jsou především nekonstruktivní kritika (např. i záměna negativních příznaků psychózy s charakterovými vlastnostmi), příliš otevřené vyjadřování emocí, především negativních. Jedná se o rodiny s vysokou mírou vyjadřování emocí, tzv. expressed emotion. Vysoká míra EE v praxi znamená, že: „členové rodiny jsou k sobě navzájem velmi kritičtí, jsou nepřátelští a emocionální angažovanost je zde velmi silná.“ (Pěč, Probstová, 2009, s. 204)

Jill Hooley předkládá několik výzkumů, které potvrzují, že: „pokud schizofrenik žije v rodině s vysokou mírou vyjadřování emocí (EE), má 3,7x vyšší pravděpodobnost relapsu než v rodině s nízkou mírou EE.“ (in Barlow, Durane, 2009, s. 488). Pokud taková komunikace v rodině neustává ani po psychoedukaci příbuzných a má negativní vliv na psychický stav nemocného, je vhodná rodinná intervence (např. rodinná terapie).

2.2 Nové potřeby příbuzných psychotika

Podle uvedených stádií vyrovnávání se s nemocí příbuzného můžeme lépe pochopit, jak se potřeby pomoci nebo podpory u příbuzných mění. Psycholog by si měl být vědom, v jakém stádiu se příbuzní psychotika nachází, aby jim mohl poskytnout vhodnou intervenci. Zpočátku, kdy je nemoc příbuznému diagnostikována, je třeba brát ohled přímo na potřeby příbuzných. To se týká především akceptace jejich popírání vážnosti diagnózy, vzteku a jiných emocí, kterými jsou zaplaveni. Psycholog by měl počítat s tím, že některé rozhovory s rodinou budou mít charakter krizové intervence (v počátečních stádiích, při relapsu), dále může jít o edukativní charakter setkání (např. skupinová psychoedukace), při dlouhodobější spolupráci může jít o individuální či rodinnou psychoterapii.

Anke Savenje (2009) sepsala obecná témata, která jsou v kontaktu s rodinou psychotika stěžejní:

Informace o nemoci (přístup k nemocnému, příčiny, projev i vyhlídky nemoci)

Zaměření na silné stránky celé rodiny (co v rodině funguje, uvědomit si schopnosti jednotlivců, které situaci pomáhají a podpořit je)

Sdílení emocí (jde o snahu snížit kritické a negativní emoce v rámci rodiny, především vůči psychotikovi. Například i tím, že odborník se věnuje emoční zátěži, kterou zažívají příbuzní v této situaci. Příbuzní tak mohou tyto emoce ventilovat v bezpečném prostředí, aniž by zvyšovali stresovou zátěž psychotika)

Komunikace v rámci rodiny (jasná a důsledná vzájemná komunikace)

Hranice v rodinném kruhu (pro rodiče, sourozence je důležité žít také své vlastní životy. Nastavit si hranice potřebuje i manžel/ka nemocného nebo jeho dítě, aby na sebe nebralo přílišnou zodpovědnost za situaci v rodině)

Řešení problémů (protože je nutné reagovat na měnící se chování, potřeby, spolupráci psychotika, je pro rodinu dobré mít schopnost problém nejen identifikovat a prodiskutovat ho, najít řešení, ale nezapomínat i na kontrolu a zhodnocení řešení na závěr)

Obnovení společenských vazeb (důležitými pilíři jsou důvěrní přátelé, obnovení kontaktů v rámci rodiny a v širším sociálním okolí, diagnóza by neměla být tabu)

Jednání se zdravotníky (je důležité najít spolupracující vztah s odborníky, např. vyhnout se nereálným a přehnaným očekáváním.)

V Bakalářské práci (Waneková, 2009) jsme zmapovali potřeby příbuzných v době psychotické krize jejich příbuzného. Většina potřeb u příbuzných, které nově vznikly s onemocněním příbuzného, přetrvávala i po delší době (až několika let) po zaléčení psychózy. Jsou to potřeby:

Potřeba sdílení

Potřeba pomoci a podpory z venku (tedy od odborníků)

Potřeba odpočinku a obnova sil

Potřeba informací

Potřeba naděje

Potřeba mít situaci pod kontrolou

Tyto potřeby jsou různě silné podle toho, jak dlouho nemoc již trvá, v jaké fázi je psychóza klienta, také zda je psychotik schopen pravidelně využívat odbornou léčbu farmakologickou a psychosociální a jakou podporu z okolí dostává příbuzný.

Z těchto vyjmenovaných potřeb a témat je zřetelné, že rodinní příslušníci nepotřebují jen informace o psychózách. Příbuzní mají také osobní potřeby, jako je potřeba obnovy sil, kterou si musí naplnit sami, ale často na sebe zapomínají. Tady může pomoci psycholog, který je podpoří a vysvětlí jim, že je legitimní dopřát si odpočinek, příjemný zážitek apod. i v situaci, kdy jejich blízký dlouhodobě onemocněl. Naopak potřebu sdílení a udržení naděje pro zlepšení situace nemusí příbuzní naplňovat jen v rámci setkání s odborníkem, ale i na svépomocných skupinách. Uspokojení potřeb příbuzných psychotika tedy nemusí být úkol jen pro psychologa nebo odborné pracovníky, nicméně odborník by měl umět vhodné služby nabídnout. Aby mohli příbuzní své potřeby uspokojit, měla by také existovat přiléhavá škála služeb.

2.2.1 Postavení sourozenců a dětí v rodinách s psychotickým členem

Jako nepodstatné se může zdát postavení sourozenců psychotického klienta. Nestává se často, že o situaci psychotika se zajímá přímo sourozenec, většinou jsou to rodiče. Také hlavní péči a podporu o psychotika většinou přebírají rodiče. Ale je třeba si uvědomit, že sourozenci v rámci primární rodiny také mají vztah s psychotikem, který nemoc narušila. I sourozenci tedy potřebují dostat relevantní informace o nemoci a podporu. Nicméně také potřebují mít čas pro naplnění svých potřeb a od rodičů dostatek pozornosti pro sebe sama. V případě, že jsou sourozenci oba dospělí a měli spolu dobrý vztah před vypuknutím nemoci, může být zdravý sourozenec prvním z rodiny, kdo začne pomoc hledat a ochotně spolupracovat na motivování psychotika k léčbě. Dokládá to např. kasuistika MUDr. Foitové a MUDr. Lorence v časopise Psychiatrie pro praxi (2009), kdy sestra psychotické klientky vyhledala mobilní krizovou službu a spolupracovala při výjezdech s týmem, denně pečovala o sestru, než se podařilo klientku přesvědčit o léčbě psychofarmaky. V tomto případě se krizovému týmu ve spolupráci se setrou klientky podařilo „ustát“ ataku onemocnění bez hospitalizace a navázat klientku na další služby.

V případě, kdy je psychotik otec nebo matka, je třeba instruovat také děti, úměrně věku, o nemoci rodiče. Pozornost by měla být věnována především tomu, aby se dítě nevinilo

z nemoci (konkrétně např. špatné nálady) rodiče. Je třeba si uvědomit, že děti obecně potřebují činnost a prostor pro svůj rozvoj. Na to by neměl zapomínat zdravý ani nemocný rodič, který by měl zvážit možnosti podpory při péči o dítě/děti (ať dalších příbuzných nebo jiných služeb- kroužky, volnočasové kluby s bezbariérovým přístupem atp.), když nebude mít dost sil věnovat se dítěti/dětem v krizových situacích v rodině. V roce 2009 vydalo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví nápomocné příručky, jak pro nemocného rodiče, který má děti, tak pro děti, které mají rodiče psychotiky (Solantausová, 2009a, 2009b). Pro děti psychotiků jsou zde popsány návody, jak se vyrovnávat v běžném životě se specifickými projevy nemoci rodiče, na koho se obrátit. Psychotici, kteří jsou rodiče, zde dostávají zpětnou vazbu, co děti potřebují a jak by jim v rámci svých možností mohli ulehčit pochopení svého jednání.

2.3 Psychologická pomoc příbuzným psychotika

Žádný výzkum neprokázal, že by rodina přímo mohla ovlivnit vznik psychotického onemocnění, ale zkušenosti i výzkumy ukazují, že rodina může mít vliv na příznivý průběh onemocnění (Dörner, Plog, 1999). Proto i rodina potřebuje pomoc, kterou jí nabízí různé služby. V této kapitole vyjmenujeme terapeutické a jiné podpůrné služby, které jsou určeny konkrétně příbuzným psychotika a které jsou nabízeny především v České republice.

2.3.1 Poradenství a svépomoc

Po odeznění prvotního šoku z diagnózy psychózy, mají rodinní příslušníci největší potřebu získat informace. Což umožňuje psychoedukace. Prostor, kde rodinní příslušníci mohou získat podporu a zkušenosti ostatních rodin s podobnou situací, vytváří svépomocné skupiny. Důležitá možnost přirozené ventilace pomáhá zbavení stresu a postupného přijetí diagnózy psychózy. Stručně můžeme vyjmenovat základní programy pro rodinné příslušníky:

Psychoedukace - jedná se o podávání informací příbuzným psychotika o nemoci, službách nebo programech vhodných pro nemocné psychózou. Edukace může být individuální - např. s ošetřujícím lékařem klienta nebo terapeutem. Existují i skupinové edukace, které kromě informací umožní i sdílení zkušeností rodin navzájem.

Svépomocné skupiny - vznikají z iniciativy nemocných a jejich blízkých. Nejčastěji se ovšem setkávají příbuzní a přátelé nemocných. Cílem je sdílení problémů, vzájemná podpora a také snahy o prosazení změn v systému psychiatrické péče. Ale mohou také zvát na přednášky odborníky podle svých zájmů, pokusit se sponzorsky zajistit aktivity klientů apod. V Praze to jsou např. Sympathea, Ondřej, poradenské centrum VIDA.

Rodinný poradce – tuto možnost zmiňuje Savenje (2009) jako snadno zvládnutelnou a dobře použitelnou. Toto poradenství je podobné psychoedukaci, ale účastní se ho celá rodina, tedy i s psychotikem. Nejedná se o rodinnou psychoterapii. Dokonce existuje možnost, kdy se sejde více rodin s poradcem, který pak působí spíše jako katalyzátor, který stimuluje vzájemné působení a reakce. V České republice takový rodinný poradce není běžná služba.

2.3.2 Psychoterapie

Krizové služby- Rodina psychotika někdy potřebuje krizovou intervenci ještě dříve než je diagnostikována u jejich člena psychóza. V bakalářské diplomové práci (Waneková, 2009) jsme u rodin, které využili výjezdovou službu a účastnili se výzkumu, zjistili, že na krizovém oddělení poprvé mohli pochopit situaci v rodině a dostali takovou podporu, aby mohli sami pomoci jejich nemocnému členovi tak, aby se dostal k léčbě. Využití krizových služeb (dále KS) tedy může být vstupní branou k léčbě pro psychotického klienta skrze jeho rodinu. KS mají několik forem: jako ambulantní služba (někdy s možností pobytu na lůžku), terénní (s možností výjezdu do domácího prostředí) nebo ve formě linky důvěry (Lorenc, 2002).

Skorunka (2010) popisuje současné trendy RT, mezi nimi také přístup, který se dá využít u rodiny, jejíž člen zažívá akutní psychózu. Tento přístup lze uplatnit především u krizových výjezdových týmů, které chtějí pracovat s psychotiky v akutní fázi v domácím prostředí. Je to přístup otevřeného dialogu, který vyvinul finský psycholog J. Seikkula s kolegy. „Rozvíjení dialogu je na prvním místě, podpora změny u pacienta či rodiny „až“ na místě druhém.“ (Skorunka, 2010, s. 254) Tento přístup jako součást komunitních služeb se snaží o vyhnutí nebo zkrácení hospitalizace psychotiků, ale především vychází vstříc konkrétním potřebám takové rodiny a podporuje dospělejší část psychotického klienta (s cílem neposilovat tendenci k regresi). Tři základní principy otevřeného dialogu jsou podrobně popsány v časopise Psychoterapie (Seikkula, Olson, 2010, str.190): „Cílem je

užívat jazyk v průběhu terapeutického setkání po dostatečně dlouhou dobu (snášení nejistoty), aby vše, co je těžko vyjádřitelné, s pomocí vztahových osob v sociální vztahové síti (polyfonie) dostalo prostor a hlas (dialogizace).“ Základní principy otevřeného dialogu uvádíme v příloze č. 7.

Individuální a skupinová psychoterapie- pro rodinné příslušníky psychotika nejsou terapií prvního plánu. Pokud je příbuzný využije, týkají se spíše zvládání stresu nebo osobnostního růstu. Vhodné jsou v případě, kdy sám příbuzný psychotika řeší svůj psychický problém, který nemusí být primárně způsoben psychózou člena rodiny. Příkladem skupinové terapie, která je na pomezí psychoterapie a edukace může být skupina pro příbuzné psychotiků, které jsou vedeny psychologem. Cílem je především hledání hranic vlastních sil a možností příbuzných, ventilace a sdílení zkušeností rodičů. Taková skupina funguje např. v Praze v Denním psychoterapeutickém sanatoriu 1x týdně (viz nabídka www.ondrejov.cz).

Rodinná psychoterapie- účastní se jí pokud možno všichni členové rodiny a vedou ji dva terapeuti (většinou muž a žena). Obvyklé schéma setkávání je po 3-4 týdnech. Rodinná terapie (dále RT), hledá optimální komunikaci mezi členy a může rodinu chránit před velkým vyčerpáním nebo opakovanými relapsy psychotika v důsledku psychosociálních stresorů. Jak jsme zmínili výše, jedna z indikací je např. u rodin s vysokou mírou EE nebo v případě nesouladu vzájemných nároků členů rodiny (např. rodiče mají na psychotika nároky ohledně zapojení do chodu domácnosti, ale psychotik nemá potřebu něco měnit, v opačném případě psychotik má potřebu větší samostatnosti, v které mu rodiče svým ochranitelským jednáním brání). Přesto rodiny mohou mít ostych vstoupit do RT. Kalina (2001) upozorňuje na mýty, které mohou členy rodiny odrazovat od účasti na RT:

- RT znamená léčení nemoci v rámci rodiny, ne léčení „nemocné rodiny“
- „účastním se RT“ (jako rodič nebo partner klienta) neznamená „já sám jsem nemocný a léčím se“
- doporučení k účasti na RT neznamená obvinění: „Vy jste nemoc způsobili, hleďte to napravit.“
- mít v rodině problémy neznamená „být špatná rodina“

Teorie pro RT rodin s psychotickým členem neexistuje. Terapeuti většinou mohou vycházet z vlastní výcvikové zkušenosti, vzdělání a obecných doporučeních pro práci s psychotiky. Popřípadě se inspirovat prací s rodinou v zahraničí. V DPS Ondřejov uskutečnili, zatím jednorázově, intenzivní RT s více rodinami najednou, tzv. multifamili treatment (z osobní komunikace s Renátou Fialovou- manažerka Krizového oddělení, 9. března 2012). Jedná se o projekt týdenního pobytu několika rodin s psychotickým členem. Každý den pobytu proběhla skupinová psychoterapie na určité téma. Cílem bylo posílit náhled psychotických klientů např. na rozpoznání prodromálních příznaků a zároveň sladit pohled klientů s pohledem rodičů na počínající dekompenzaci. Nebo hranice v rámci fungování domácnosti, téma samostatnosti a míry podpory apod. Součástí je i použití různých technik- např. arteterapie, výměna rolí. A samozřejmě sekundární zisk plyne i ze vzájemného sdílení zkušeností několika rodin. O multifamily treatment píší také norští autoři (Thorsen, Gronnestad, Oxnevad, 2006), kteří zdůrazňují, že užití tohoto modelu práce s rodinami je možný pouze za předpokladu kompenzovaného onemocnění psychotika. V případě dekompenzace nebo špatné spolupráce klienta je vhodná individuální práce s rodinou a využití komunitních krizových služeb.

Nemůžeme také pominout možnost **párové terapie**, která plní stejnou funkci jako RT, ale týká se rodin nebo párů, kde se jeden nebo oba partneři léčí s psychózou. Základním rozdílem mezi párovou a rodinnou terapií je především základní směřování terapie. Tj. zda partneři chtějí pracovat na tom, aby spolu mohli zůstat nebo zda budou pracovat na tom, jak se rozejít. V rodinné terapii jde většinou o to, jak spolu zůstat v kontaktu, ať ve společné domácnosti nebo jen na úrovni vztahů, aby rodinné vztahy fungovaly a nebyly spouštěčem klientovy dekompenzace.

Nabídka RT není běžná ve všech zařízeních, častěji spíše v rámci denních sanatorií, které se zaměřují na léčbu psychóz (v Praze např. Fokus, Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov). My se tématem RT zabýváme také ve výzkumné části.

Zajímavý pohled na péči v rodině s psychotikem nabízí studie Coldwella, Meddingse a Camica z roku 2011. Autoři předpokládají, že psychotik nepotřebuje jen péči, ale potřebuje být sám užitečný v rámci své rodiny. Pomocí zakotvené teorie autorská trojice vyhodnotila strukturované rozhovory se šesti psychotiky a šesti příbuznými. Výsledky ukazují, že psychotik je závislý na tom, aby mu rodina umožnila na chodu domácnosti se podílet. Ale pokud rodina zapojení psychotika umožní, všichni to vnímají pozitivně, i když psychotik svoje přispění oproti ostatním podceňuje. Dále zjistili opakované tendence rodiny

neumožnit psychotikovi podílet se na chodu rodiny, pokud se zhorší psychotické projevy. Ale autoři se domnívají, že v některých případech by se psychotik mohl podílet na chodu rodiny i s pozitivními psychotickými příznaky.

Negativní obsah halucinací a bludy jsou často spojené s negativním sebehodnocením. Studie ukazuje, že pokud člověk má příležitost dělat něco pro ostatní, zvyšuje to i jeho vlastní sebevědomí. Změny ve schématu sebehodnocení jednotlivce (např. v souvislosti s vlastní schopností podílet se na chodu rodiny namísto pocitu, že je jen zátěží pro rodinu) mohou pozitivně ovlivnit i příznaky nemoci. Proto by rodina měla být podporována i v tom, aby psychotickému členovi rodiny umožnila se užitečně podílet na chodu rodiny. Autoři upozorňují, že snaha psychotika by neměla být hodnocena s vypjatými emocemi ani kritizována.

3. Ochrana práv duševně nemocných

Duševně nemocný člověk, jako součást zdravotnického systému v ČR má pro ochranu své osobnosti k dispozici Etický kodex Práv pacientů (vydalo Ministerstvo zdravotnictví v roce 1996), podle kterého by měli odborníci ve zdravotnických zařízeních jednat s klienty. V sociálních službách si Etický kodex každá organizace upravuje podle své působnosti a vlastních priorit. Tyto Etické kodexy vychází ze základních právních předpisů jako Ústava České republiky a Listina základních práv a svobod, Úmluva o právech dítěte, Všeobecná deklarace lidských práv, Charta lidských práv Spojených národů, Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (přijata r. 2001) a z dalších mezinárodních deklarací a úmluv.

Konkrétní zákon, který by upravoval práva lidí s duševním onemocněním zatím Česká republika neschválila. Nicméně v roce 2005 ČR přijala helsinskou deklaraci tzv. **Akční plán duševního zdraví.** Tato deklarace navrhuje způsoby a prostředky přípravy, zavedení a zpevnění komplexních politických koncepcí duševního zdraví v zemích Evropského regionu. Týká se 12 oblastí, např. stigmatizace a diskriminace, podporovat aktivity citlivé ke zranitelným fázím života (děti, mladiství, senioři), předcházet psychickým problémům a sebevraždám, poskytovat efektivní péči v rámci komunitních služeb, určených jedincům s vážnými psychickými problémy, navázat partnerství napříč sektory, zajistit spravedlivé a přiměřené financování a také zkoumat efektivitu a zaměřit se na výzkumy (Akční plán duševního zdraví, 2005).

V roce 2009 byla ratifikována **Úmluva o právech lidí se zdravotním postižením**. Tato úmluva obecně apeluje na práva osob se zdravotním postižením, ale lze ji aplikovat i na problematiku duševně nemocných.. Týká se témat- rovnost před zákonem, dostupnost péče, právo na informace, pracovní možnosti, mít přiměřenou životní úroveň apod.

Občanské sdružení pomoci duševně nemocným ČR (OSPDN ČR) se dlouhodobě věnuje i problematice neuspokojivé legislativy v ČR. OSPDN ČR sdružuje svépomocná sdružení rodičů a přátel duševně nemocných, kterých je v rámci ČR celkem 7. OSPDN ČR má několik hlavních cílů: spolupracuje s vládními a zákonodárnými orgány, posuzuje jejich legislativní návrhy a dává k nim připomínky, sleduje, zda zákony ČR plní mezinárodní závazky a smlouvy, spolupracuje s českými a mezinárodními organizacemi stejného programového zaměření a také se snaží odstranit stigmatizaci duševně nemocných apod.

Na svých webových stránkách zdůrazňují (www.spdn-cr.org), že všechny vyspělé státy vydaly zákony na ochranu duševně nemocných, ve kterých jsou zahrnuty **Zásady ochrany duševně nemocných** (Principles for the Protectíon of Persons with Mental Illness, přijato rezolucí Generálního shromáždění OSN číslo 46/119 dne 17. prosince 1991). Tyto zásady upravují nejen etické principy zacházení s duševně nemocnými při léčbě, ale také např. podmínky nedobrovolné léčby, povinnost státu vyřešit způsob kontroly dodržování práv duševně nemocných a řešení stížností při porušení jejich práv, i otázku opatrovnictví a omezení způsobilosti k právním úkonům. Celé znění této rezoluce OSN a další zákony, které přijaly okolní státy jsou k nalezení na www.spdn-cr.org.

Národní rada osob se zdravotním postižením je také v otázce dodržování práv lidí s duševním onemocněním aktivní a vyjmenovala několik základních bodů, kde, podle nich, jsou tato práva často porušována (NRZP, 2009):

- **práva na informovaný souhlas** - zejména problémy nedobrovolné hospitalizace a léčby
- **právo na styk s nezávislým orgánem** i na uzavřeném oddělení pro podávání stížností
- **ochrana práva na soukromí a lidskou důstojnost**
- **posuzování způsobilosti k právním úkonům**
- **výkon opatrovnictví** (centrálně řízených vzdělaných sociálních pracovníků pro potřeby soudů i pacientů, v návaznosti zdravotních a sociálních služeb a zajištění přechodu nemocných z ústavů do běžného života)

Další organizace, které se aktivně zapojují do dialogu se zákonodárnou složkou o upravení legislativy pro ochranu duševně nemocných jsou: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ), Asociace komunitních služeb, Česká asociace pro duševní zdraví, Asociace denních stacionářů a krizových center, PS ČLS JEP a další.

3.1 Stigma duševní nemoci

Člověk, který je duševně nemocný, může budit v ostatních lidech různé pocity nejen díky svému ne vždy srozumitelnému jednání, ale často také díky své uzavřenosti nebo neočekávaným (až bizarním) reakcím. Představy zdravých lidí o duševně nemocných jsou

často zkreslené. Duševní nemoc jakoby zakryla osobnost konkrétního člověka. Dlouhodobě se v naší společnosti projevují mýty, které podporují obavy z jednání duševně nemocných (dále DN) lidí. Příkladem mýtu je např., že lidé se schizofrenií se nemohou zapojit do běžného života. Ale ve skutečností až 65% lidí se schizofrenií se při vhodné léčbě a psychosociální pomoci do běžného života zapojí. Dlouhodobě zakořeněný mýtus se týká i obavy ze zvýšeného nebezpečí násilí a agresivity ze strany duševně nemocných.(www.stopstigma.cz)

V roce 2004 Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ) zadalo agentuře DEMA výzkum, který zmapoval **názory na schizofrenii v české společnosti** (DEMA, 2004). Z tohoto reprezentativního výzkumu vyplývá, že více informací o schizofrenii mají lidé s vyšším vzděláním a z větších měst. Téměř 60% procent se domnívá, že schizofrenie je léčitelná a dá se s touto nemocí žít, ale nemá představu o tom, jestli se této nemoci dá předejít. Nicméně schizofreniky vnímá 70-80% dotázaných jako lidi, kteří mají problémy při vyrovnávání se s vnějšími požadavky a mezilidskými vztahy, jsou nevyzpytatelní ve svém chování a projevech, jsou citliví a duševně zranitelní a vzbuzují u ostatních úzkost, obavy a nejistotu. Téměř polovina dotázaných má obavy z jejich nesmyslně agresivního a násilnického chování, ale zhruba 40% má opačný názor. Ale téměř každý čtvrtý nemá na otázku agresivity u schizofreniků vyhraněný názor.

Tento výzkum tedy ukázal, že povědomost o schizofrenii stoupá pomalu a nedostane se ke všem vrstvám populace a obraz schizofrenie je celkově zkreslený. Proto je stále nutné podporovat projekty destigmatizačních kampaní. Respondenti výzkumu (DEMA, 2004) se vyjadřovali i k otázce, co udělat pro zvýšení povědomí o duševních nemocech. Nejvíce podpořili tyto způsoby:

- častěji zařazovat informace o duševním zdraví a schizofrenii do rubrik věnovaných tematice zdraví
- zveřejňovat skutečné životní příběhy psychicky nemocných a jejich rodin
- vytvářet moderní ambulantní léčebny, které by, mimo jiné, mohly sloužit pro dočasný pobyt schizofreniků.

Jedna z **příčin stigmatizace** DN je tedy nedostatek informací o duševních nemocech, zveličování obav z agresivity (např. médii), ale také historie naší společnosti, kdy byli DN dlouhodobě ze společnosti segregováni. **Důsledkem stigmatu** je pak nízká zaměstnanost

DN (DN 10-30% naproti těžce tělesně hendikepovaným 20-40%) a také skrytá psychiatrická nemocnost. (Kalvach, Čeledová, Holmerová, Jirák, Zavázalová, Wija, a kol., 2011)

Duševní nemoc většinou vzniká na prahu dospělosti, před vznikem nemoci člověk sám sebe vnímal jako duševně zdravého a fungoval v rámci svého sociálního prostředí. Ale ve chvíli vzniku onemocnění je nucen k sobě zaujmout nový postoj, přijmout, že duševní nemoc je součást jeho zkušenosti. V jeho postoji se může projevit stereotyp stigmatizace, který zaujímal před onemocněním. Pěč (Pěč, Probstová, 2009, s. 41) píše: „Lidé s psychózou jsou nejen objektem stigmatizace ze strany okolí, ale sami toto stigma zvnitřňují a jejich chování (stažení, útočnost) může být důsledkem těchto postojů“. Stejně tak Leff a Warner (2006) píší o **sebestigmatizaci** (self-stigmatising attitudes) a zdůrazňují, že DN by měli být podporováni v kreativních činnostech a práci, protože tak si mohou zvýšit sebedůvěru a sebehodnotu a také budou lépe přijímáni běžnou společností. Proto je důležitá síť komunitních služeb, která DN zajistí podporu jak v oblasti zaměstnávání, tak v nácviku různých sociálních dovedností vedoucích k soběstačnosti.

Destigmatizace by se měla stát vědomou součástí péče o psychotiky. Účastnit by se jí měli nejen profesionálové a dobrovolníci, ale také sami duševně nemocní. Nepochybně ve většině občanských sdruženích, denních sanatoriích a svépomocných sdruženích již tento trend převládá dlouhodobě. Důkazem mohou být projekty Týdny pro duševní zdraví (Fokus Praha, UNIJAZZ), festival „Mezi ploty“ (Nedomysleno, s.r.o.), festival Babí léto (www.tolerdance.cz), které každoročně pořádají koncerty, výstavy, workshopy, přednášky atd. CRPDZ založilo webové stránky www.stopstigma.cz, kde je k dispozici také poradna a mnoho aktuálních informací a příběhů DN. V rámci občanských sdružení existují i aktivity duševně nemocných, kteří se skrze ně nejen seberealizují, baví a přátelí, ale také většinové společnosti přibližují svoje schopnosti a svůj náhled na svět. Např. divadlo Netřesk Mens Sana (Ostrava), hudební kapela Le Kapr (Praha). V posledních letech přibyly i pravidelné přednášky na školách v rámci primární prevence (záchyt duševního onemocnění, seznámení s využitím krizových služeb v obtížných situacích apod.), jejichž sekundárním přínosem je i destigmatizace duševně nemocných

.

4. Komunitní péče o duševně nemocné v ČR

Jak jsme uvedli v předchozích kapitolách, systém péče a služeb v ČR není kompaktní, netvoří systém. Od roku 1989 je snaha služby v rámci psychiatrické péče rozšiřovat a proměňovat podle nových poznatků a zkušeností ze zahraničí. Svépomocná sdružení a odborné společnosti již léta apelují na Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo sociálních věcí jednak s požadavkem na zvýšení financování psychiatrie a jednak vytvořit kompaktní systém, který by nedělil služby na zdravotní a sociální a byl dostupný v rámci určitých regionů ČR. Cílem je tedy vytvoření komunitního systému psychiatrické péče.

Psychiatrická společnost České lékařské komory J. E. Purkyně (PS ČSL JEP, 2008, s. 12-13) v Koncepci oboru psychiatrie (KOP) **definuje komunitní péči** takto: „Komunitní péče je soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení, sociálních kontaktů, podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi. Cílovou skupinou komunitní péče jsou nejenom osoby s duševní poruchou, ale i další členové komunity, kteří jsou podporováni tak, aby mohli těmto lidem poskytovat dopomoc.“

Komunitní systém tedy umožňuje i rodinným příslušníkům, či jiným přátelům psychotiků, se informovat o jejich možnostech smysluplně psychotikovi pomoci tak, aby mohl nadále žít ve „svém“ prostředí. Proto se domníváme, že práce s rodinou psychotika je pro odborníky (psychiatry, psychology, sociální pracovníky atd.) pomocí a pro psychotika možností „zůstat“ a žít kvalitnější život ve svém sociálním prostředí.

4.1 Současné směřování péče o duševně nemocné v ČR

V současné době se o plánované transformaci psychiatrické péče opakovaně dovídáme z médií (televize, deníky). Cílem transformace je přesunout většinovou léčbu duševně nemocných z velkých psychiatrických léčeben (PL) do stacionářů, intermediárních a mezirezortních služeb. Pro tuto změnu plánuje Ministerstvo zdravotnictví využít finanční podpory strukturálních fondů z Evropské unie. (MZ ČR, 2012)

Existuje několik hlavních organizací, které již dlouhodobě podněcují transformaci systému péče o duševní zdraví. Mezi odborné organizace patří: **PS ČLS JEP**

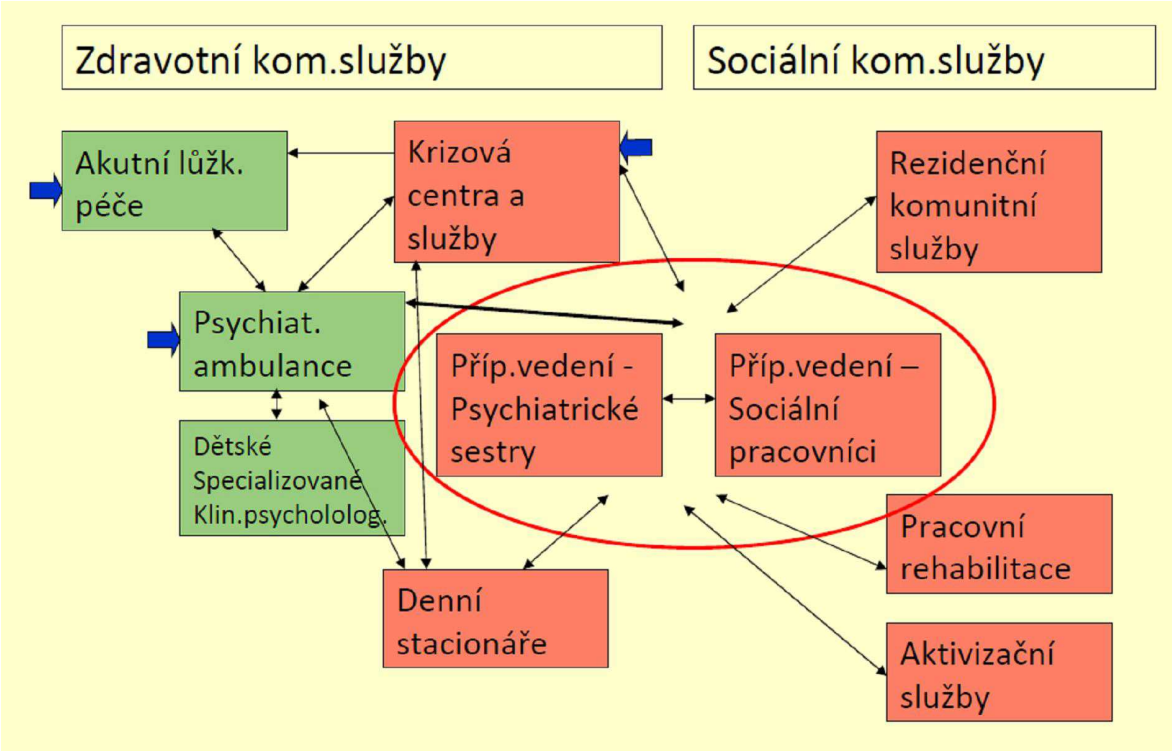
(www.psychiatrie.cz), **Asociace komunitních služeb** (www.askos.cz), **Asociace denních stacionářů a krizových center** (www.adskc.cz), **Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví** (www.cmhcd.cz). Dále je to např.: **Občanské sdružení pomoci duševně nemocným ČR** (www.spdn-cr.org), které sdružuje svépomocná sdružení příbuzných duševně nemocných ČR. Dále jsou to jednotlivé aktivity jako „**Deklarace platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR**“ (www.psychoportal.cz), ve které jsou vládě ČR adresovány základní požadavky na změnu péče. I když tato sdružení dlouhá léta pracují na návrzích změn, reálné kroky zatím nebyly uskutečněny. Důvodem opožděných změn v psychiatrii jsou, podle ředitele PL Bohnice MUDr. Hollého, nestabilita ministerstva zdravotnictví a nízká atraktivita oboru psychiatrie. Dalším faktorem je obecná nechuť lidí ke změnám a také některé negativní zkušenosti s transformací péče ze zahraničí. (Vevera, 2012)

Důsledek neuspokojivého systému služeb může mít také efekt v léčbě psychotických klientů, kteří bez doplňujících psychosociálních služeb nejsou schopni samostatně fungovat. Pěč (Pěč, Probstová, 2009, s. 76) píše: „Přestože dnes existuje možnost moderní farmakologické léčby schizofrenií, ukazuje se, že pouze farmakoterapie problém schizofrenního onemocnění nedokáže vyřešit: stále je mnoho pacientů s přetrvávajícími a farmakologickou léčbou špatně ovlivnitelnými symptomy, s kognitivními deficity, kteří trpí častými relapsy onemocnění, selhávají ve svých sociálních rolích, nemají dostatečně vyvinutý repertoár sociálních dovedností, mají napjaté vztahy se svými příbuznými, nespolupracují při léčbě či jsou bez zaměstnání.“ Pro psychotické klienty je tedy podstatný individuální přístup nejen v rámci kontaktu s odborníkem, ale také individuální plán dostupných psychosociálních služeb, který by vyhovoval jejich aktuálním potřebám a doplňoval základní farmakologickou léčbu.

Konkrétní návrhy řešení jsou uvedeny v odborném projektu „Mapování stavu psychiatrické péče“ (Raboch, Wenigová, 2012). Jedná se například o doporučení pro posílení služeb jako je terénní komunitní sestra, sociální sestra, psychoterapeut a to s ohledem na financování, které je v současné době nedostatečné. Dále se jedná o posílení spolupráce ambulantního psychiatra a praktického lékaře. Pěč (2012) v rámci tohoto projektu navrhuje, že komunitní péče by měla fungovat vždy v rámci menších regionů (např. bývalé okresy). Stěžejní pro péči o klienta by byla spolupráce ambulantní ordinace a případového vedení (case management). Case manager by propojoval klienta se sociálními, intermediárními i zdravotnickými službami. Zároveň psychiatr by otevřeně spolupracoval

s lůžkovým nebo krizovým zařízením, aby celková léčba klienta měla návaznost. Schematické vyjádření tohoto doporučení ukazuje obrázek č. 1.

Obrázek č. 1: Spolupráce komunitních služeb v rámci regionu



Zdroj: (Pěč, 2012)

4.2 Zmapování současné péče o duševně nemocné v ČR

Zmapování služeb a terapií pro psychotiky i jejich blízké v rámci ČR je způsob, jak se můžeme konkrétně přesvědčit o jejich nedostatečné a nevyrovnané nabídce. Na internetu jsou dostupné většinou neúplné adresáře služeb. Popřípadě lze dohledat jednotlivá zařízení, která prezentují odkazy na spolupracující zařízení. Tento způsob je pro potencionálního klienta, který poprvé hledá vyhovující službu a nemá představu, které služby současný systém nabízí, naprosto nevyhovující. Např. na webových stránkách **PS ČLS JEP** (www.psychiatrie.cz) můžou zájemci dohledat např. přehled psychiatrických léčeben podle krajů, seznam ambulantních psychiatrů nebo odkaz na databázi komunitních služeb v Praze.

Velmi ucelený přehled služeb vydalo občanské sdružení **VIDA** (2010) v podobě adresáře, který je běžně dostupný pro uživatele na internetu. Soupis služeb s krátkou charakteristikou je strukturován podle krajů, takže orientace v adresáři je snadná. Nicméně

se jedná především o přehled služeb sociálních (chráněné bydlení, práce) a některých intermediárních (krizové služby, komunita).

Faktické informace o psychiatrických zdravotnických zařízení jsou sepsány a každoročně aktualizovány Ústavem zdravotnických informací a statistiky. Zde je také uveden soupis služeb, ale pouze zdravotnických. (UZIS, 2011)

Podrobný a komplexní přehled služeb nabízí nedávno vydaná odborná zpráva z projektu **„Mapování stavu psychiatrické péče“** (Raboch, Wenigová, 2012). Cílem tohoto projektu bylo vytvořit dostatečné podklady a doporučení pro transformaci psychiatrické péče v ČR. Součástí odborné zprávy z projektu je také zmapování současného stavu lůžkové, ambulantní a intermediární péče.

V našem shrnutí využijeme oba tyto dokumenty. Protože jsou v nich služby dobře popsány a adresáře jsou volně dostupné na internetu, připadá nám zbytečné informace o jednotlivých službách kopírovat do této práce. Proto se soustředíme především na znázornění dostupnosti péče formou tabulky a následně mapky. Naším cílem bylo vyhledat psychologické služby nejen pro klienty, ale také pro jejich rodiny v rámci jednotlivých krajů. V příloze č. 7 uvádíme charakteristiku jednotlivých služeb uvedených v tabulce.

Tabulku č. 1 doplňujeme ještě o službu „**komunitní sestra“**, což je terénní zdravotnická služba, kdy psychiatrická sestra navštíví klienta v domácím prostředí. Takové služby jsou v ČR pouze čtyři: DPS Ondřejov Praha, Eset Praha, ÚVN Praha, DDZ Ostrava. (Raboch, Wenigová, 2012)

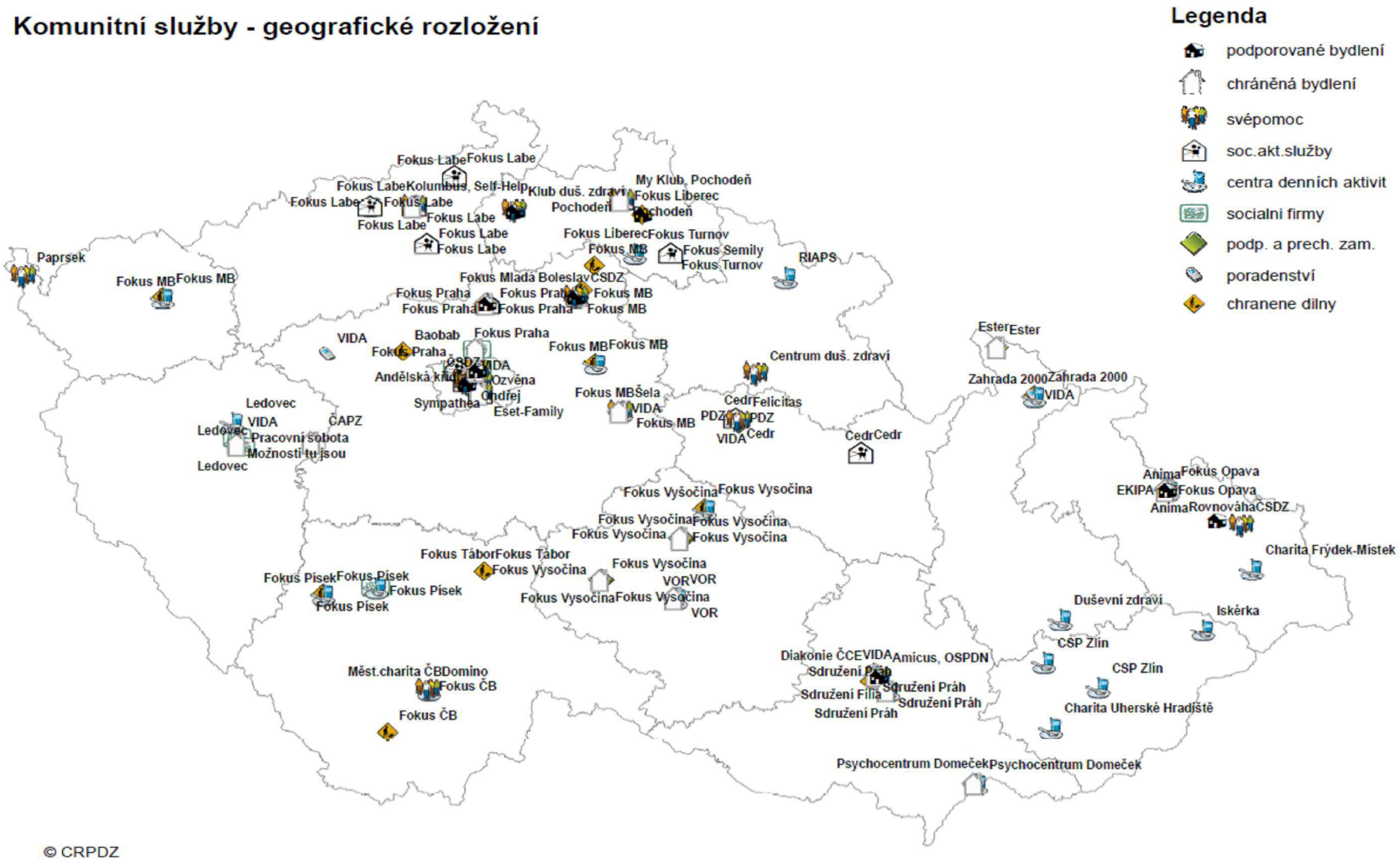
Z tabulky č. 1 je patrné, že služby nejsou vyváženy nejen v počtu, tedy v kolika obcích kraje se vyskytují, ale také z hlediska typu. Zároveň se ukazuje snaha zařízení, doplňovat služby směrem ke komplexní nabídce. Např. služba case management za poslední 2 roky přibyla v 10 krajích. Kraje jsou příliš velké oblasti, proto výše jmenovaný projekt (Raboch, Wenigová, 2012) navrhuje síť komunitních služeb vytvořit pro každý region podobný dřívějším okresům tak, aby byla dostupnost 30-60 min (podle typu služby). Obrázek č. 2 graficky znázorňuje rozložení služeb v ČR.

Tabulka č. 1: Počet sociálních a zdravotních služeb v rámci krajů

	JHC	JHM	KAR	KRA	LIB	MSK	OLO	PAR	PLZ	PHA	STC	UST	VYS	ZLI
Case management	3x	2x	1x	3x	1x	3x		4x	1x	5x	4x		3x	1x
Centrum denních aktivit a aktivizační služby					2x	3x	2x			5x	2x	2x		
Chráněné bydlení		3x			1x	1x			1x	5x	2x	1x	3x	
Chráněné dílny	1x									5x	1x	1x	4x	
Krizové centrum		1x								2x				
Podpora samostatného bydlení		1x			1x	3x	1x			2x	2x	2x		
Podporované vzdělávání									1x	2x				
Poradenství		5x			1x	3x		2x	1x	6x	4x	2x	1x	1x
Přechodné a podporované zaměstnávání										5x	3x	2x	2x	
Psychiatrické léčebny		1x		1x		1x	2x			1x		1x	3x	1x
Služby následné péče	1x			3x		1x		3x						
Sociálně terapeutické dílny	2x		1x		3x	1x	2x			2x	3x		3x	
Sociální rehabilitace	3x	2x		3x		3x	2x	4x	1x	6x	5x	4x	6x	3x
Stacionář										1x			2x	
Svépomocná sdružení pro příbuzné	1x	1x	1x	1x	1x			1x		3x	1x	1x		
Svépomocné aktivity-volnočasové					1x		1x	2x		3x	1x	1x		1x
Terapeutická komunita							1x		1x					
Zdravotnické psychiatrické stacionáře			1x			1x	1x	4x	2x	8x		1x	1x	

*Legenda: JHC- Jihočeský, JHM-Jihomoravský, KAR-Karlovarský, KRA- Královéhradecký, LIB- Liberecký, MSK- Moravskoslezský, OLO-Olomoucký, PAR- Pardubický, PLZ- Plzeňský, PHA- Praha, STC- Středočeský, UST- Ústecký, VYS- Vysočina, ZLI- Zlínský

Obrázek č. 2: Mapa komunitních služeb zdroj: Raboch, Wenigová, 2012



VÝZKUMNÁ ČÁST

5. Cíle výzkumu

Ve výzkumné části se zaměříme na dvě témata. První téma se týká **zmapování psychologických služeb pro psychotiky** a jejich rodiny. Zaměříme se na dostupnost takových služeb v rámci krajů České republiky. Naším cílem je zjistit, jestli rodina psychotika má možnost využít škálu služeb tak, jak jsme je popsali v teoretické části, poblíž svého bydliště.

Druhé téma výzkumu se týká **rodinné terapie** (dále RT) rodin s psychotickým členem. RT jsme vybrali proto, že je to jediný terapeutický program, kterého se účastní jedna celá rodina (ideálně tedy jak zdraví členové rodiny, tak psychotik). V teoretické části jsme popsali více možností práce s celou rodinou, ale RT se bohužel zatím v České republice nabízí vzácně, často v rámci jednorázového projektu. Zajímají nás specifika RT z hlediska terapeutického vedení, intervencí. Tyto zkušenosti nám zprostředkovali rodinní terapeuti. Dále se soustředíme na zkušenosti účastníků RT s cílem zjistit, v čem byla RT užitečná pro jejich konkrétní rodinu. Rozhovory proběhly jak s příbuznými, tak s psychotickými klienty. Výzkum RT jsme provedli v pražském zařízení- Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov a částečně také ve Fokusu Praha.

Formulované cíle zní:

1. zmapovat možnosti psychologické péče o rodinu, jejíž člen onemocněl psychózou
2. zmapovat zkušenosti účastníků RT se zaměřením na změny v komunikaci a fungování zúčastněných rodin
3. zmapovat specifika rodinné terapie, kdy se procesu terapie účastní klient, který onemocněl psychózou

6. Mapování psychologických služeb pro psychotiky a jejich příbuzné

V roce 2011, před zadáním tématu magisterské diplomové práce, jsme se přesvědčili o nedostatečném zmapování služeb pro psychotiky a jejich příbuzné napříč zdravotními a sociálními službami. Pro odborníky pracující v psychiatrické oblasti péče, jsou informace o možnostech péče o duševně nemocné lépe dostupné. Např. díky odborným konferencím nebo odborným časopisům, kde se informace pravidelně vyskytují. Jednotlivá zařízení také mají potřebu seznámit ostatní odborníky s jejich nabídkou služeb. V neposlední řadě se odborníci lépe orientují v nabídkách služeb i proto, že znají konkrétní podobu duševních onemocnění a většinou vědí, který typ služby je přiléhavý k potřebám konkrétního duševně nemocného. Avšak lékaři či zdravotní pracovníci z jiných oborů než psychiatrických se již natolik v možnostech léčby psychóz neorientují a nemohou tak poskytnout klientovi ani jeho příbuzným dostatečné informace. Jejich orientace v nabídce služeb se odvíjí od jejich vlastního zájmu a aktivity služby samostatně vyhledávat.

Pro laiky, kteří jenom tuší, že jejich blízký může být duševně nemocný (tedy nemoc není zatím diagnostikována) a rádi by mu pomohli k léčbě, je orientace v systému služeb nesrozumitelná. Dokonce i v případě, kdy je psychóza u jejich blízkého diagnostikována, se neorientují v doplňujících možnostech léčby. Sami klienti, většinou z povahy svého onemocnění, nejsou schopni vyhledávat další služby. Pokud se klient léčí u ambulantního psychiatra a nechodí do některé z ambulantních klinik, kde je nabídka služeb většinou komplexní, nedostane se často k dalším psychosociálním službám, které jsou velmi nápomocné pro jeho psychickou stabilizaci a uplatnění ve společnosti.

V této výzkumné části jsme se chtěli zaměřit pouze na okruh služeb psychologických. Nechtěli jsme vyhledávat služby psychiatrické. Zdůrazňujeme, že psychologické služby se vyskytují v nabídce jak zdravotnických (= psychiatrických) zařízení, tak v rámci psychosociálních služeb. Konkrétně se jedná o služby uvedené v kapitole 1.3.1, 1.3.2, 2.2.1 a 2.2.2. Do psychologických služeb jsme tedy zahrnuli i služby sociálně a pracovně rehabilitační pro psychotiky a svépomocné skupiny pro příbuzné. V rámci těchto služeb mohou psychologové také pracovat nebo se na nich podílet. Ale především jde o psychologický význam při léčbě psychotiků, kdy si díky sociální a pracovní rehabilitaci

mohou klienti ověřit své schopnosti, naučit se další dovednosti. To má pozitivní vliv na sebevnímání a sebehodnocení. Klienti mohou pocítit, že i s duševní nemocí mohou být užiteční a soběstační v rámci svého sociálního prostředí. Příbuzným psychotiků psychologickou pomoc podobně dotváří i svépomocné skupiny, kde mohou sdílet svůj osud s lidmi, kteří žijí v podobné situaci.

Vyhledávání psychologických služeb pro psychotiky a jejich blízké probíhalo v srpnu a listopadu 2012 a dále v únoru 2013. Vycházeli jsme především z adresáře VIDA (2010) a z prezentace konkrétních zařízení na internetu, kde jsme ověřovali aktuální a platné informace.

V únoru 2013 jsme našli další soupis služeb, který je opravdu komplexní. Zahrnuje tedy seznam nejen sociálních služeb, ale také služeb zdravotnických, v rámci ČR. Jedná se o projektovou zprávu **„Mapování stavu psychiatrické péče“** (Raboch, Wenigová, 2012). Jak jsme zjistili, byl tento dokument zveřejněn koncem roku 2012. Domníváme se, že námi vytvořený seznam služeb by byl zbytečný, pravděpodobně i méně přesný, protože na výše jmenovaném dokumentu se podílelo více autorů a v delším časovém horizontu. Rozhodli jsme se tedy tento dokument zařadit do teoretické části naší práce (Kapitola 4.2), abychom mohli prakticky ukázat nevyváženou nabídku služeb pro duševně nemocné v rámci regionů v ČR, což byl náš první výzkumný cíl této diplomové práce.

7. Realizace výzkumu rodinné terapie u rodin s psychotickým členem

Druhý a třetí cíl tohoto výzkumu se týká rodinné terapie u rodin, které mají psychotického člena. Tento výzkum má kvalitativní charakter. Design výzkumu se odvíjí od jeho výše popsaných cílů. Jedná se o evaluaci procesu RT tak, jak ji vnímají respondenti, kteří RT prošli.

7.1 Výběr výzkumného souboru

Náš výzkum se zaměřuje na jeden typ psychoterapie- rodinnou terapii (RT), která zatím není v běžné nabídce zařízení určených psychotikům. Naší snahou bylo **evaluovat RT** ze tří hledisek. Z hlediska klientů- psychotiků a z hlediska příbuzných psychotiků. Konkrétně jsme se zajímali o to, v čem jim RT byla prospěšná a v čem neprospěla, přestože to očekávali. To, že práce s rodinou je důležitá a podpůrná pro funkční chod rodiny s psychotikem, jsme psali již v teoretické části. Zajímá nás, zda podobně prospěšně práci s rodinou vnímají také klienti a zda mají některé výhrady, které bychom mohli zobecnit. Třetí úhel pohledu nám poskytli rodinní terapeuti. V rámci našeho výzkumu se RT účastnili pouze členové primárních rodin (tedy rodiče s mladým dospělým, který onemocněl psychózou). Pokusili jsme se zapojit i manželské/partnerské páry (párová terapie), kdy jeden nebo oba z páru se léčí s psychózou. Oslovení klienti i jejich blízcí z těchto rodin, bohužel, většinou z důvodů velké vytíženosti (zaměstnání a péče o rodinu), nakonec účast na výzkumu odmítli. V rámci tohoto výzkumu termín *příbuzní* označuje pouze rodiče psychotiků. Členy rodin, kteří se léčí s psychózou, v rámci výzkumu nazýváme *klienty*.

Oslovili jsme 2 pražská zařízení, kde RT dlouhodobě provádí a požádali je o spolupráci při našem výzkumu. Jedná se o **Fokus Praha** a **Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov** (DPS Ondřejov). Výběr výzkumného souboru jsme tedy provedli kvalitativní metodou- účelový výběr přes instituce (Miovský, 2006).

Nejprve jsme oslovili všechny rodinné terapeuty z těchto dvou zařízení a požádali je o účast na výzkumu. Zde bylo jediné kritérium:

- *aktivní zapojení do RT s rodinami, které mají psychotického člena.*

Dále jsme požádali rodinné terapeuty DPS Ondřejov, aby podle našich kritérií vybrali klienty, kteří využívali RT v současné nebo nedávné době, oslovili je a požádali o účast na našem výzkumu. Pokud oslovení klienti souhlasili, mohli jsme klientům již sami zavolat a domluvit setkání.

Kritéria výběru klientů byla:

- *Nejméně 3x účast na RT*
- *Ochota klienta účastnit se výzkumu*
- *Kompenzované psychotické onemocnění*

Oslovili jsme se stejnou žádostí terapeuty pravidelných skupinových psychoterapií pro psychotiky v rámci DPS Ondřejov. Terapeuti se dotázali klientů ve třech skupinových programech, ale bohužel žádný z přítomných klientů na skupině se RT nikdy neúčastnil. Zde jsme tedy nezískali žádné respondenty.

Kritéria výběru příbuzných byla:

- *Nejméně 3x účast na RT*
- *Ochota příbuzného účastnit se výzkumu*

Rodiče či partnery psychotiků jsme vyhledávali přes svépomocná sdružení. Dostali jsme informaci od terapeutů, že většina příbuzných, kteří se RT účastnili, jsou také členy „Ondřeje“. Požádali jsme kontaktní osobu **svépomocného sdružení příbuzných duševně nemocných „Ondřej“** (DPS Ondřejov), aby rozeslala emailem členům sdružení žádost o účast na výzkumu. Ondřej se schází pravidelně, každé první úterý v měsíci. Na nejbližším setkání Ondřeje jsme se skutečně setkali se skupinou příbuzných, kteří na naši emailovou žádost přišli a účastnili se výzkumu.

Pokoušeli jsme se kontaktovat i **svépomocné sdružení příbuzných „Ozvěna“** (Fokus Praha), ale bohužel se v současné době členové pravidelně neschází, proto nebylo možné získat kontakt na potencionální klienty. Stejná situace se ukázala i po našem oslovení **svépomocného sdružení příbuzných Šela** (v Kolíně).

Reprezentativitu výzkumného souboru vzhledem ke zvolenému tématu a zajištění saturovaných dat jsme zajistili tím, že jsme vyhledávali respondenty více způsoby. Do vyhledávání jsme zapojili všechny rodinné terapeuty v rámci dvou výše jmenovaných zařízení. Dále jsme oslovili svépomocná sdružení a terapeuty skupinových psychoterapií v DPS Ondřejov. Cílem bylo získat jak respondenty, kteří v současné době dochází na RT, tak i ty, kteří RT prošli již dříve.

Validitu získávání dat jsme zajistili triangulací zdrojů dat (Miovský 2006). To znamená, že téma našeho výzkumu- rodinná terapie- jsme hodnotili ze tří stran. Ze strany klienta, ze strany příbuzných a doplnili zkušenostmi rodinných terapeutů. Nejedná se o tři pohledy na jeden případ RT, ale o pohled ze tří stran na proces RT skrze vlastní zkušenosti aktérů.

Nejdříve jsme přímo kontaktovali klienty, protože jsme nechtěli vyvolávat nedůvěřivé pocity a spekulace, pokud by se dozvěděli o výzkumu od příbuzných. I když jsme neoslovovali jednotlivé rodiny, ale členy různých rodin, nemohli jsme vyloučit, že se klienti mohou o výzkumu dozvědět od třetí strany dříve. Vždy jsme nejprve vysvětlili záměr výzkumu a v krátkosti základní práva účastníků výzkumu. Konkrétními postupy při navazování kontaktu a informování účastníků se zabýváme podrobněji v kapitole o etice výzkumu. Pozvali jsme klienty na společné setkání. Naším záměrem bylo utvoření ohniskové skupiny. Při rozhovoru ve skupině jsme chtěli využít skupinové dynamiky v intencích, které by neohrožovaly jednotlivé klienty. Pokud by klienti nebyli ochotni promluvit o své zkušenosti ve skupině, nabízeli jsme možnost individuálního interview.

Výzkumu se účastnili 3 klienti v rámci ohniskové skupiny, 1 klient poskytl individuální interview. V textu označujeme klienty zkratkou K1-K4. Dále 6 příbuzných, kteří se účastnili ohniskové skupiny. Příbuzné dále označujeme P1-P6. Dále se účastnilo 7 rodinných terapeutů, které označujeme T1-T7. Terapeuti, bohužel, nenašli společný termín, abychom mohli vytvořit ohniskovou skupinu. Proto jsme s terapeuty mluvili ve dvojicích nebo individuálně. Základní fakta uvádíme v tabulkách níže.

Tabulka č. 2: Respondenti

respondenti	muži	ženy
Klienti	4	0
Příbuzní	1	5
rodinní terapeuti	4	3

Tabulka č. 3: Anamnéza klientů

klienti	věk	pohlaví	délka léčby	diagnóza*	typ setkání**
K1	42	muž	20let	F 20.0 +F10.20	O.S.
K2	33	muž	9let	F20.0	O.S.
K3	28	muž	14let	F20.0	O.S.
K4	35	muž	13let	F20.0	I.I.

*F 20.0- paranoidní schizofrenie
F 10.20- závislost na alkoholu, v současnosti abstinuje
**O.S.- ohnisková skupina, I.I.- individuální interview

Tabulka č. 4: Klienti a zkušenost s RT

klienti	počet sezení RT	sourozenci	sourozenci na RT	příbuzní na RT
K1	6	0	0	matka*
K2	6-7	1	ne, žije v zahraničí	matka*
K3	poprvé10x, podruhé 12x	2	ne, nežijí v jedné domácnosti	matka, otec
K4	5	1	ano	matka, otec

*otec klienta A již nežije, otec klienta B žije odděleně, rodiče jsou rozvedeni

Tabulka č. 5: Konstelace rodin příbuzných

Příbuzní	pohlaví	pohlaví DN člena na RT	počet sezení na RT	další příbuzní zúčastnění na RT
P1*	žena	syn	porvé 12-15x podruhé 5-6x	manžel, syn
P2*	muž	syn	porvé 12-15x podruhé 5-6x	manželka, syn
P3	žena	syn	5x	manžel, syn
P4	žena	dcera	3x	manžel, 3 synové
P5	žena	dcera	3x	0
P6	žena	syn	4x	manžel

*muž č.2 a žena č.1 jsou manželé

Tabulka č. 6: Rodinní terapeuti

rodinní terapeuti	muži	ženy
DPS Ondřejov	3	2
Fokus Praha	1	1

7.2 Metody získávání dat

Hlavní metodou získávání dat byla ohnisková skupina a polostrukturované interview. Doplňková metoda byla pozorování. V přípravné fázi jsme si vytvořili seznam témat a otázek podle cílů našeho výzkumu. Pomocí otázek jsme chtěli udržet strukturu rozhovorů ve skupině i individuálně v rámci našeho tématu. Se svolením účastníků, jsme pořídili audiozáznam.

Validitu výzkumu a jeho zjištění jsme posílili pomocí triangulace metod získávání dat. (Miovský, 2006) Konkrétní metody jsou:

Ohniskové skupiny se týkaly většiny klientů a příbuzných. Proběhly 2 ohniskové skupiny- jedna s klienty a jedna s příbuznými. Skupina měla vymezený čas 40-60 min, s ohledem na počet účastníků a jejich schopnost rozvíjet dané téma. S ohledem na fáze ohniskové skupiny (dále O.S.) jsme moderovali diskusi a snažili se rozvíjet dané téma a usměrňovat rozmělňující, okrajové diskuse. Na počátku O.S. jsme účastníky seznámili

s cíli výzkumu a pravidly O.S. (viz kapitola o etice výzkumu). Ukončení O.S. vyplynulo přirozeně při vyčerpání a opakování témat.

Polostrukturované interview jsme využili s jedním klientem a s rodinnými terapeuty. Využili jsme stejné okruhy otázek, které jsme pokládali v rámci ohniskových skupin. Časový rámec jednoho interview byl 30-45 min.

Pozorování, jako metoda získávání dat, pro nás byla důležitá především v rámci ohniskových skupin. Během rozhovoru ve skupině jsme věnovali pozornost skupinové dynamice, která mohla klienty a příbuzné podněcovat k rozvedení odpovědi, navázání na zkušenost druhých apod. Ale také by mohla sdílení zbrzdit. Především jsme se snažili předejít a zamezit vzniku pocitu velkého tlaku na sdílení nebo vzájemných verbálních útoků, které by mohly vyústit v pocit ohrožení, celkové nechuti se výzkumu účastnit nebo dokonce k poškození klientů a příbuzných (více v kapitole o etice výzkumu). Soustředili jsme se tedy na způsob řeči respondentů (gesta, řeč, mimika), opakování témat, neobvyklé reakce nebo vyhýbání se tématům. Toto pozorování řadíme podle Miovského (2006) mezi extrospektivní, zde šlo konkrétně o otevřené zúčastněné pozorování. Zaměřili jsme se i na introspektivní přístup. Především naše sebereflexe- tedy vlastní dojmy a postřehy z procesů ve skupině nebo z celkové situace při interview.

Metoda, která podle Miovského (2006) nese úskalí především při kontrole validity, je **kvalifikovaný odhad.** Přesto jsme ji doplňkově použili především v rámci interview s terapeuty, kteří díky své dlouholeté zkušenosti s RT rodin s psychotickým členem mohli popsat opakující se jevy. Vzhledem ke specifičnosti tématu a úzkému výběru výzkumného souboru se domníváme, že je tato metoda na místě.

Výzkum probíhal v červnu a červenci 2012 a v březnu 2013. Nejprve jsme zajistili vhodné prostory pro setkání skupiny klientů i rodičů. S laskavým svolením prim. MUDr. Jarolímka jsme využili skupinovou místnost v DPS Ondřejov. V případě individuálních interview jsme nabízeli klientům i terapeutům setkání podle jejich volby (v DPS Ondřejov, v kavárně apod.). Nakonec všechna interview proběhla v DPS Ondřejov. Pouze dva rodinné terapeuty jsme navštívili na jejich pracovišti, ve Fokusu Praha a provedli strukturované interview ve dvojici.

Okruhy témat pro klienty:

- ***Faktická data***

✓ Se kterým onemocněním se konkrétně léčíte?

✓ Jak dlouho se léčíte s psychotickým onemocněním?

✓ Kolika sezení RT jste se účastnil/a?

✓ Jaký byl interval sezení RT?

✓ Kdo z rodiny se sezení účastnil?

✓ Kdo z rodiny se neúčastnil?

✓ Máte sourozence?

✓ S kým žijete ve společné domácnosti?

- ***Informovanost o RT***

✓ Kdo vám RT nabídl?

✓ Jak vám vysvětlili k čemu je RT dobrá?

✓ Věděli jste o možnosti RT před tím, než jste dostali konkrétní nabídku?

- ***Zakázka***

✓ S jakou představou jste šli na RT?

✓ Co jste chtěli, aby se v rodině změnilo?

✓ Bylo něco konkrétního, co vadilo na rodinném soužití vám?

- ***Změny***

✓ Jaké změny po nich chtěli terapeuti?

✓ Po kolika sezeních pocítili doma nějakou změnu?

- ***Celkový dojem***

✓ Jak jste se cítili v RT?

✓ Co bylo nejtěžší změnit, obhájit, přijmout?

✓ Cítili jste podporu nebo tlak od terapeutů?

Během ohniskové skupiny jsme přidali další otázky, které více specifikovaly oblast zakázky a změn v RT:

✓ Co bylo impulsem, že jste RT přijali?

✓ Jaká témata jste v rámci RT probírali?

✓ Je něco, co vám nešlo změnit, popř. jste to nechtěli změnit?

Tyto doplněné otázky jsme použili i při ohniskové skupině s příbuznými.

Okruhy témat pro příbuzné

- ***Faktická data***

✓ Kolika sezení RT jste se účastnili?

✓ Jaký byl interval sezení RT?

✓ Kdo z rodiny se sezení účastnil?

✓ Kdo z rodiny se neúčastnil?

✓ Kdo z vaší rodiny se léčí s psychotickým onemocněním?

✓ Žijete s nemocným členem v jedné domácnosti?

- ***Informovanost o RT***

✓ Kdo vám RT nabídl?

✓ Jak vám vysvětlili k čemu je RT dobrá?

✓ Věděli jste o možnosti RT před tím, než jste dostali konkrétní nabídku?

- ***Zakázka***

✓ S jakým očekáváním jste šli na RT?

✓ Museli jste své očekávání změnit?

✓ Bylo něco konkrétního, co vadilo na rodinném soužití vám?

- ***Změny***

✓ Po kolika sezeních se něco změnilo?

✓ Co bylo impulsem, že jste RT přijali?

✓ Udělali jste nějaké konkrétní změny v domácím fungování, kterým dala impuls RT?

✓ Jaká témata jste v rámci RT probírali?

- ***Celkový dojem***

✓ Jak jste se cítili v RT?

✓ Co bylo nejtěžší změnit, obhájit, přijmout?

✓ Cítili jste podporu nebo tlak od terapeutů?

✓ Bylo něco, s čím jste na RT nesouhlasili?

✓ Je něco, co vám nešlo změnit, popř. jste to nechtěli změnit?

Okruhy témat pro rodinné terapeuty

- ***Faktická data***

✓ Jaký psychoterapeutický výcvik jste absolvovali?

✓ Jak dlouho pracujete s rodinami?

✓ Jaké prvky, techniky z výcviku používáte při RT s psychotiky?

- ***Informovanost o RT***

✓ Jak se rodina dostane do RT?

✓ Kdo je iniciátor doporučení?

✓ Je nutná široká informovanost o RT mezi laickou veřejností?

- ***Zakázka***

✓ Při jakém problému je doporučena RT ze strany odborníka?

✓ Jaké mohou být komplikace na uskutečnění RT?

✓ Jsou odlišné zakázky příbuzných a klientů?

✓ Jak řešíte skryté zakázky rodiny?

- ***Změny***

✓ Co musíte řešit dříve, než se stanoví zakázka? (tj. brání něco fungování RT hned na počátku- např. rozdílná motivace jednotlivých účastníků RT?)

✓ Jsou nějaké obecné cíle u rodin s psychotickým členem?

✓ Kolik sezení s těmito rodinami je třeba průměrně, než dojde k nějaké změně? (kolik sezení je nutné pro nějakou změnu)

✓ Kolik setkání s těmito rodinami je třeba nejméně a kolik průměrně?

- ***Průběh terapie***

✓ Které okruhy témat v rámci RT jsou typické pro tyto rodiny?

✓ Existují terapeutické postupy, které využíváte u těchto rodin nebo kterým se cíleně vyhýbáte?

✓ Stává se, že se psychotičtí klienti během RT dekompenzují?

Při prvním individuálním interview jsme doplnili několik konkretizujících otázek:

✓ *Jaká je, podle vás, informovanost odborníků o možnosti RT pro rodiny s psychotikem?*

✓ *Využívají odborníci dostatečně možnost RT pro psychotické klienty?*

7.3 Metody analýzy dat

Základním postupem, kterým jsme se řídili při analýze dat, byla tzv. „**framework analysis**“ (**rámcová analýza**), kterou popisují Lacey a Luff (2001). Autoři vysvětlují 5 klíčových kroků zpracování dat, které jsme volně přeložili:

1. „**Familiarisation“** (seznámení se s daty) - transkripce a čtení dat
2. **„Identifying a Thematic Framework“** (rozpoznání základních témat) - počáteční kódování, kdy se vynoří základní témata
3. „**Indexing“** (označování) - jde o kódování, kdy vyznačujeme části textu, které zapadají do různých témat, která jsme určili.
4. „**Charting“** (zmapování) - zde si data přehledně utřídíme podle témat, abychom mohli snadněji v datech „číst“.
5. „**Maping and Interpretation“** - nyní hledáme vzory, asociace a koncepty pro vysvětlení našich dat.

Cílem rámcové analýzy je lepší organizace dat. Podle Hendla (2005) tato metoda umožňuje případy mezi sebou snadno porovnat. Používá se v případech, kdy cíle výzkumu jsou již stanoveny relativně podrobně ještě před započetím výzkumu.

Další postupy, které jsme použili při analýze dat, ale také pro kontrolu validity, jsou dílčí metody a postupy, jak o nich píše Miovský (2006). Konkrétně to je **metoda vytváření trsů**, **metoda zachycování vzorců** a **metoda prostého výčtu**. Také **metoda kontrastu** má v našem výzkumu své opodstatnění, když se soustředíme na odlišné zkušenosti klientů a příbuzných.

Inspirací pro nás byla rovněž **metoda otevřeného kódování**, která se používá např. při tvorbě zakotvené teorie. Nicméně vzhledem k cílům našeho výzkumu není naším záměrem tvorba nové teorie, ale analýza zkušeností klientů RT.

7.4 Etika výzkumu

Před zahájením výzkumu jsme se zabývali otázkou etiky. Považujeme za nezbytné určit si pravidla zacházení s informacemi a vytvořit nástroj pro ochranu respondentů ještě ve fázi příprav výzkumu.

Před realizací výzkumu jsme vytvořili informovaný souhlas, se kterým byli seznámeni všichni respondenti výzkumu a před zahájením výzkumu tento souhlas dobrovolně podepsali. Informovaný souhlas obsahuje krátkou informaci o výzkumu a práva a povinnosti respondentů. Podobu informovaného souhlasu přikládáme do přílohy č 8.

Samozřejmostí bylo informovat respondenty podrobně o výzkumu ještě před tím, než se o svojí účasti na výzkumu definitivně rozhodli. Mezi základní informace patřilo vysvětlit cíle výzkumu a také způsob zacházení se získanými daty. K získaným informacím měla přístup pouze autorka této práce, která výzkum prováděla. V žádném případě nebylo přípustné poskytovat jakékoliv informace rodinným terapeutům nebo jiným pracovníkům DPS Ondřejov ani ostatním účastníkům výzkumu. Toto pravidlo jsme zdůraznili především v kontextu situace, že autorka výzkumu dříve pracovala v DPS Ondřejov, o čemž byli respondenti informováni. Jasně jsme vymezili roli studentky, která je neutrální vůči DPS Ondřejov a v žádném případě nezastupuje zájmy tohoto zařízení. Anonymitu jsme zajistili tím, že jsme v této diplomové práci změnili všechna jména nebo jiné identifikační údaje, tak, aby nemohlo dojít k rozpoznání zúčastněných osob. Studentka se zavázala povinností mlčenlivosti. Dalším krokem pro zabezpečení sebraných dat jsou pravidla archivace. Všechna data, tedy písemná i audiozáznamy, jsou uložena v uzamčeném prostoru. Data uložená v počítači jsou dostupná pouze přes heslo. Citlivé údaje účastníků výzkumu budou po obhájení diplomové práce zničena. (Miovský, 2006)

Další důležitá etická pravidla se týkají komunikace s respondenty, počínaje pravidly kontaktování potencionálních respondentů. První kontakt s klienty proběhl přes odborné pracovníky ze zařízení a teprve po jejich souhlasu jsme je mohli sami kontaktovat. Uvědomujeme si, že kontaktovat klienty, kteří se léčí se závažnou duševní poruchou, může být pro ně zneklidňující. V této situaci byla výhodou praxe autorky v tomto zařízení. Jednak rozumí principům léčby psychotických klientů a také zná pravidla fungování tohoto zařízení. Zásadou při komunikaci byla dobrovolnost účasti na výzkumu, nikoliv nátlak.

Podstatné bylo vysvětlit klientům možné výhody uspořádání ohniskové skupiny, nicméně zmínit i možnost individuálního interview, pokud by skupinové uspořádání pro klienty nebylo přijatelné. Podobný postup jsme volili při kontaktování příbuzných.

Při ohniskových skupinách i v individuálních pohovorech jsme dodržovali pravidlo neutrality (Miovský, 2006). To znamená, že jsme nehodnotili zkušenosti respondentů. Nicméně jsme si všímali projevů rozrušení a citlivě jsme na ně reagovali. V rámci ohniskových skupin jsme na počátku museli zdůraznit pravidla, která platí pro všechny zúčastněné. Některá pravidla uvádíme podle Miovského (2006, s.183):

- hovoří vždy pouze jedna osoba
- nesmí probíhat žádné vedlejší rozhovory mezi sousedy
- každý má právo říci svůj názor
- každý má právo odmítnout odpověď
- informace, které se účastníci o sobě dozvědí, patří pouze jim a žádné jiné osobě

Závěrem rozhovorů jsme se věnovali shrnutí, především abychom se vyhnuli emotivním zkušenostem a mohli uzavřít celé téma. Respondenti byli ujištěni, že v případě jakýchkoliv dotazů ohledně výzkumu, se mohou kdykoliv na nás obrátit (kontakt je uveden na informovaném souhlasu).

Účastníci výzkumu také dostali informaci, že v případě zájmu, budou výsledky výzkumu dostupné v DPS Ondřejov v podobě diplomové práce (v knihovně), po jejím obhájení. Případně nás mohou kontaktovat a dostanou výsledky jednotlivě.

7.5 Průběh výzkumu

Před analýzou dat popíšeme stručně praktický průběh výzkumu. Výběr tématu výzkumu popisujeme v úvodu práce. Poté jsme stručně popsali cíle výzkumu a způsob sběru dat, abychom se mohli dotázat primáře zařízení, zda můžeme tento výzkum uskutečnit na tomto pracovišti. Po uděleném souhlasu jsme oslovili také rodinné terapeuty, zda se zúčastní našeho výzkumu. Po jejich souhlasu s účastí jsme se zaměřili na design výzkumu a konkrétně formulovali cíle výzkumu. Vzhledem k tématu je náš výzkum kvalitativního charakteru, protože se zaměřuje na zhodnocení zkušeností účastníků rodinné terapie a

shrnutí specifik RT u rodin s psychotickým členem. Nejprve jsme vypracovali kritéria, podle kterých bychom mohli, s pomocí rodinných terapeutů, vybrat vhodné klienty. Každý z rodinných terapeutů sděloval nápady, koho oslovit. Vzhledem k délce trvání jednotlivých terapií (1-2 roky) a zkráceným úvazkům terapeutů nebylo snadné najít větší počet těchto rodin. Také ne všechny RT, které probíhají v DPS Ondřejov se týkají problematiky psychóz. Terapeuti sdělovali, že v současné době (cca za poslední rok) probíhá minimum RT s rodinami, jejíž člen je psychotik. Nakonec jsme dostali seznam deseti klientů, kterým jsme mohli zavolat. Bohužel, dvěma klientům jsme se vůbec nedovolali a jeden klient nepřišel na ohniskovou skupinu. Pak jsme se dozvěděli, že se rozhodl výzkumu nezúčastnit. Tři klientky nakonec odmítly účast ve výzkumu. Dvě z nich sdělily, že se nakonec rozhodly k tématu rodinné terapie nevracet a jedna klientka (účastnice párové terapie) z časových důvodů účast také odmítla. Čtyři klienti s účastí na výzkumu souhlasili, z nichž tři byli ochotni utvořit ohniskovou skupinu. S jedním klientem jsme provedli individuální interview. Klienti se zajímali o cíle výzkumu a okruhy témat ohniskové skupiny, aby se mohli rozhodnout, zda je pro ně tato forma přijatelná. Proto jsme zdůraznili pravidlo o možnosti odmítnout odpovědět nebo přestat mluvit o zkušenosti, která byla nepříjemná. Také jsme zdůraznili pravidlo mlčenlivosti (nevynášet ze skupiny). Pro tři klienty byla tato pravidla dostatečně bezpečná a přišli na ohniskovou skupinu. Jeden klient nesouhlasil s jednorázovým setkáním ve skupině s neznámými klienty, což jsme plně respektovali.

Současně jsme vyhledávali potencionální respondenty z řad příbuzných. Po vymezení kritérií výběru jsme oslovili svépomocná sdružení příbuzných z Prahy a okolí (Ondřej- DPS Ondřejov, Ozvěna- Fokus, Šela- Kolín). Činné (z hlediska setkávání příbuzných) je v současné době pouze sdružení Ondřej, kde jsme pomocí emailu, který rozeslala kontaktní osoba sdružení, požádali o účast příbuzné, kteří zažili rodinnou terapii. Na nejbližším setkání Ondřeje jsme utvořili ohniskovou skupinu z příbuzných, kteří se rodinné terapie účastnili. Šest příbuzných bylo ochotných o rodinné terapii mluvit a sdílet zkušenosti. Příbuzní uvítali formu ohniskové skupiny, většinou je zajímala i zkušenost ostatních příbuzných.

S rodinnými terapeuty DPS Ondřejov jsme domluvili čtyři interview- tři interview s jednotlivými terapeuty a jedno interview s terapeutickou dvojicí. S terapeutickou dvojicí z Fokusu Praha jsme také mluvili v rámci jednoho interview.

Příjemným překvapením pro nás byl fakt, že klienti i příbuzní souhlasili s pořízením audiozáznamu bez výhrad. Výhodou v komunikaci s respondenty pro nás byla zkušenost s terapií psychotiků a také z edukačních skupin s rodinnými příslušníky v DPS.

Po sběru dat jsme provedli transkripci (přepis audiozáznamu do textové podoby). Některé otázky jsme upravili již v průběhu skupin, abychom získali podrobnější informace. Úpravu otázek uvádíme v kap. 7.2. Když byla data v písemné podobě, použili jsme několik metod pro utřídění dat, které popisujeme v kapitole 7.3. Podrobnější analýzu dat uvádíme v následující kapitole.

8. Prezentace a interpretace dat

V první podkapitole uvedeme témata, která vznikla při kódování dat získaných od klientů a příbuzných. V rámci každého tématu shrneme pohledy klientů i příbuzných. Druhá podkapitola se věnuje shrnutí zkušeností rodinných terapeutů při RT rodin s psychotickým členem.

8.1 Rodinná terapie pohledem klientů a příbuzných

Základní faktická data o klientech a příbuzných jsme uvedli v rámci tabulek v kapitole 7.1. Nyní uvedeme získaná data podrobněji. Ukázky dat v písemné podobě přikládáme do přílohy č. 9.

8.1.1 Nabídka RT a informovanost o RT

Všichni respondenti uvedli, že o možnosti rodinné terapie nevěděli. V počátcích bylo potřeba vysvětlit „jakou rodinnou terapii myslíme“. Protože často především příbuzní, směšují rodinnou terapii a edukační programy pro příbuzné. Zatímco klienti většinou o možnosti RT vůbec nevědí, dokud jim není nabídnuta odborníkem. P1 a P2 uvedli, že jejich syn první RT vyhledal sám (podruhé jim byla nabídnuta již v DPS Ondřejov psychiatrem) První RT se také odehrávala v jiném zařízení (Břehová, Praha) a nebyla indikována primárně kvůli psychotickému onemocnění, protože ještě nebylo diagnostikováno. Nicméně se časem ukázalo, že chování druhého syna (bratra, který RT vyhledal) může mít původ v duševním onemocnění a to zapříčinilo některé problémy ve fungování rodiny. (*P1:“první rodinnou terapii nám nabídl náš syn, ten zdravý. Protože nemocný syn přestal chodit do školy, nekomunikoval, toho mladšího to trápilo, bydleli spolu v pokoji“*…)

Je mnoho možností, jak se k RT respondenti mohli dostat. 6x uvedli, že jim RT doporučil psychiatr (5x příbuzným a 1x klientovi). 4x doporučil RT psycholog (klientům).

To, že příbuzným doporučil RT psychiatr, znamená, že tu nabídku dostali skrze svého syna/dceru od psychiatra. Pouze u P1 a P2 dostali doporučení od psychiatra přímo rodiče, protože jejich syn byl opakovaně dekompenzován a na svůj stav nenahlížel. Jeho rodiče

konzultovali synův stav s lékařem opakovaně, byli ochotni se na léčbě podílet a dostali tak od lékaře toto doporučení.

V praxi samozřejmě má kompetence napsat indikaci k rodinné terapii hrazené zdravotní pojišťovnou pouze lékař- tedy psychiatr (v rámci zdravotnického zařízení). My ale vycházíme z týmové práce v zařízení, kdy prvotní doporučení v rámci týmu může dát i jiný odborník. A na základě dohody s ošetřujícím lékařem může být RT skutečně indikována a u našich respondentů také byla.

Jakým způsobem byla vysvětlena nabídka RT klientům a příbuzným, je většinou závislé na jejich aktivitě ptát se na podrobnosti. Nabídka obvykle vycházela z toho, že téma konfliktů v rodině nebo s jedním členem v rodině se opakovalo v rámci individuální psychoterapie nebo v rozhovorech s psychiatrem. Důvodem, který byl **klientům** sdělen, bylo zlepšení vztahů nebo komunikace v rodině. Klienti byli ve dvou případech (K2, K4) svolní s doporučením lékaře, aniž by je zajímal konkrétní důvod. K1 dostal nabídku RT, ale teprve po dvou letech se rozhodl ji využít. Důvodem přijetí RT byla snaha s matkou navázat kontakt, několik let přerušený (ze strany klienta). K3 měl potřebu vysvětlit rodině svoje vnímání situace a opakovaně toto téma řešil v individuální psychoterapii.

Příbuzní většinou na RT přistoupili, protože měli snahu pomoci svému synovi/dceři a sami si nevěděli rady. (*P1:"my jsme nepotřebovali vysvětlovat…když lékař řekl, že by to bylo na RT, tak jsme šli"…)* Větší ochotu přijmout RT měly matky, otcové ve dvou případech nevnímali problémy dcer (P4 a P5) jako něco, s čím by mohli něco udělat (sami přispět ke změně). Proto byla u P4 a P5 terapie ukončena po 3. sezení.

8.1.2 Očekávání v RT

Každý zúčastněný **klient** měl odlišná očekávání. Např. vyříkat si nedorozumění, pomoc někoho třetího v komunikaci nebo se dozvědět, jak správně jednat. Ukázaly se naprosto odlišné postoje; např. u K2- zvědavost („*já jsem byl zvědavej, co je ten správný přístup, když je v tý rodině někdo takhle postiženej..*") a u K1, který se několik let bránil přijmout nabídku RT a kterému teprve po smrti otce chyběla „třetí osoba" jako prostředník v komunikaci mezi ním a matkou. Osobu otce měla dočasně nahradit RT („*táta už nebyl, ten vždycky sloužil jako smírčí prvek..").* K3 a K4 naopak doufali, že se otevře komunikace

mezi členy rodiny a pomůže to vzájemnému porozumění a náhledu na různé situace (K3:„*..třeba oni mi povědí, že taky to mysleli jinak než já, že si to vyříkáme..*“).

Vědomá očekávání klientů se většinou nenaplnila, byli nuceni očekávání přehodnotit. Přesto s RT byli všichni spokojeni, jak podrobněji píšeme v kapitole o pocitech a zkušenostech. Nicméně podle sdělení klientů můžeme usuzovat na určité nespokojenosti, které pouze neuměli verbalizovat jako zakázku na počátku RT. Ale nakonec v rámci několika sezení se dokázali vyjádřit, co by potřebovali změnit nebo vyjasnit. Tématům, kterých se to týká, se věnujeme v další kapitole.

Příbuzní měli společná očekávání v tom smyslu, aby jim někdo třetí pomohl s opakovanými problémy doma- např. přispět ke zlepšení komunikace, vysvětlit některým členům rodiny, co je nemoc a co je povaha (*P4: „moje nejstarší dcera byla nemocná, v tý době tam byli 3 mladší sourozenci….byli z toho vyděšený, očekávala jsem, že pochopí tu starší sestru. To se nepovedlo...“ P3: „můj muž se neumí otevřít...“*). Další společné očekávání příbuzných se týkalo představy, že se na RT dozví nějaké konkrétní univerzální postupy v jednání s klienty. (*P2: „já bych chtěla konkrétní návod“)*

Z rozhovoru vyplynulo, že ti příbuzní, kteří byli přítomni na ohniskové skupině, neměli problém do RT vstoupit a byli ochotni přijmout pomoc „třetí strany“ a aktivně se zapojili do RT, i když nakonec často museli svoje představy korigovat. Nicméně ti, kteří měli pocit, že RT není k ničemu nebo že není potřeba jejich aktivní účast na léčbě jejich syna/dcery, tak se výzkumu ani neúčastnili. O jejich stanovisku k RT jsme se dozvěděli zprostředkovaně přes přítomné příbuzné (P3 a P4). Tyto rodiny ukončily RT předčasně (tedy P3 a P4 neměly pocit, že by problémové situace v rámci RT dostatečně prodiskutovali nebo posunuli pozitivním směrem). Uvádíme to zde jako postřeh, protože o motivech jednání nelze spekulovat bez účasti osob, kterých se to týká.

Očekávání příbuzných byla většinou reálná, co se týkalo témat, která se skutečně v RT probírala. Nicméně často byli překvapeni, nakolik museli být aktivní, nebo že řešení situace přišlo jiným způsobem, než si sami představovali. (*P5: „já jsem chtěla, aby dcera byla samostatnější, ona je na mně hrozně závislá. Ale oni jí hned doporučovali chráněné bydlení, ale na to ještě podle mě neměla...*“) Ojedinělou odpověď jsme zaznamenali u jediného muže- příbuzného. A to, že očekávání neměl žádná. (*P1: „já když někam jdu, nemám očekávání…*“)

Obecným očekáváním u téměř všech respondentů bylo očekávání pomoci třetí strany s nějakým problémem, který je trápil. Také se ukázala tendence u příbuzných i klientů ve větší či menší míře očekávat rady a návody. V podstatě se jedná o očekávání, že odborníci budou vědět správný postup jednání, který jim předají. Tento postoj respondentů vyjadřuje očekávání, že jejich role v rámci terapeutického vztahu bude pasivní.

8.1.3 Témata řešená v RT

Předpokládali jsme, že témata, která se v RT nejčastěji řeší, budou podobná z úhlu pohledu klientů i příbuzných. Skutečně mezi dvě hlavní společná témata patří: komunikační potíže, hranice podpory ze strany příbuzných a z úhlu klientů potřeba samostatnosti a důvěry od rodiny (což považujeme za „rub a líc jedné mince“).

Chtěli bychom se podrobněji vyjádřit k tématu „komunikační obtíže“, protože toto označení je široké a nejasné. Nicméně klienti i příbuzní toto sousloví používali a teprve v průběhu rozhovoru vyšel najevo konkrétní smysl tohoto pojmenování. Většinou se jednalo o situace, kdy příbuzní měli potřebu kontrolovat domluvené úkoly v rámci domácnosti ve snaze aktivizovat klienta. Klienti tuto snahu vnímali jako tlak a nedůvěru. (*P2: „spíš tam byl problém z mojí strany, to dohlížení..“)* Další situace byla opačná. Některý člen domácnosti měl přehnané požadavky na klienta, který požadavky nesplnil a z toho plynuly hádky nebo kritika. Opačná situace byla, že příbuzný neuměl klientovi vysvětlit, že je potřeba se podílet na chodu domácnosti a tak fungování domácnosti zůstalo na příbuzném a klient ani netušil, že existuje problém. (*K2: „mamka měla velkou zodpovědnost a právě dělala ty věci za mě..“)* Podle výsledků studie bychom mohli vysvětlit termín „komunikační obtíže“ jako nedorozumění, kdy jedna ze stran neumí té druhé vhodným způsobem vysvětlit, co ji trápí nebo jaká má od ní očekávání.

Přehled témat a jejich četnost v rámci našeho výzkumného souboru uvádíme v následující tabulce.

Tabulka č. 7: Nejčastější témata v RT

témata	**příbuzní**	**klienti**	**celkem**
vyříkat si vzájemně názory	3x	3x	6x
začít spolu mluvit		1x	1x
pravidla domácnosti	2x	3x	5x
edukace o nemoci	6x	4x	10x
důvěra (snížení kontroly)	2x	2x	4x
způsob komunikace (omezení kritiky)	2x	2x	4x

Jak z tabulky č. 7 vyplývá, nejčastěji se v rámci RT objevuje potřeba získání informací o nemoci (edukace), což bychom mohli vnímat jako specifikum v RT u těchto rodin. Prvky edukace v RT mohou obsahovat „rady“, tedy konkrétní návody doporučeného jednání. V tomto smyslu skutečně částečný návod jednání mohou příbuzní dostat. Dalším častým tématem je „vyříkat si názory“, což konkrétně obsahuje z hlediska klientů snahu o vysvětlení svého náhledu na situace, chod domácnosti a vyjádření konkrétních nespokojeností s jednáním ostatních členů rodiny.

Z tabulky č. 7 je také patrné, že témata z hlediska klientů i příbuzných se opakují podobně často. Nakolik jsou tato témata typická pro tyto rodiny, nám ukáží ještě odpovědi terapeutů v kapitole 8.2.

8.1.4 Pocity a zkušenosti z RT

Pocity a zkušenosti jednotlivých účastníků RT jsou jistě jedinečné, stejně tak jako příběhy jednotlivých rodin v RT. Přesto se pokusíme najít společného jmenovatele pro podobné pocity a prožitky respondentů.

Tři **klienti** vyjádřili spokojenost s proběhlou RT. Jeden klient byl částečně zklamán, že se jeho zakázka nevyřešila podle jeho představ, nicméně s průběhem RT byl spokojen. (*K3: „já nevím, jestli nám to nějak pomohlo, alespoň jsme si vyjasnili nějaké věci….uvědomil jsem si, že na tom ještě nejsem tak špatně. To mi dost pomohlo.“*)

Průběh RT hodnotili klienti většinou pozitivně, jako bezpečný prostor pro sdílení. I když očekávání nevyšla, byli klienti s RT spokojeni. Můžeme předpokládat, že došlo

k určitému vyjasnění v komunikaci (např. K3, K4) nebo v pravidlech v domácnosti (K2), které přineslo dostatečnou subjektivní úlevu pro klienty v rámci fungování jejich rodiny.

Klienti se také zmiňovali o nepříjemných zážitcích v RT, nicméně vždy jen okrajově. Např. u K2 šlo o citlivé téma porozumění ze strany jeho starších sourozenců, kteří se terapie neúčastnili a jejich vzájemný vztah není příliš otevřený. K1 za citlivé považoval téma jeho závislosti na alkoholu. Jednalo se o dlouhodobá témata, která v rámci rodiny byla upozaděná (resp. málo verbalizovaná), ale přesto důležitá a ovlivňovala jednání nebo postoje klientů v rámci rodiny.

Shodně klienti uvedli, že to hlavní, co jim RT dala, je podpora terapeutů v jejich vlastní snaze samostatně řešit nedorozumění a konfliktní situace. (*K1: „RT nám nejvíc dala tu snahu a že ostatní je na nás...*“) To znamená učinit první kroky ke změnám v nefunkčních zaběhlých vzorcích ať už rodinného fungování nebo v komunikaci. Což byl, podle klientů, ten hlavní přínos RT.

Příbuzní neuváděli jednoznačně spokojenost s výsledkem ani průběhem RT. Spíše byli spokojeni s dílčími změnami, které zlepšili fungování rodiny (pravidla). Dále ocenili informace o nemoci, které jim pomohly lépe pochopit jednání klientů. Příbuzní byli schopni popsat, co jim vadilo v jednání terapeutů. V jednom případě byli příbuzní zklamáni, že terapeuti nepojmenovali stav jejich syna, protože byl dekompenzovaný a začal být slovně agresivní, sebepoškozoval se. RT sice s tímto dlouhodobě neuspokojivým stavem pohnula směrem k hospitalizaci (a tedy k intenzivní léčbě), ale byl to spíše sekundární efekt. Tři příbuzní se vyjádřili, že se jim zdáli terapeuti příliš věcní, ale tento fakt nebránil navázání kontaktu a procesu terapie. (*P4: „nebyli špatní, ale byly tam ty děti, tak jsem očekávala, že budou hodnější..*“). Ostatní příbuzní byli spokojeni s přístupem terapeutů. I přes konkrétní výhrady byli příbuzní rádi za tuto nabídku RT a celkově ji hodnotili jako přínosnou pro jejich rodiny. Kromě P3 a P4, kteří RT ukončili vzhledem k neochotě svých partnerů (manželů) se na ní podílet. Přestože terapeuti většinou nabízí možnost RT i s neúplnou rodinou (viz kap. 8.2), P3 a P4 nepovažovali za účelné pokračovat, protože klíčové osoby, se kterými nefungovala komunikace doma a měli odlišný náhled na situaci nemoci, se odmítli účastnit.

P1 a P2 měli možnost porovnat dvě RT ve dvou rozdílných zařízeních. Vnímali, že porovnání nemůže být úplně přesné především pro odlišný stav jejich syna, který byl poprvé schopen komunikace a podruhé byl v rámci RT stažený, nekomunikoval a následně

zrelaboval. Nicméně zhodnotili přístup na 1. RT jako *„přirozenější, na začátku jsme mluvili o tom, co se stalo, obecné věci a pak jsme došli k tomu jádru, víc chválili…"(P2)*

Všichni respondenti vyjádřili spokojenost s absolvováním RT jakožto další možností, jak se pokusit ovlivnit nefungující vzorce komunikace v rodině. Každá skupina se vyjadřovala k tématu pocitů v RT rozdílně. Klienti se ve svých odpovědích zaměřili na to, zda se cítili bezpečně, zda jim RT prospěla a zda proces RT pro ně byl spíš příjemný. Příbuzní hodnotili konkrétněji jednání terapeutů, dokázali konkrétně mluvit o nepříjemných zážitcích, což klienti dělali pouze v náznacích.

8.2 Specifika RT rodin, jejíž člen onemocněl psychózou- zkušenosti terapeutů

Nyní shrneme specifika RT s rodinou, která má psychotického člena tak, jak ji vidí rodinní terapeuti, kteří dlouhodobě s takovými rodinami pracují. Tito rodinní terapeuti mají také zkušenosti s jinou problematikou v rámci rodinných terapií a mohou tak proces RT porovnávat. V tabulce č. 8 uvedeme faktická data, která se týkají délky praxe terapeutů, jejich výcvikových zkušeností apod.

Tabulka č. 8: Faktická data rodinných terapeutů

Terapeuti	**výcvik**	**délka praxe v RT**	**pohlaví**	**zařízení**
T1	SUR + systemický v RT	8 let	muž	DPS
T2	SUR + v RT (Vodňanská)	10 let	žena	DPS
T3	SUR + systemický v RT	15 let	muž	DPS
T4	systemicky v RT + psychoanalytický v párové terapii	9 let	žena	DPS
T5	SUR	12 let	muž	DPS
T6	SUR + systemický v RT	16 let	muž	Fokus
T7	SUR + systemický v RT	14 let	žena	Fokus

Další kapitoly členíme podle tematických okruhů, na které jsme se rodinných terapeutů dotazovali. V rámci každého tématického okruhu shrneme zkušenosti všech zúčastněných terapeutů.

8.2.1 Nabídka RT a informovanost o RT

Terapeuti se shodli, že nejčastěji se rodina do **RT dostane** s doporučením od odborníka, většinou psychiatra, někdy od psychologa. Vzhledem k tomu, že všichni terapeuti pracují v rámci denních klinik zaměřené na léčbu psychóz, dostanou se k nim především klienti jejich zařízení nebo úzce spolupracujících zařízení. Rodin, které se do RT dostanou z jiných služeb („z venku“) je minimum. T5 sděluje, že se jedná také o pravidlo zařízení, zda RT bude poskytována jen klientům zařízení nebo také klientům z jiných zařízení.

Většinou přichází s doporučením k RT klient. Méně často již rodiče, kteří někdy dostanou informaci o RT na edukačních programech. Ve větší míře se partneři psychotiků zajímají také o párovou terapii (tedy vychází z potřeb zdravého partnera). (*T1: „ke mně se na RT hlásí asi z 50% klienti někým doporučený a zhruba 40% na párovou terapii, to vyhledají většinou partneři, ty zdravý… “)*

Pozn.: v rámci tohoto výzkumu budeme chápat RT jako synonymum párové terapie. Používat výraz párové terapie budeme v případě, že budeme zdůrazňovat odlišnosti terapií primárních rodin a terapií manželů/partnerů tak, jak to uvedli terapeuti.

Uvádíme pořadí, jakým způsobem se rodina k RT dostane (od nejčastější možnosti):

- ✓ doporučení od psychiatra (jak klientovi nebo příbuzným)
- ✓ doporučení od psychologa (častěji od individuálního terapeuta klienta, někdy skupinový terapeut)
- ✓ RT vyhledají rodiče (informace ze svépomocných nebo edukačních skupin pro příbuzné)
- ✓ od jiných odborníků- např. sociální pracovnice
- ✓ RT si vyhledají sami klienti
- ✓ doporučení z jiného zařízení

Informovanost o RT rodin s psychotickým členem je nízká až nulová, a to i u odborníků. Např. u klientů, kteří mají ambulantního psychiatra samostatně a do těchto klinik dochází na terapeutické programy. Doporučení pak vychází od skupinového terapeuta. Terapeuti uváděli, že by bylo potřeba zvýšit informovanost především u lékařů-psychiatrů, právě když rodina shání informace o nemoci nebo je klient opakovaně dekompenzován evidentně v souvislosti s rodinným soužitím. Výjimkou jsou kolegové v rámci zařízení, kteří jsou o možnosti RT informováni.

Terapeuti vyslovili shodný názor, že by bylo přínosné, aby klienti a příbuzní o možnosti RT věděli, protože to snižuje předsudky vůči RT (např., že se tam řeší, kdo z rodiny problémy zavinil) a zvyšuje to kompetenci rodiny (T5).

Jako postřeh T2 uvádíme, že by bylo vhodné vyřešit financování RT, protože ze strany zdravotní pojišťovny není dostatečně ohodnocena (pracují 2 terapeuti společně), zároveň by větší míra vykazování RT překračovala limit daný pojišťovnou.

8.2.2 Zakázka

V oblasti „zakázky" jsme zařadili i konkrétnější dotazy na „zakázku" doporučujícího odborníka, tedy v jakých situacích je, podle odborníků, přiléhavé doporučení k RT. Také shrneme možné komplikace v uskutečnění RT. To znamená, co brání v tom, aby se doporučená RT mohla uskutečnit. Na závěr shrneme typické zakázky klientů a rodičů v rámci RT.

Situace, ve kterých **odborník dává doporučení k RT,** by se daly obecně shrnout tak, že stav klienta souvisí se stavem v rodině. *(T5: „pokud psychotik žije v primární rodině a objevuje se téma ohledně rodinného soužití..")(T6: „v situaci konfliktu v rodině, při příjmu mluví o složitých vztazích..")* T1 zmínil i případy, že rodina se snaží hledat alternativní léčbu pro psychotika a má naději, že RT sama o sobě bude pro jeho léčbu stačit. Popřípadě druhý extrém, kdy klientovo onemocnění je chronické a RT rodina využije jako poslední možnost léčby, kterou ještě nevyzkoušela.

Komplikace na uskutečnění RT můžeme, podle zkušeností terapeutů, zobecnit na:

- ✓ **zdravotní** (prodromální příznaky jako paranoia, velká úzkost- nebo přímo akutní psychóza)
- ✓ **motivační** (jeden nebo více členů nespolupracuje)
- ✓ **procesní** (rodiče cítí velkou vinu za vznik onemocnění, velké konflikty až agrese, předsudky o RT)
- ✓ **praktické** (nedostatečné financování RT- neochota zdravotních pojišťoven proplácet RT, dále časové možnosti, kdy příbuzní mohou přijít jen večer atp.).

Ukázal se opakovaný jev, kdy slabším článkem, z hlediska motivace, jsou častěji otcové v rodinách, kteří se na RT někdy otevřeně a někdy nevědomě podílet nechtějí. Důvodem

může být také situace rozvodu, kdy otec s klientem nežije v jedné domácnosti a nechce se na RT potkávat s bývalou manželkou. (*T5: „slabší článek jsou otcové, zřejmě je RT znejišťuje..“ T2: „když rodiče nežijí spolu a otcové se bojí, že je budeme dávat dohromady“)*

To, že se objeví komplikace v RT, neznamená ukončení léčby. Např. pokud se RT nechce účastnit některý člen rodiny a ostatní zájem mají, tak je to možné. Všichni terapeuti uvedli, že pracují i s částí rodiny. Někdy se stane, že část rodiny, která by RT přijala, nakonec také účast odmítne, protože bez člena, který se nechtěl zúčastnit, jim nepřipadá RT smysluplná. Na komplikace je možné pohlížet jako na aktuální téma rodiny, může ukazovat na určitý vzorec nebo problém, který se opakuje. *(T2: „třeba když někdo z rodiny má výrazný osobnostní problém..“)* Na možné komplikace se terapeuti soustředí především při prvních setkáních, kdy se také formuluje zakázka. To, zda bude RT pokračovat, se podle všech terapeutů ukáže v prvním až třetím setkání. Terapeuti uvedli jedinou jasnou překážku RT, a tou je akutní psychotický stav klienta.

Nyní shrneme **prvotní zakázky rodin**, jak je pojmenovali terapeuti. Klienti a příbuzní obvykle nepřichází se „zakázkou“, ale problémem nebo situací, která je opakovaně „štve“ nebo vyčerpává. Tedy mluví o konkrétní situaci, pocitu, nedorozumění. (*T1: třeba klientka říká- chtěla bych, aby na mě máma netlačila, když se hádáme- a to patří mezi komunikační problémy“ T5: „klienti často říkají- aby mi rodiče moc nemluvili do mých věcí, aby mi nevyčítali, za co nemůžu..“)* Terapeuti pojmenovali obecné kategorie a z toho vznikla témata, která se typicky řeší u rodin s psychotickým členem. Jsou to:

- ✓ **komunikační problémy** (umět vyjádřit nesouhlas, způsob vyjádření svého názoru, koalice v rámci rodiny, nastavení kontaktu v případě, že nežijí ve společné domácnosti)
- ✓ **finance** (finanční podíl klienta na chodu rodiny, zaměstnání/invalidní důchod)
- ✓ **pravidla soužití + osobní hranice** (osobní prostor, podíl na práci v domácnosti, hygiena a sebepéče u klienta)
- ✓ **hranice podpory** (v čem potřebuje klient podporu, kde je hranice sil příbuzných)
- ✓ **sdílení příběhu konkrétní rodiny** („postěžovat si“ na obtížnou situaci)
- ✓ **klientova spolupráce v léčbě** (braní léků, náhled na onemocnění)

- ✓ **edukace o nemoci** (které projevy jednání jsou projevem nemoci a které jsou osobnost psychotika, příznaky nemoci)
- ✓ **zvýšení kompetence rodiny hlavně na dobu krize**

K výše jmenovaným tématům připojujeme při práci s primární rodinou též:

- ✓ **separace** (osamostatnění se klienta a snížení kontroly ze strany rodičů)

V párové terapii jsou také specifická témata:

- ✓ **péče o děti** (v situaci dekompenzace, v běžných situacích, hranice možností klienta i jeho partnera/partnerky při výchově, výchovný styl)
- ✓ **sex, intimita, blízkost** (tedy běžná témata, ale v kontextu psychotického onemocnění např. snížení potence jako vedlejší účinek antipsychotik a sexuální potřeby druhého partnera/partnerky)

Jednotlivá témata obsahují „dvě strany mince“, která nemusejí být účastníky RT prezentována současně, ani souhlasně. Např. rodiče nemusí mít potřebu měnit svůj způsob podpory, ale klient to vnímá již jako kontrolu, touží více po samostatnosti. Jak ukazují výzkumná data klientů, na začátku RT mívají problém otevřeně verbalizovat svá přání a nespokojenosti, proto se taková nevyslovená zakázka může stát skrytou.

Skrytá zakázka je situace, kdy rodina vnáší náznaky určitého tématu, ale je nepojmenované, někdy může brzdit proces terapie. Ze strany rodiny jde o nevědomý obranný mechanismus. Terapeuti se shodují, že skrytou zakázku, kterou odhalí, zásadně sami do procesu nevnáší. (*T1: „..to si říkají terapeuti mezi sebou, ale rodině ne, aby ji nezaskočili..“) (T4: „nemáme právo je rozhodit ještě víc..“)(T5: „není nutné hodnotit, ale pojmenovat a oddělovat témata rodinná a párová..)*

Skrytou zakázku je tedy podle terapeutů důležité odhalit, sdělovat ji např. na supervizi. Otevřít takové skryté téma je vhodné pouze při dobře navázané spolupráci s rodinou. A to způsobem, kdy terapeuti motivují rodinu, aby sama téma nahlídla, nebo pouze pojmenovávat dílčí, opakující se situace.

Témata skrytých zakázek jsou tedy shodná s výše pojmenovanými. Důvod, že se stane zakázka skrytá, spočívá např. v tom, že je téma pro konkrétního jednotlivce příliš citlivé. *(T2: „rodiče se často potřebují zbavit viny, chtějí slyšet, že za vznik nemoci nemůžou..“)*

I když to, jestli se některá zakázka stane skrytou u jednotlivých rodin, je individuální, většina terapeutů (5 terapeutů) popsala několik témat, kterých se to týká častěji. Mohli

bychom tak usuzovat na témata, která zřejmě významně zasahují do rodinného systému. Nějakým způsobem udržují fungování rodiny, i když třeba nevyhovujícím. Jsou to:

- ✓ Separace (T5: „klient touží po větší samostatnosti, ale nechce, aby rodiče měli pocit, že je nevděčný, protože při vzniku nemoci ho „vzali zpět“ a on teď chce jít dál sám..“)
- ✓ Pocit viny příbuzných (T2: „rodiče jsou „zaviněný“, sami sebe obviňují..“)
- ✓ Podpora pro příbuzné (T2: „..rodiče chtějí slyšet, že nemusí všechno zvládnout, můžou si užít příjemný odpočinek, zážitek, i když je jejich blízký nemocný a trpí..“)

V této podkapitole jsme shrnuli nejčastější témata RT rodin s psychotickým členem. Tato témata se v rámci RT projevují skrze pojmenování konkrétních nevyhovujících situací. Z nich terapeuti usuzují na obecnější téma. Každé téma má také „druhou stranu mince“. Tato „druhá strana mince“ je součástí celku a je třeba s ní pracovat. Např. pokud klient chce zvýšit svou samostatnost, příbuzní musí snížit kontrolu. Za určitých okolností se téma může stát skrytým, tedy rodinou neuvědomovaným. Nicméně terapeuti by měli takové téma odhalit v rámci supervize, ale ze své vůle ho do RT nevnášet. Také jsme zobecnili situace, které mohou být komplikacemi při vstupu rodin do RT nebo překážkou pro navázání spolupráce. Nicméně se jedná o komplikace, na jejichž odstranění terapeuti s konkrétní rodinou vědomě pracují, aby umožnili rodinám bezpečný vstup do RT.

8.2.3 Změny v procesu RT a její průběh

Rodinní terapeuti uvedli, že RT nabízí v intervalu 4-5 týdnů. Pokud někdo z rodiny váhá s účastí v RT, většinou se během prvních tří setkání projeví, zda rodina bude v RT pokračovat. Terapeuti se shodují, že **na počátku**, ještě než se začne pracovat se zakázkou, je potřeba podpořit rodinu v odvaze využít RT. Tedy svým přístupem se snaží vytvořit bezpečný prostor a podpořit váhající členy rodiny. (*T3: „snažíme se, aby rodina dorazila kompletní, i s otcem, sourozenci..“)(T4: „chceme zmenšit úzkost, nastolit bezpečí a důvěru..“) (T5: „na začátku vyvažujeme, abychom na ně netlačili, dali „čas na zabydlení“, ale zase aby se něco dělo, jinak by odešli…“)*

V případě párové terapie uvádí T1, že než se začne pracovat na zakázce, musí si partneři/manželé vyjasnit, jestli budou pracovat na tom, aby spolu mohli žít nebo na tom, jak se rozejít. *(T1: „jestli se bude v párový pracovat se silami dostředivými nebo odstředivými..“)*

Během interview se terapeuti vyjadřovali k rozdílu v práci s rodinami s psychotickým členem a s rodinami s neurotickými problémy. Zajímalo nás, zda se dá označit rozdíl v **délce terapie** i ve způsobu práce. Všichni terapeuti se shodli, že délka RT u těchto rodin je až dvojnásobně delší než u rodin s neurotickými problémy. Zatímco rodiny s neurotickými problémy průměrně dochází na 5-10 setkání (cca rok), rodiny s psychotikem často dochází 2 roky i déle (T4 uvedl až 5 let). T6 aT7 uvedli dokonce, že některé rodiny se v případě zhoršení situace doma cyklicky vrací na několik sezení a v kontaktu s terapeuty jsou již 15. rok. Ale průměrná a obvyklá doba docházení je 1-2 roky. Kratší doba docházení může být dána tím, že se podaří vyřešit zakázku a rodina již nemá potřebu pokračovat. *(T7: „když se povede separace, klient jde do jiných služeb, RT nepotřebuje, protože ty rodiče už ho nechtějí tolik kontrolovat..“)*

V tématu délky docházení na RT jsme zaznamenali rozdílné tendence terapeutů. V první skupině jsou terapeuti v tématu ukončení RT aktivní. *(T2: „záleží na nastavení terapeutického páru..“)* To znamená, že při naplnění zakázky se formuluje další nebo se RT ukončí. V situaci, kdy rodina mezi sebou dokáže komunikovat, RT již není nezbytná. (*T1: „když se nahodí „ozdravný systém“, systém pracuje sám“)*

Druhá skupina terapeutů vychází vstříc zvýšeným potřebám dlouhodobé podpory některých rodin. A jsou ochotni s takovou rodinou pracovat i 5-6 let v delších intervalech (např. á 6 týdnů). *(T4: „po 5 letech je zakázka spíš už podpora..“)* Samozřejmě, že i terapeuti z druhé skupiny si uvědomují nutnost nastavit jasné hranice, ale jsou ochotni se více přizpůsobit požadavkům rodin. *(T6: „někdy je potřeba oddělit terapii a podporu..“)* Riziko dlouhodobého docházení rodin na RT (přes 5 let) je nahrazování přirozeného sociálního prostředí rodiny právě RT. Terapeuti se shodli, že je nutné hledat hranici podpory, s ohledem na individuální situaci rodiny. Nicméně je vždy výhodné pro posílení kompetence rodiny najít více zdrojů podpory z okolí rodiny.

Kromě rozdílu v délce docházení mezi rodinami s psychotikem a rodinami s neurotickými problémy, uváděli terapeuti také **rozdíl v pohotovosti udělat změny** (a vůbec změnám porozumět). *(T1: „u neurotických rodin stačí jen „brnknout“, ale u rodin s psychotikem je „vedeme za ruku“..“)* Terapeuti se shodli, že zatímco u rodin s psychotikem se během prvních třech sezení většinou formuluje zakázka, tak pro rodiny s neurotickými problémy může být třetí setkání již polovina RT. Proces terapie u rodin s psychotikem je stejný jako s jinými rodinami, ale je pomalejší a liší se cíli, které jsou ovlivněny tématem psychotického onemocnění.

Ještě bychom se zde chtěli vyjádřit k **dekompenzaci** klientů během RT. Když si uvědomíme frekvenci a délku RT, můžeme předpokládat, že se klienti v průběhu RT občas dekompenzují. Může se stát, že klient již nastoupí do RT částečně dekompenzován, protože konflikty v rodině jsou stresorem, a ten je třeba eliminovat právě RT. Což terapeuti potvrdili, nicméně ve většině vyjádřili domněnku, že RT podle nich není spouštěčem dekompenzace.

8.2.4 Terapeutické postupy

Většina terapeutů v našem výzkumu absolvovala systemický výcvik a výcvik v rodinné terapii. Proto mají podobnou základnu znalostí o technikách, které tyto směry doporučují pro RT s různými typy rodinných problémů. Dotázali jsme se tedy, které **techniky používají při RT** rodin s psychotickým členem. Opět se nám ukázaly dvě tendence. Čtyři terapeuti používají více než 4 techniky při RT. Tři terapeuti jsou více zaměřeni na proces terapie *(T7: „více se věnujeme dynamice než zakázce“)* a techniky neuvedli žádné.

Sepsali jsme **seznam terapeutických technik**, které terapeuti používají. Seznam začíná od nejčastěji jmenované techniky:

- ✓ **Edukace** (o nemoci, lécích, návazných službách)
- ✓ **Kameny** (neverbální technika, která pomáhá znázornit systém)
- ✓ **Cirkulární otázky**
- ✓ **Pozitivní konotace** (přerámování)
- ✓ **Kreslení**
- ✓ **Časová osa** (při mapování)
- ✓ **Transakční analýza** (na jaké bázi spolu komunikují)

Naopak techniky, kterým se terapeuti **vyhýbají**, jsou:

- ✓ **Nepoužívají interpretace**
- ✓ **Práce s tělem**
- ✓ **Výměna rolí a přehrávání rolí**

Pokud sloučíme náhled terapeutů na ukončování RT (v kapitole 8.2.3) a používání technik v rámci RT, vzniknou nám dvě skupiny terapeutů, které pracují v těchto dvou aspektech rozdílně. Ukázalo se, že T1, T2 a T3 nepodporují extrémně dlouhodobou RT, jsou aktivní v ukončování RT (pokud byla zakázka vyřešena) většinou do 2 let. Tito terapeuti také více pracují s konkrétními terapeutickými technikami. Naopak T5, T6 a T7 pracují s rodinou častěji déle než 2 roky. Nicméně terapeutické techniky téměř nevyužívají. T4 nemůžeme zařadit do žádné skupiny. T4 je ochoten s rodinou pracovat déle než 2 roky, ale terapeutické techniky v rámci RT používá běžně.

První skupinu terapeutů bychom mohli zjednodušeně nazvat orientující se na pravidla a druhou skupinu orientující se na proces a vztahy. Toto schematické rozdělení nás vede k úvaze, že terapeuti v první skupině mohli být ovlivněni dlouhodobými zkušenostmi s terapií lidí závislých na alkoholu, kde pravidla a režim hrají v léčbě stěžejní roli. Oproti druhé skupině, která dlouhodobě pracuje s psychotiky. Zkušenosti s rodinami s neurotickými problémy mají obě skupiny terapeutů.

Terapeuti během interview vyjádřili několik postřehů, které v rámci tohoto výzkumu nebudeme hodnotit. Jedná se většinou o **subjektivní vyjádření jednotlivých terapeutů**. Uvedeme je zde jen jako ukázku náhledu na RT s rodinami, jejíž člen je psychotik.

- Proces RT u těchto rodin se liší spíše typem zúčastněných osob a jejich vztahů, než tématy, které jsme popsali výše.
- Během procesu RT je potřeba zapojit všechny přítomné, aby sezení nepůsobilo jako individuální psychoterapie na pozadí rodiny. Tímto způsobem budou účastníci lépe spolupracovat, protože mohou mít užitek z RT i pro sebe.

- Zásadně nehovoříme zvlášť s jednotlivými účastníky RT mimo rámec RT(mohlo by to působit jako koalice). Tímto způsobem by se narušilo bezpečné prostředí v rámci RT.
- Trendy v RT rodin s psychotickým členem: V posledních letech se ukazuje výrazně vyšší zájem o párovou terapii. Je možné, že dnešní psychotici jsou úspěšnější v navazování vztahů. Párová terapie také bývá kratší, někdy i kvůli rozchodu partnerů.

9. Diskuze

Ve výzkumné části jsme mapovali zkušenosti klientů (psychotiků), jejich příbuzných a rodinných terapeutů s rodinou terapií zaměřenou na rodiny, jejíž člen onemocněl psychózou. Setkali jsme se s ochotou a vstřícností rodinných terapeutů, kteří nám vytipovali klienty, potencionální respondenty. V zařízeních, které jsme oslovili, tato RT probíhá již přes deset let. Přesto se nám nepodařilo získat dostatečně širokou škálu respondentů. Domníváme se, že náš výzkumný soubor nebyl dostatečně saturován, což snižuje validitu tohoto výzkumu. Naším cílem bylo oslovit i ty klienty, u kterých RT trvala jen krátce, protože nebyli ochotni pokračovat. Bohužel, se nám to nepodařilo, protože takoví klienti mají většinu ještě potíže s náhledem na nemoc a nespolupracují v léčbě celkově a jejich stav je střídavě dekompenzován. Podle doporučení rodinných terapeutů jsme tyto klienty ani neoslovovali. Kontakty jsme dostali na klienty obou pohlaví, na ty, kteří žijí v primární rodině i na klienty z párové terapie. Klienti z párové terapie, ale byli velmi vytíženi péčí o rodinu a zaměstnáním, proto z časových důvodů účast odmítli. Dvě oslovené klientky odmítly s tím, že se k RT již nechtějí vracet. Již v bakalářské diplomové práci (Waneková, 2009), kde jsme zkoumali krizovou výjezdovou službu, jsme ve výzkumném souboru neměli ani jednu ženu. Pracovníci krizového oddělení potvrdili velký rozdíl ve využití služby v závislosti na pohlaví klientů. Většinu klientů krizového oddělení tvořili muži. Je tedy otázkou, jestli je rozdíl v samostatnosti zaléčených psychotických klientů podle pohlaví a také jestli klienti využívají jiný způsob podpory ze strany rodiny a služeb v závislosti na pohlaví. Což by mohlo být námětem dalších výzkumů.

Příbuzné jsme neoslovovali jednotlivě, takže pro nás bylo překvapením, kolik příbuzných se výzkumu zúčastní. Domnívali jsme se, že pro větší část příbuzných je také z důvodů zaměstnání obtížné věnovat čas dalším aktivitám, proto jsme nepředpokládali vysokou účast. Přišlo 6 příbuzných, kteří měli velkou ochotu sdílet. Na ohniskové skupině se sešli i ti, u kterých se RT nezdařila. Důvody nevydařené RT se týkají většinou nespolupráce jednoho z členů rodiny- ve dvou případech manžela (zdravý člen rodiny) a v jednom případě dekompenzovaného klienta. Obecná tendence příbuzných se ukázala v tématu očekávání od RT. Všichni příbuzní očekávali spíše rady a návody. Předpokládali, že jejich role v RT bude pasivní. Uvažujeme, příbuzní neočekávali paternalistický přístup ze strany terapeutů, jak bylo (a někdy stále je) zvykem ve zdravotnictví. Dalším důvodem

může být úhel pohledu na nemoc- většina příbuzných před vstupem do RT nemoc vnímá jako problém jednotlivce, nemyslí si, že by mohli nemoc sami také v rámci rodiny ovlivňovat, proto svou roli na RT mohou vnímat zpočátku pasivně.

Průběh ohniskové skupiny s příbuznými ukázal nejasnosti v tom, jaký je rozdíl mezi RT a edukací. Což potvrdilo výsledek výzkumu (i z pohledu terapeutů a klientů), že informovanost laiků o RT chybí.

Příbuzní také, ve větší míře než klienti, dokázali pojmenovat konkrétní nespokojenosti s RT. Jednalo se o přístup terapeutů, který se jim zdál spíše věcný a málo vřelý. Nicméně to nepovažovali za překážku RT. Příbuzní měli tendenci být více nespokojeni s výsledkem RT. Oproti klientům, kteří uváděli spokojenost především vzhledem k funkční, otevřené komunikaci. Což konkrétně znamená, že během RT si nejprve uvědomili, co jim vadilo, pak se to naučili sdělovat a také vnímat názory rodičů. I když klienti byli spokojeni s výsledkem RT, tak se vyhýbali konkrétním zkušenostem z RT, které byli nepříjemné. Předpokládáme, že pro ně bylo obtížné sdělovat zážitky, které se jich dotýkají před skupinou neznámých klientů.

Uvažujeme, jestli nespokojenost příbuzných se netýkala příliš velkého očekávání od RT, ve smyslu určité naděje, že RT jejich blízkého vyléčí a bude to jako před onemocněním. Tedy zda se neprojevilo jejich vlastní nepřijetí nemoci u syna/dcery. Nicméně se RT týkala více aktuálních, dílčích témat v rodinách a v tom směru byli příbuzní většinou saturováni a spokojeni. Shrnuli jsme témata, o kterých hovořili příbuzní a klienti a porovnali s tématy, které uvedli terapeuti. Témata, ve kterých se shodli ukazuje tab. č. 9.

Tabulka č. 9: Témata RT, ve kterých se shodli respondenti výzkumu.

témata podle klientů	**témata podle terapeutů**
začít spolu mluvit vyříkat si vzájemně názory způsob komunikace (omezení kritiky)	komunikační problémy
edukace o nemoci	edukace o nemoci
pravidla domácnosti	pravidla soužití + osobní hranice
důvěra (snížení kontroly)	separace

Ve výzkumu jsme využili metodu ohniskové skupiny. Role moderátorky skupiny přinesla nové zkušenosti. Přestože jsme měli zkušenosti ze skupinových psychoterapií s psychotiky, byla role moderátorky náročná. Skupina klientů a rodičů měla zcela jiný průběh. Zatímco klienty bylo nutné podporovat k vyjadřování, včetně skupinové dynamiky, tak u příbuzných bylo hlavním cílem udržet naše téma jako hlavní. Kromě toho, že se příbuzní znali ze svépomocných skupin a „chtěli si spolu povídat“, měli potřebu téma široce rozvádět. Snažili jsme se tedy „jiná“ témata nepodporovat a stále se vracet k našim otázkám. Domníváme se, že se prezentovala potřeba příbuzných sdílet svoje příběhy a ventilovat nepříjemné zážitky, což jsme chápali a nechali pro tato sdělení také prostor. Rozhodně se ukázalo, že připravenost moderátora ohniskové skupiny je stěžejní, především vzhledem k otázkám, na které potřebuje získat odpověď. Případné dotváření otázek během dynamické ohniskové skupiny je spíše věc náhody než racionální úvahy k prohloubení tématu.

Bohužel, se nám nepodařilo utvořit ohniskovou skupinu také s terapeuty, kde bychom očekávali dynamickou diskusi, která by náhled na specifika RT rodin, jejíž člen onemocněl psychózou, mohla prohloubit. Museli jsme se přizpůsobit jejich časovým možnostem, protože jsou velmi vytíženi a většinou pracují na zkrácené úvazky, takže se často v rámci zařízení v týdnu nepotkají. Při interview s terapeutickou dvojicí jsme pozorovali, že terapeuti se vzájemně doplňovali, ale také si vysvětlovali svá stanoviska, když měli odlišný názor.

Výzkum ukázal trend vedení RT dvěma směry. Kdy jedna skupina terapeutů měla tendenci vyhovět potřebě podpory, ze strany příbuzných, a nebyla aktivní v ukončování RT. Takže délka RT se prodlužovala často přes pět let docházení rodiny, popřípadě se rodina cyklicky vracela na několik sezení 6, 8 nebo v jednom případě i 15 let. Terapeuti si byli vědomi, že u těchto rodin se může stát, že se konkrétní zakázka stane „nikdy nekončící zakázkou“ v podobě dlouhodobé podpory a sdílení. Zde vzniká otázka, jestli v ČR existuje dostatečná nabídka služeb, které by mohli tuto dlouhodobou potřebu podpory, ze strany příbuzných, saturovat, aniž by se zbytečně využívala RT. To, že někteří terapeuti vyšli rodinám vstříc a umožnili jim delší docházení, není způsobeno jejich nekompetentností udělat pevné hranice, ale především tím, že si uvědomují, že není další služba, která by je mohla podporovat a nahradit tak RT. Např. v zahraničí, kde fungují výjezdové týmy

v rámci komunitní péče o duševně nemocné, většinou existují také různé podoby práce s rodinou ve všech fázích psychotického onemocnění. Fojtová a Šupa (Foitová, Šupa, 2011) uvádí příklady z Finska a Holandska, kde je rodina zapojena do péče klienta již v akutní fázi. Autoři zmiňují přístup „need adapted aproach“, což znamená přístup zaměřený na potřeby. Pokud tedy rodina není vyloučena z širší léčby klienta a má možnost zapojit své síly již od počátku klientova léčení, má jistě také větší naději nevyčerpat se a zároveň získat pocit užitečnosti. Náš výzkum tedy ukazuje i na nedostatečnou škálu dostupných služeb pro příbuzné duševně nemocným, které by pokryly jejich potřebu podpory a sdílení.

10. Závěry

Výzkum ukázal, že **informovanost o RT** mezi laiky chybí. Rozhodnutí rodiny do RT vstoupit, mohou bránit **komplikace,** které jsme shrnuli do obecných kategorií:

- ✓ zdravotní (akutní psychóza)
- ✓ motivační (jeden nebo více členů nespolupracuje)
- ✓ procesní (rodiče cítí velkou vinu za vznik onemocnění, velké konflikty až agrese, předsudky o RT)
- ✓ praktické (neochota zdravotních pojišťoven proplácet RT, dále časové možnosti, kdy příbuzní mohou přijít jen večer atp.).

V RT existují témata, která jsou formulována v rámci zakázky častěji. V našem výzkumu se ukázalo, že klienti a příbuzní formulují zakázku konkrétními výroky. Zúčastnění terapeuti pojmenovali **témata zakázek** obecně. Témata zakázek zní:

- ✓ komunikační problémy
- ✓ finance
- ✓ pravidla soužití a osobní hranice
- ✓ hranice podpory
- ✓ sdílení příběhu konkrétní rodiny
- ✓ klientova spolupráce v léčbě
- ✓ edukace o nemoci zvýšení kompetence rodiny hlavně na dobu krize
- ✓ separace (v případě primární rodiny)

V párové terapii jsou také specifická témata jako péče o děti, sex, intimita, blízkost

Většina terapeutů se shodla, že při RT rodin, jejíž člen onemocněl psychózou **nepoužívají terapeutické techniky** jako: práce s tělem, výměna a přehrávání rolí a Neinterpretují.

Dále jsme zjistili že, **délka RT** je u rodin s psychotickým členem průměrně dvojnásobná než u rodin s neurotickými problémy. Průměrně je to 2 roky s frekvencí sezení á 4-5 týdnů. Zpočátku trvá až 3 sezení než se ukáže, zda rodina do procesu RT vstoupí. U jiných rodin obvykle stačí 1 sezení.

Zvláštním fenoménem je **potřeba podpory**, ze strany příbuzných psychotika, který je dlouhodobý. Potřeba podpory se ukázala jako hlavní faktor, který prodlužuje RT.

SOUHRN

Tématem magisterské diplomové práce je „**Psychologická péče o rodinu, jejíž člen onemocněl psychózou**“. Celá práce je rozdělena do dvou hlavních částí: teoretické a výzkumné.

Teoretickou část jsme rozdělili do čtyř hlavních kapitol. První kapitola je věnována psychologické péči psychotických klientů, která je dostupná v ČR. Nejprve jsme vymezili základní rámec, ve kterém se v této práci pohybujeme. Za klienta s psychotickým onemocněním považujeme člověka, jemuž byla diagnostikována nemoc z okruhu diagnóz schizofrenie nebo afektivních poruch. Podstatným aspektem je, že mu duševní nemoc zásadně zasáhla do běžného fungování v životě. V této kapitole se zabýváme možnostmi psychologické péče o psychotiky. Farmakoterapii se v této práci nevěnujeme, ale vycházíme z předpokladu, že je základním článkem při léčbě psychóz. Aby mohl psychotik nabízených služeb využít, musí s ním odborník navázat kontakt. Proto se dále zabýváme pravidly komunikace s psychotiky, s ohledem na aktuální psychický stav klienta. Následuje charakteristika zařízení, která jsou určena pro léčbu psychóz a uvedli jsme také postavení psychologa v systému služeb. Psychologické služby pro psychotiky jsou nabízeny jak v rámci zdravotnických zařízení, tak v rámci sociálních služeb. Dále se, bez ohledu na toto zařazení, věnujeme stručnému popisu jednotlivých typů terapií a služeb. Rozdělili jsme je do tří obecnějších oblastí: psychoterapie, psychosociální rehabilitace a další možnosti.

Druhá kapitola je věnována rodině, jejíž člen onemocněl psychózou. Popisujeme reakci rodiny na tuto dlouhodobě obtížnou situaci. I rodinní příslušníci procházejí procesem přijetí nemoci, podobně jako klient. Tento proces může být dlouhodobý a komplikovaný proměnami v jednání psychotika. Rodinu může celá situace vyčerpávat, zvyšovat hladinu stresu. Stresové prostředí v rodině negativně působí i na psychotika, obzvláště při nevhodném způsobu komunikace. Proto věnujeme kapitolu i specifickému stylu komunikace v rodině, kterým je vysoká míra vyjadřování především negativních emocí. Další podkapitola shrnuje témata, která může odborník očekávat při kontaktu s rodinou psychotika. Zmiňujeme také postavení sourozenců a dětí, jejichž rodič, jeden nebo oba, je psychotik. Následuje přehled služeb, které jsou určeny příbuzným. Služby jsme rozdělili na dvě podkapitoly: psychoterapie a poradenství vč. svépomoci. V rámci psychoterapie

zmiňujeme rodinnou terapii, která pracuje s rodinou jako celkem. Rodinná terapie je tématem našeho výzkumu.

Třetí kapitola se zabývá ochranou práv duševně nemocných, tj. především které legislativní nástroje jsou podkladem pro základní práva duševně nemocných. Upozorňujeme i na nedostatky v legislativě a jmenujeme organizace, jež se tímto tématem zabývají. Součástí kapitoly je i upozornění na časté nedodržování některých základních práv v rámci péče o duševně nemocné, které jmenujeme. Tématu základních práv duševně nemocných se v naší společnosti věnuje okrajová pozornost, což může být způsobeno nedostatečnou širokou informovaností o duševních nemocech. K tomu se váže téma stigmatizace duševně nemocných, jemuž věnujeme podkapitolu.

Čtvrtá kapitola popisuje současný stav systému péče o duševně nemocné v ČR. V současné době je aktuálním tématem transformace psychiatrie. Proto v další podkapitole shrnujeme organizace, které již dlouhodobě aktivně navrhují podněty pro transformaci psychiatrie a uvádíme příklady konkrétních návrhů. Odborníci se již dlouhodobě snaží o posun hlavního těžiště léčby duševně nemocných z velkých léčeben do ambulantní sféry, směrem k systému komunitní péče. Na závěr mapujeme současný stav péče o duševně nemocné v ČR. Cílem této podkapitoly je znázornit nedostatečné pokrytí širokou škálou služeb v jednotlivých krajích. Shrnutí psychologických služeb ukazuje, že v některých krajích jsou psychotici i jejich rodiny znevýhodněni nedostatečnou nabídkou. Závěrem znázorňujeme pokrytí službami graficky, na mapce ČR.

Výzkumná část má několik hlavních cílů. Formulované cíle zní:

1. zmapovat možnosti psychologické péče o rodinu, jejíž člen onemocněl psychózou
2. zmapovat zkušenosti účastníků RT se zaměřením na změny v komunikaci a fungování zúčastněných rodin
3. zmapovat specifika rodinné terapie, kdy se procesu terapie účastní klient, který onemocněl psychózou

První cíl jsme přesunuli do poslední kapitoly teoretické části. Důvodem bylo nedávné zveřejnění projektu, který služby již komplexně mapuje. Nicméně se k našemu procesu mapování vyjadřujeme v první kapitole výzkumné části.

Druhá kapitola popisuje proces kvalitativního výzkumu s tématem rodinné terapie u rodin, jejíž člen onemocněl psychózou. Na proces rodinné terapie jsme se podívali ze tří stran, skrze vlastní zkušenosti aktérů- psychotika, příbuzných psychotika a rodinných terapeutů. Spolupracovali jsme se dvěmi pražskými zařízeními: s Denním

psychoterapeutickým sanatoriem Ondřejov a s Fokusem Praha. Výzkumný soubor jsme sestavili na základě účelového výběru přes instituce na základě předem daných kritérií. Výzkumu se zúčastnilo 17 respondentů: 4 klienti (psychotici), 6 příbuzných, kteří mají psychotika v rodině a 7 rodinných terapeutů. Připravili jsme si 3 okruhy otázek, pro každou skupinu respondentů. Metody sběru dat byly tři: ohnisková skupina, polostrukturované interview, pozorování. Během sběru dat jsme se souhlasem repondentů pořídili audiozáznam. Provedli jsme transkripci audiozáznamu a dále jsme data zpracovali dílčími metodami. Inspirovali jsme se rámcovou analýzou, provedli jsme kódování přepsaného textu a tak vyhledali stěžejní témata, která jsme zhodnotili v rámci analýzy dat. Dalšími dílčími postupy při analýze dat byly: metoda vytváření trsů, metoda zachycování vzorců, metoda prostého výčtu a metoda kontrastu.

Samozřejmostí je etický přístup k respondentům během celého výzkumu, který shrnujeme v jedné podkapitole. Každého respondenta jsme informovali o jeho právech a povinnostech v rámci výzkumu. Tyto informace jsme písemně zpracovali do „informovaného souhlasu“, který každý respondent dobrovolně podepsal. Před zahájením ohniskové skupiny jsme zvláště zdůraznili její pravidla, abychom udrželi bezpečný prostor pro sdílení.

Osmou kapitolu nazvanou „Prezentace a interpretace dat“ jsme rozdělili do dvou částí. V první části shrnujeme zkušenosti klientů a příbuzných a v druhé části zkušenosti rodinných terapeutů. Část, kde prezentujeme zkušenosti klientů, jsme rozdělili do částí podle hlavních témat, která vyšla při analýze. Jsou to: nabídka rodinné terapie a informovanost o rodinné terapii, očekávání v rodinné terapii, témata řešená v rodinné terapii, pocity a zkušenosti z rodinné terapie. V části, kde prezentujeme data získaná od terapeutů, jsme vytvořili tyto podkapitoly: nabídka rodinné terapie a informovanost o rodinné terapii, zakázka, změny v procesu rodinné terapie a její průběh, terapeutické postupy.

Výzkum ukazuje, že laikům informovanost o rodinné terapii většinou chybí. Ukazuje také, že v posledních letech stoupá počet párových terapií. Dále se ukázalo, že rodinná terapie (RT) u rodin, jejíž člen onemocněl psychózou, trvá průměrně téměř dvojnásobně déle, než u rodin s neurotickými problémy (tj. 2roky). Stejně tak trvá déle i fáze na počátku RT, kdy se rodina rozhoduje, zda do terapie vstoupí: trvá až 3 sezení. V rámci výzkumného souboru terapeutů se ukázaly dvě tendence při vedení RT. Jedna skupina terapeutů častěji používá konkrétní metody a techniky pro práci s rodinou, více se zaměřuje na formulaci

zakázky a staví se aktivně k tématu ukončení RT. Druhá skupina terapeutů je zaměřená více na proces RT (tady a teď), terapeutické techniky téměř nepoužívá a délka RT je často delší než 2 roky.

Klienti i příbuzní, kteří se účastnili výzkumu, hodnotili RT jako přínosnou. Hlavním přínosem je podle nich zlepšení vzájemné komunikace v rodině. Klienti i příbuzní většinou formulují zakázku v podobě konkrétního výroku (co jim vadí). Zobecnili jsme tyto výroky a spojili je s tématy, které se řeší v RT podle terapeutů. Typická témata v RT rodin, jejíž člen onemocněl psychózou, tedy jsou: komunikační problémy, pravidla soužití a osobní hranice, edukace o nemoci a separace. Zvláštním fenoménem je potřeba podpory příbuzných psychotika, která je dlouhodobá. Tato potřeba se ukázala jako hlavní faktor, který délku trvání RT prodlužuje.

Seznam použitých zdrojů a literatury:

Akční plán duševního zdraví (2005). [elektronická verze]. Staženo 18.3.2013 z http://www.cmhcd.cz/dokumenty/akcniplanMHHelsinky_cesky.pdf

AKP ČR. (2000). Koncepce oboru klinické psychologie.[elektronická verze]. Staženo 20.2.2013 z http://www.akp.wz.cz/koncepce.htm

Albrich, B. (2009). Expresivní terapie a arteterapie. in Pěč, O., Probstová, V. (eds.) (2009). Psychózy- psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton

Barlow, D.H., Furane, M.V. (2009). Abnormal psychology. An integrative approach. Baltimore, USA: Wadsworth Cengage Learning

Baštecká, B., Goldman, P. (2001). Základy klinické psychologie. Praha: Portál

Bouček, J. a kol. (2006). Speciální psychiatrie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci

Coldwell, J., Meddings, S., Camic, P. M. (2011). How people with psychosis positively contribute to their family: a grounded theory analysis [elektronická verze]. *Journal of Family Therapy,* 33, 357-371. doi: 10.1111/j.1467-6427.2010.00513.x (staženo 27.2.2013 z http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=3c9f8438-3b03-446e-aa07-7fe3ec4f9975%40sessionmgr115&hid=126)

DEMA (2004). Názory na schizofrenii- reprezentativní výzkum v ČR. [elektronická verze]. Staženo 19.3.2013 z http://www.stopstigma.cz/index.php?obsah=ke_stazeni&sub=o_stigmatu

Dörner, K., Plog, U. (1999). Bláznit je lidské. Praha: Grada

Drozd, M. (2010). Práce s tělem v psychoterapii. in Vybíral, Z., Roubal, J. (eds.) (2010). Současná psychoterapie. Praha: Portál

Foitová, Z., Lorenc, J. (2009). Možnosti krizové pomoci pro lidi s psychózou v regionu Praha [elektronická verze]. *Psychiatrie pro praxi*, 10(2), 92-95 staženo 28.2.2013 z http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200902-0010.php

Foitová, Z., Šupa, J. (2011). Spolupráce s rodinami pacientů, péče o pečovatele. in Fiala, M., Foitová, Z., Probstová, V., Říčan, P., Stuchlík, J., Šteflová, A, Šupa, J., (2011). Zahraniční stáže v oblasti péče o duševní zdraví. Operační program lidské zdroje a zaměstnanost. Sborník materiálů projektu. Praha: CRPDZ

González-Pinto, A., Ruiz de Aula, S., Ibánez, I., Otero-Cuesta, S., Astro-Fornieles, J., Graell-Berna, M…..Arango, C. (2011). Can positive family factors be protective against the development of psychosis? [elektronická verze]. *Psychiatry Research*, 186, 28-33. Staženo 27.2.2013 z http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178110002994#

Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum-základní metody a aplikace. Praha: Portál

Kalina, K. (2001). Jak žít s psychózou?. Praha: Portál

Kalvach, Z., Čeledová, L., Holmerová, I., Jirák, R., Zavázalová, H., Wija, P. a kol. (2011). Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada

Lacey, A., Luff, D. (2001). Qualitative data analysis. Sheffield: Trent Fokus

Leff, J., Warner, R. (2006). Social inclusion of people with mental illness. Cambridge: Cambridge University Press

Lorenc, J. (2002). Psychopatologické otázky v krizové intervenci. in Vodáčková, D. a kol. (2002). Krizová intervence. Praha: Portál

Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M. (2006). Psychiatrická ošetřovatelská péče. Praha: Grada

Martínková, J. (2007). Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů. Praha: Grada

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada

Možný, P. (2012). Metakognitivní trénink pro schizofrenie [elektronická verze]. *Psychiatrie pro praxi,* 13(2). 81-84. Staženo 16.3.2013 z http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/02/10.pdf

MZ ČR (2012). Česká psychiatrická péče se dočká změn- tisková zpráva [elektronická verze]. Staženo 16.3.2013 z http://www.mzcr.cz/dokumenty/ceska-psychiatricka-pece-se-docka-zmen-_6848_1.html

NRZP (2009). Ochrana duševního zdraví občanů. Tisková zpráva. [elektronická verze]. Staženo 18.3.2013 z http://www.nrzp.cz/aktualne/tiskove-zpravy/123-ochrana-dusevniho-zdravi-obcanu-cr.html

Obereignerů, R., Obereignerů, K., Divéky, T., Praško, J. (2011). Kognitivní deficity u schizofrenie [elektronická verze]. *Psychiatrie pro praxi,* 12 (2), 74-79. Staženo 16.3.2013 z http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/02/08.pdf

Pěč, O. (2009). Psychoterapie u psychóz [elektronická verze]. *Psychiatrie pro praxi,* 10(2), 76-78 staženo 28.2.2013 z http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200902-0005.php

Pěč, O., Probstová, V. (eds.) (2009). Psychózy- psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton

Pěč, O. (2012). Komunitní péče. in Raboch, J., Wenigová, B. (eds.) (2012). Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu. [elektronická verze]. Staženo 16.3.2013 z http://www.cmhcd.cz/dokumenty/OZ_zkr_komplet.pdf

PS ČLS JEP (2008). KOP- Koncepce oboru psychiatrie 1. revize [elektronická verze]. Staženo 12.2.2013 z : http://ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=33:koncepce-oboru-psychiatrie&catid=13&Itemid=105

Raboch, J., Wenigová, B. (eds.) (2012). Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu. [elektronická verze]. Staženo 16.3.2013 z http://www.cmhcd.cz/dokumenty/OZ_zkr_komplet.pdf

Savenje, A. (2009). Rodina a psychiatrické onemocnění. in Pěč, O., Probstová, V. (eds.) (2009). Psychózy- psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton

Seikkula, J., Olson, M. E. (2010). Poetika a mikropolitika přístupu „otevřeného dialogu“ při léčbě lidí s akutní psychózou. *Psychoterapie*, 3-4, 13-197

Schmidtová, J., Kopecká, I. (2002). Přijetí nemoci rodinou- důležitý faktor ovlivňující kvalitu života mladého psychotika. Sborník konference „Integrativní přístup k léčbě pacientů se schizofrenií, Jáchymov, 1.-3.12.2002 (s.26-30)

Skorunka, D. (2010). Rodinná terapie. in Vybíral, Z., Roubal, J. (eds.) (2010). Současná psychoterapie. Praha: Portál

Sobotková, I. (2007). Psychologie rodiny. Praha: Portál

Solantausová, T. (2009a) . Co trápí naše rodiče. Příručka pro děti a mládež, jejichž maminka nebo tatínek mají problémy s duševním zdravím.[brochure].Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Praha

Solantausová, T. (2009b). Jak pomohu svému dítěti? Příručka pro rodiče, kteří mají problémy s duševním zdravím.[brochure].Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Praha

Stuchlík, J. (2001). Asertivní komunitní léčba a case management. Praha: Fokus a CRPDZ

Thorsen, G. B., Gronnestad, T., Oxnevad, A. L. (2006). Family and Multi-Family Work with Psychosis. London and New Your: Routledge (Taylor and Francis group)

UZIS (2011). Psychiatrická péče. [elektronická verze]. Staženo 15.2.2013 z http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/psychiatricka-pece
Venglářová, M., Mahrová, G. (2006). Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada

Vevera, J. (2012). Rozhovor s Martinem Hollým, ředitelem PL Bohnice o transformaci psychiatrie a odporu ke změnám [elektronická verze]. *Česká a slovenská psychiatrie,* 108 (4), 205-215 staženo 2.3.2013 z http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2012_4_211_214.pdf

VIDA o.s. (2010). Adresář služeb pro lidi s duševním onemocněním v České republice. [elektronická verze]. Staženo 2.3. 2013 z http://www.vidacentrum.cz/adresar-sluzeb

Vodáčková, D. a kol. (2002). Krizová intervence. Praha: Portál

Vybíral, Z., Roubal, J. (eds.) (2010). Současná psychoterapie. Praha: Portál

Waneková, V. (2009). Výjezdová služba a potřeby klienta v psychotické krizi. Bakalářská diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci

WHO. (2004). MKN 10, Revize z 2013. [elektronická verze]. Staženo 13.2.2013 z http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: **Psychologická péče o rodinu, jejíž člen onemocněl psychózou**

Autor práce: Bc. Veronika Waneková, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Charvát, PhD.

Počet stran a znaků:

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 49

Abstrakt:

Diplomová práce se zaměřuje na možnosti psychologické péče o psychotického klienta a jeho rodinu v České republice. Základní podpora pro člověka, který onemocněl psychózou, přichází většinou z rodiny. Proto i rodina potřebuje služby profesionálů, aby se s touto dlouhodobě obtížnou situací vyrovnala. Naše práce se zaměřuje na komunikaci s psychotikem, reakci rodiny na onemocnění jejich člena, ochranu práv duševně nemocných a zmapování systému služeb pro psychotiky i jejich rodinu v ČR. Ve výzkumu jsme se zaměřili na typ terapie, který je určen pro celou rodinu. Jedná se o rodinnou terapii u rodin, jejíž člen onemocněl psychózou. Cílem výzkumu je nahlédnout na proces rodinné terapie zkušenostmi psychotiků a jejich příbuzných. Výzkum jsme doplnili pohledem rodinných terapeutů na specifika rodinné terapie rodin, jejíž člen onemocněl psychózou. Jako design výzkumu jsme zvolili kvalitativní evaluaci rodinné terapie. Výzkumu se účastnilo celkem 17 respondentů: 4 psychotici, 6 příbuzných a 7 rodinných terapeutů. Výběr výzkumného souboru jsme uskutečnili metodou záměrného výběru přes instituce. Hlavními metodami výzkumu byly: ohnisková skupina, interview a pozorování. Výzkum ukazuje, že u laiků informovanost o rodinné terapii většinou chybí. Ukazuje také, že v posledních letech stoupá počet párových terapií. Terapie u rodin s psychotickým členem trvá průměrně dva roky (2x déle než u jiných typů problémů). Podpora rodiny, jako potřeba ze strany příbuzných, se ukázala hlavním faktorem, který terapii prodlužuje. Mezi hlavní témata patří: komunikační problémy, pravidla soužití, osobní hranice, edukace o nemoci a separace.

Klíčová slova: rodina, psychóza, psychologická péče, komunitní péče, rodinná terapie psychóz

ABSTRACT OF THESIS

Title: **Psychological care of family and its member with psychosis**

Author: Bc. Veronika Waneková, DiS.

Supervisor: Mgr. Miroslav Charvát, PhD.

Numer of pages and charakters:

Numer of appendices: 9

Numer of references: 49

Abstract:

This thesis focuses on the possibility of psychological care for psychotic client and his family in the Czech Republic. Basic support for the man who fell ill psychosis, usually come from the family. Therefore, the family needs the services of professionals to deal with this difficult situation a long stride. Our work focuses on communication with psychotic patients, family response to illness of a family member, protecting the rights of the mentally ill and mapping system of services for psychotic patients and their families in the Czech Republic. In this reasearch we have focused on the type of therapy that is intended for the entire family. It is a family therapy for families whose member got sick psychosis. The aim of the research is to look at the process of family therapy via psychotics and their relatives own experience. Research has been completed by family therapists point of view at the specifics of family therapy for families whose member got sick psychosis. As a design of research we chose a qualitative evaluation of family therapy. The research included a total of 17 respondents: 4 psychotics, 6 relatives and 7 family therapists. Selection set of research we conducted using purposive sampling through institutions. The main research methods were: focus group, interviews and observations. Research shows that the laity awareness of family therapy is mostly absent. It also shows, in recent years, increasing number of pair therapy. Therapy for families with psychotic member takes an average of two years (2 times longer than other types of problems). Family support, as needed by relatives, proved to be the main factor of therapy increases. The main topics include: communication problems, the rules of coexistence, personal boundaries, separation and education about the disease.

Key words: family, psychosis, psychological care, system of community healthcare, family therapy of psychosis

Přílohy diplomové práce:

Příloha č. 1: Zadání magisterské diplomové práce

Příloha č. 2: Některé formy psychotických onemocnění

Příloha č. 3: Příznaky a průběh psychotického onemocnění

Příloha č. 4: Vedlejší účinky antipsychotik

Příloha č. 5: Komunikace pracovníka s psychotickým klientem

Příloha č. 6: Principy otevřeného dialogu

Příloha č. 7: Definice rehabilitačních služeb

Příloha č. 8: Informovaný souhlas

Příloha č. 9: Ukázka z výzkumných dat

Příloha č. 1: Zadání diplomové práce

Školní rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Magisterské

Diplomant: Bc. Veronika Waneková, DiS.

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Miroslav Charvát, PhD.

Název tématu (česky): Psychologická péče o rodinu, jejíž člen onemocněl psychózou

Název tématu (anglicky): Psychological care of family and its member with psychosis

Zásady pro vypracování:

Cíle práce:

1. zmapovat možnosti psychologické péče o rodinu, jejíž člen onemocněl psychózou
2. prozkoumat účinnost rodinné terapie (po nejméně 5 setkáních) s ohledem na komunikaci v rodině
3. zmapovat specifika rodinné terapie, kdy se procesu terapie účastní klient, který onemocněl psychózou

Studentka bude svůj postup práce pravidelně konzultovat s vedoucím práce a při vypracovávání bude postupovat v následujících krocích:

- provede rešerši relevantní literatury k tématu práce o klientech s psychotickým onemocněním a o rodinné terapii
- vybere vhodnou metodu zpracování dat
- výběr účastníků výzkumu bude vzhledem k tématu provádět metodou účelového výběru na základě zvolených kritérií; tj. účast na rodinné terapii (přičemž se rodinné terapie nemusí účastnit všichni členové rodiny) a jedná se o rodinu, ve které se vyskytuje psychoticky nemocný člen
- získaná data zpracuje pomocí vhodných metod kvalitativní analýzy dle odborné literatury
- studentka se zavazuje k dodržování základních etických pravidel výzkumu
- zpracuje písemnou podobu práce dle norem katedry

Seznam doporučené literatury:

1. Pěč, O., Probstová, V. a kol. (2009). Psychózy- psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton.
2. Vybíral. Z., Roubal, J. a kol. (2010). Současná psychoterapie. Praha: Portál.
3. Dušek, K., Večeřová- Procházková, A. (2010). Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada
4. Gjuričová, Š., Kubička, J. (2009). Rodinná terapie- systemické a narativní přístupy. Praha: Grada
5. Vymětal, J. (2010). Úvod do psychoterapie. Praha: Grada
6. Dorner, K., Plog., U. (1999). Bláznit je lidské. Praha: Grada

Termín finalizace zadání diplomové práce ve STAGu: 31.3.2013

Příloha č. 2: Některé formy psychotických onemocnění

Zdroj: MKN 10

Bouček, J. a kol. (2006). Speciální psychiatrie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci

Stručně popíšeme některé častější typy onemocnění, jinak se omezíme na pouhý výčet.

Schizofrenie F 20

Paranoidní schizofrenie F 20.0: je charakterizována především bludy a halucinacemi, které se liší mírou uspořádanosti a naléhavosti podle průběhového stadia onamocnění. Bludy mohou zahrnovat témata perzekuční, ale i velikášská. Nemocného vedou k symbolickým výkladům skutečnosti nebo ke snaze ovlivnit skutečnost prostřednictvím myšlenek. Halucinace jsou častěji sluchové.

Hebefrenní schizofrenie F 20.1: je charakterizována vrtkavostí, necílenou nebo potrhlou aktivitou a nepřiměřeně nezbednými a nevypočitatelnými projevy. Klient se často chová manýrovaně, strojeně mluví, planě filosofuje, nápadně a nepřiléhavě se projevuje i v ustrojení.

Katatonní schizofrenie F 20.2: v popředí jsou poruchy psychomotoriky- nadměrná vzrušenost, bezcílný neklid nebo projevy chorobného útlumu motoriky. Typický projev je i negativismus nebo napodobování. Závažný projev je katatonní stupor, který může být spojen se zaujímáním nepřirozených pozic.

Nediferencovaná schizofrenie F 20.3

Postschizofrenní deprese F 20.4

Reziduální schizofrenie F 20.5

Simplexní schizofrenie F 20.6: změny chování s úpadkem vůle, zlhostejnění, zpovrchnění, ztráta zájmů, oploštění emocí. Emoce jsou vůči situaci nepřiměřené.

Schizotypní porucha F 21

Vyznačuje se excentrickým chováním, anomáliemi myšlení a emotivity, které připomínají schizofrenii, ale není přítomen žádný ucelený, charakteristický schizofrenní příznakový okruh. Vztah ke skutečnosti je změněn nepřiléhavým zpracováním do symbolů a magických souvislostí, ale je realističtější než u klientů se schizofrenií.

Trvalá poruchy s bludy F 22.0

Vyznačuje se rozvojem buď jediného bludu nebo několika vzájemně propojenými bludy s velmi rozmanitým obsahem, které jsou setrvalé a někdy celoživotní. Začátek onemocnění se objevuje ve středním věku.

Akutní a přechodné psychotické poruchy F 23

Akutní polymorfní psychotická porucha bez příznaků schizofrenie F 23.0: při ní jsou zřetelné halucinace, bludy, jsou nápadně různorodé, mění se den ze dne. Časté jsou emoční bouře, úzkost, podrážděnost. Schizofenní příznaky mohou přítomny přechodně. Náhle začíná a také rychle odeznívá.

Akutní polymorfní psychotická porucha s příznaky schizofrenie F 23.1: podobný průběha jako F 23.0, ale schizofrenní příznaky jsou přítomny po většinu doby trvání poruchy.

Akutní schizoformní psychotická porucha F 23.2: je to akutní psychotická porucha, kdy jsou psychotické příznaky poměrně stálé, ale trvají méně než měsíc.

Schizoafektivní poruchy F 25

epizodické poruchy, kde jsou v popředí jak afektivní, tak schizofrenní příznaky. podle převládajících rysů afektivní složky se dělí na: manický, depresivní a smíšený typ.

Mezi poruchy nálady (afektivní poruchy) řadíme:

Manická fáze F 30

Hypomanie F 30.0: charakteristická trvale mírně nadnesenou náladou vzrůstem enrgie a aktivity. Epizody hypomanie obvykle začínají rychleji než depresivní epizody a mívají kratší trvání.

Mánie bez psychotických příznaků F 30.1: zvýšená nálada nezávisle na okolnostech, může se projevit neomalenou žoviálností i nekontrolovatelným vzrušením. Hyperaktivita a snížená potřeba spánku. Zřetelná roztržitost, nemocný má často přehnanou sebedůvěru a velikášské myšlenky.

Mánie s psychotickými příznaky F 30.2: klinický obraz je podobný jako u F 30.1, ale jsou přítomny bludy a hlaucinace.

Bipolární afektivní porucha F 31

„Jde o poruchu, která je definována minimálně 2 epizodami zřetelného narušení nálady, které jsou ohraničeny buďto remisí nebo přesmykem do jiné polarity.“ (Bouček et al., 2006, s.94)

Depresivní fáze F 32

Je charakterizována fázemi chorobného smutku, často neodklonitelné, který působí nemocnému velké duševní utrpení a bolest. Součástí je i snížené sebevědomí, obviňování se, neschopnost radovat se a snížený zájem o činnosti.

Periodická depresivní porucha F 33

Trvalé poruchy nálady F 34

Příloha č. 3: Příznaky a průběh psychotického onemocnění

Zdroje:

Bouček, J. a kol. (2006). Speciální psychiatrie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci

Kalina, K. (2001). Jak žít s psychózou?. Praha: Portál

Hlavní příznaky psychotického onemocnění

(pouze obecné)

Pozitivní příznaky: nadměrné nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí.

Bludy: zkreslení nebo deformace úsudku (perzekuční, megalomanské, náboženské, žárlivosti, somatické

Halucinace: zkreslené vnímání (podle smyslů- sluchové, čichové, vizuální, taktilní)

Dezorganizace mluvy a komunikace

Hrubě dezorganizované nebo katatonní chování

Negativní příznaky:znamenají oslabení nebo ztrátu normálních funkcí

Oploštělá emotivita: Redukce v šíři a intenzitě emočních projevů

Alogie: redukce plynulosti a produktivity myšlení

Abulie: snížená schopnost iniciovat cílevědomé jednání

Průběh psychotického onemocnění

Ataky a psychopatologie se střídají s relativně stabilními obdobími. Psychotické onemocnění typicky probíhá ve fázích, které jsou individuálně dlouhé.

Prodromální fáze (přípravné)- lze si povšimnout tzv. prodromálních (varovných) příznaků Při zaléčení se lze rozvinuté atace vyhnout. Prodromální příznaky spouští tzv. stresory. Jsou to situace, které klientovi zvyšují hladinu stresu. V případě trvání stresoru nastává ataka.

Ataka (rozvinutá psychóza)

Reziduální fáze (vyhasínání)

Remise (úprava), tj. stabilizace

V případě opakování ataky se jedná o **relaps** onemocnění.

Příloha č. 4: Vedlejší účinky antipsychotik a průběh psychotického onemocnění

Zdroje:

Bouček, J. a kol. (2006). Speciální psychiatrie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
Martínková, J. (2007). Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů. Praha: Grada

Vedlejší účinky antipsychotik

Bouček (2006) dělí antipsychotika (dále AP) do tří základních skupin- bazální (např. chlorpromazin, thirodazin, chlorprothixen), incizivní (např. perfenazin, flupenthixol, haloperidol) a atypická (AP II. generace- např. olanzapin, risperidon). Rozdíl v působení těchto léků je především v účinku na konkrétní receptory v mozku. Kromě hlavního antipsychotického účinku mají tyto léky často účinky vedlejší, nežádoucí. Praktickým důsledkem AP II. generace je snížení nejzávažnějších vedlejších účinků a tím zlepšení spolupráce při léčbě s nemocným. Proto jsou dnes atypická AP léky první volby.

Martínková (2007) popisuje vedlejší účinky zvlášť u klasických AP (bazální, incizivní) a atypických AP. U klasických AP jsou vedlejší účinky tyto:

Extrapyramidové vedlejší účinky- Projevy mohou být časné (akutní) nebo pozdní (tardivní).

Parkinsonský syndrom- svalová rigidita, tremor, bradykineze, snížená pozornost, apatie

Akatizie- „syndrom neklidných nohou“, přecházení, přešlapování, vnitřní neklid

Akutní dystonie- kontrakce šíjových svalů, okulogyrická krize (stáčení očních bulbů)

Dyskinéze- akutní i tardivní- opakované mimovolní nezvyklé pohyby končetin, tremor horního rtu („rabit syndrom“), rytmické vyplazování jazyka

Kardiovaskulární vedlejší účinky

Jedná se o komorovou arytmii, klinicky se projevuje synkopami. Tyto vedlejší účinky jsou častější např.u thyoridazinu, proto bývají lékem až druhé či třetí volby.

Jiné nežádoucí účinky

Maligní neurotický syndrom- kolísání tlaku, hyperpyrexie, tachykardie, spazmy kosterních svalů, extrapyramidové příznaky, až ztráta vědomí. Může se projevit na začátku léčby po podání vyšší dávky AP. Ve 20-30% končí smrtí.

Okulokutánní projevy- ukládání léčiva a melaninu do kůže (kam proniká sluneční záření) a do rohovky a čočky. Výsledkem je namodralá kůže. Je nutné poučit nemocné o nevhodnosti opalování a naopak doporučit sluneční brýle ve slunečném počasí.
Kožní projevy- zvýšená fotosenzitivita, pruritus, exantémy
Snížení prahu pro vyvolání křečí- mohou se objevit epileptické záchvaty
Poškození funkce orgánů- např. změny počtu krevních elementů (leukopenie až agranulocytóza, trombocytopenie). Zřídka cholestatický ikterus.

U atypických AP jsou vedlejší účinky méně nebezpečné i když mohou ovlivnit aktivitu klienta. Obzvláště na počátku léčby, při vyšších dávkách, se mohou objevit i extrapyramidové vedlejší účinky. Naopak při udržovacích dávkách by se většina nepříjemných vedlejších příznaků měla zmírnit až vymizet. Výhodou atypických AP je, že příznivě ovlivňují také kognitivní funkce a některé mají také antidepresivní účinky. Typické vedlejší účinky jsou:

Sedace a únava
Zvýšení hmotnosti- (u olanzapinu) a větší pravděpodobnost rozvinutí diabetu mellitu II. typu
Posturální hypotenze, tachykardie

Příloha č. 5: Komunikace pracovníka s psychotickým klientem

Zdroj: Pěč, O., Probstová, V. a kol. (2009). Psychózy- psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton

Komunikace pracovníka s klientem s dlouhodobou psychotickou symptomatickou

Jaké jsou klíčové prvky jednání pracovníka?

(Vybrali jsme některé body)

- Snaží se zabezpečit stálost, předpověditelnost a spolehlivost prostředí. Chápe, že jasná struktura a hranice jsou důležitými aspekty vztahu. Důležité jsou např. dohody o setkání s klientem, stálost a kontinuita chodu zařízení, stálost hlavní kontaktní osoby a jejího chování a projevu, spolehlivost.
- Je akceptující, vytváří podpůrné (holding) prostředí, kde se člověk může cítit bezpečně. Klient cítí zájem, přijetí, to, že pracovník vztah a komunikaci chce, vytváří je a udržuje.
- Dokáže udržovat optimální (úzkost nevyvolávající) vzdálenost s klientem (patří sem přizpůsobený čas, místo setkání), ale také prostor pro mlčení.
- Respektuje nezávislost klienta, jeho odlišnost i odlišné hodnoty.
- Neslibuje to, co nemůže splnit, planě neutěšuje (raději nabízí méně, než aby zklamal, své nabídky pokud možno dopředu ověřuje)- snaží se budovat vztah důvěry
- V případě krize umí přebrat zodpovědnost, včetně rozhodnutí o klientovi. O tomto kroku ale vždy uvažuje jako o výjimečném a znovu a znovu ho podrobuje zpětné revizi a úvahám.
- Rozumí psychotické symptomatice a umí se symptomy pracovat jako s jevy nesoucími osobní význam pro klienta (psychotické symptomy jako „smysluplné a záměrné“, plnící funkci v pacientově rovnováze a jeho osobních vztazích). Umí „překládat“ psychotickou symptomatiku v rámci vztahu, který vzniká mezi ním a pacientem. Věnuje pozornost nejen věcnému obsahu, ale také emočnímu, vztahovému významu sdělení.
- Přijímá, že ne vše je okamžitě srozumitelné, je schopen nést úzkost z neznámého, protichůdného, chaotického, nebojí se „psychózy“. Neznamená to ale, že zůstane ve

vztahu pasivní, klient cítí, že se pracovník nebojí, ale zůstává s ním a neustává ve své snaze najít nějaký pevný bod v jejich společné komunikaci.

- Je srozumitelný, jednoznačný- nehovoří v kondicionálech, symbolických přirovnáních, používá, ale zároveň citlivě zachází s humorem zejména dvojznačným. Chápe, že pacient může mít problémy se soustředěním, chápáním významu slov, problémy se sociálními dovednostmi. Tím, jak komunikuje, jak se chová, může vytvářet pro pacienta přirozenou možnost učení se.
- Je citlivý vůči nonverbálním projevům (mimice, řeči těla, tónu hlasu atd.), chápe zvýšenou citlivost klienta na některé specifické podněty (vyladění „hlasitosti“, vzdálenosti, tempa, množství podnětů…).
- Je pro něj důležité pochopení reálné situace, vztahů s klientovými blízkými osobami, ale také pochopení vnitřního klienta a vztahů mezi pracovníkem a klientem.
- Spolupracuje úzce s kolegy v rámci užšího a širšího týmu. Je schopen být otevřený, pracovat s pocity, které týmová práce přináší (např. soutěživost, náklonnost, závist). Je si vědom, že zvláště pro klienty s psychózou neřešený nesoulad v týmu představuje ohrožení- křehké testování reality klienta závisí na kohezním obrazu světa, který pro něj tým představuje.
- Snaží se zabezpečit stálost (včetně hlavních kontaktních osob) a kontinuitu podpory v závislosti na aktuálních potřebách pacienta.

Příloha č. 6: Principy otevřeného dialogu

Zdroj: Vybíral, Z., Roubal, J. (2010). Současná psychoterapie. Praha: Portál, s. 254

Principy otevřeného dialogu

Okamžitá odezva: Léčebný proces by měl začít nejpozději do 24 hodin po prvním kontaktu nemocného či rodiny se zdravotníky

Zapojení sociální sítě: Léčebný proces po celou dobu zahrnuje různé členy sociální sítě daného jedince (členy rodiny, praktického lékaře, školu zaměstnavatele aj.)

Flexibilita a mobilita

Zodpovědnost: Kontaktovaná osoba zorganizuje setkání týmu s pacientem, s jeho blízkými a případně s dalšími důležitými osobami.

Transparentnost: Všechna rozhodnutí, která mají dopad na život nemocného či jeho blízké, se projednávají s těmi, jichž se bezprostředně týkají.

Psychologická kontinuita péče: Pokud je to možné, po dobu léčby se nemocnému a jeho rodině věnuje stejný tým.

Tolerance nejistoty: Přijetí faktu, že není zcela možné vše dopředu předvídat a mít pod kontrolou.

Dialogické pojetí: Týmová sezení s nemocným mají podpořit proces hledání adekvátních popisů, vyjádření a významů pro nepříjemnou a nesrozumitelnou, mnohdy děsivou psychotickou zkušenost, která svou obtížnou uchopitelností a sdělitelností přispívá k možné izolaci člověka. Týmová spolupráce ulehčuje snášení nejistoty.

Příloha č. 7: Definice rehabilitačních služeb

Zdroj: Raboch, J., Wenigová, B. (eds.) (2012). Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu. [elektronická verze]. Staženo 16.3.2013 z http://www.cmhcd.cz/dokumenty/OZ_zkr_komplet.pdf

ORIENTAČNÍ DEFINICE REHABILITAČNÍCH SLUŽEB

Asertivní komunitní léčbu (assertive community treatment - ACT) charakterizují tyto prvky: multiprofesní tým včetně psychiatra, péče o pacienta je sdílena celým týmem, přímé poskytování služeb členy týmu, vysoká četnost kontaktů s pacientem, méně pacientů na jeden tým, asertivní „vyhledávání" pacienta v jeho prostředí a nepřetržitá služba.

Byt na půli cesty je časově omezená služba klientům, kteří se ocitli v obtížných živ. situacích, založená na současném poskytování bydlení a sociálního tréninku, zaměřeného na rozvoj psychosociálních dovedností a dalších schopností klienta. Cílem je postupné zapojování do samostatného běžného života. V bytě bydlí maximálně 3 osoby.

Dům napůli cesty je časově omezená služba klientům, kteří se ocitli v obtížných živ. situacích, založená na současném poskytování bydlení a sociálního tréninku, zaměřeného na rozvoj psychosociálních dovedností a dalších schopností klienta. Cílem je postupné zapojování do samostatného běžného života. V domě bydlí více než 3 osoby.

Chráněné bydlení je residenční služba, která poskytuje klientům podle jejich individuálních potřeb takovou podporu, aby mohli v maximální míře vést běžný způsob života. Poskytuje se na dobu neomezenou.

Podporované bydlení je služba zaměřená na podporu a trénink dovedností potřebných pro samostatné bydlení, poskytovaná u klienta doma (může se jednat i o prostředí ubytovny apod.).

Case management (případové vedení) je způsob péče ušitý na míru individuálním potřebám klienta, realizovaný prostřednictvím udělení odpovědnosti za posouzení klientovy situace a koordinace zdravotních, sociálních a dalších služeb jednomu pracovníkovi nebo týmu. Případový vedoucí jednak koordinuje péči o pacienta mezi několika potřebnými poskytovateli podle jeho individuálních potřeb, jednak poskytuje i přímou podporu pacientovi, zejména v jeho vlastním prostředí.

Centra denních aktivit poskytují klientům příležitost pro setkávání a vytváření sociálních kontaktů, emoční podporu, pomoc s řešením problémů a aktivizační programy.

Chráněná dílna představuje specifické pracoviště pro občany, kteří mají ztíženou možnost - případně vůbec nemohou - uplatnit se na trhu práce, poskytuje jim pracovní a společenské uplatnění formou pracovní činnosti. (Klienti mají pracovní smlouvu, berou mzdu. CHD obvykle čerpá dotace od ÚP.)

Poradna je služba, která poskytuje klientům informace o jejich právech, povinnostech a oprávněných zájmech. Nabízí různé možnosti řešení jejich problému nebo životní situace a napomáhá tyto možnosti realizovat. Poradenské služby jsou rovněž zřizovány za účelem poskytování informací o službách, léčebných a rehabilitačních programech, dále informací týkající se sociální problematiky a sociálního zabezpečení a konečně jako poradenství právní.

Informační centra uživatelů - poskytování informací uživateli psychiatrických služeb o službách pro duševně nemocné a lidi v kontaktu s duševní nemocí, svépomocných aktivitách, volnočasových aktivitách, pracovních příležitostech, atd.

Krizová pomoc je službou, která odpovídá na klientův prožitek vlastní životní situace, již vnímá jako neodkladnou a naléhavou a ve stavu nouze ji není schopen řešit vlastními silami a z vlastních zdrojů. Cílem je poskytnout klientovi bezpečí, podporu, naději a vedení, aby pocítil úlevu, aby se zvýšila jeho schopnost situaci zvládat a aby se vrátil na předkrizovou úroveň přizpůsobení a žití.

Cílem **Osobní asistence** je pomoci člověku se zdravotním postižením zvládnout prostřednictvím osobního asistenta ty úkony, které by dělal sám, kdyby neměl postižení. Poskytuje se bez omezení místa a času.

Přechodné zaměstnávání je časově limitovaný pracovně rehab. pokus umožňující lidem, kteří pro svůj handicap nejsou dočasně schopni obstát v běžném zaměstnání bez cizí pomoci, nácvik sociálních dovedností potřebných k získání zaměstnání a udržení se v něm, a to v prostředí primárního trhu práce a za pomoci socioterapeuta. Rehabilitované osoby jsou zařazovány na vybraná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách mimo vlastní organizaci na časově omezenou dobu (obvykle 6 měsíců) na zkrácený úvazek. Rehabilitace probíhá za individuální podpory sociálních pracovníků či soc. terapeutů. Jedinec je za práci finančně odměňován (obvykle podle počtu odpracovaných hodin). Může absolvovat následně i více přechodných pracovních míst. Při výpadku či selhávání pacienta je nahrazen jiným nemocným nebo dočasně i pracovním terapeutem nebo sociálním pracovníkem. Podporované zaměstnávání nabízí podporu lidem s duševním onemocněním, kteří si chtějí vybrat, získat a udržet placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Spočívá v placené práci v integrovaném prostředí se zajištěním

dlouhodobé podpory pro člověka s postižením na otevřeném trhu práce. Pod pojmem placená práce se rozumí, že člověk dostává za stejnou práci stejnou mzdu jako zaměstnanec bez postižení.

Sociální firmy jsou samostatné provozy či podniky, které představují specifická pracoviště pro osoby s duševní poruchou. Provoz je podporován státními institucemi, event. sponzory a je zapojen do běžného tržního prostředí, často ve sféře služeb. Setrvání nemocného na pracovním místě není časově omezeno. Sociální firma je konkurenceschopný podnikatelský (podnikající) subjekt (jakéhokoli právního statutu) působící na běžném trhu, jehož účelem je vytvářet pracovní příležitosti pro osoby výrazně znevýhodněné na trhu práce a k tomu jim poskytovat přiměřenou pracovní a psychosociální podporu. (Může čerpat finanční dotace zejména od ÚP. Více info: www.socialnifirmy.cz)

Příloha č. 8: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Souhlasím se svou účastí na výzkumu „Psychologická péče o rodinu, jejíž člen onemocněl psychózou“ a moje účast je dobrovolná. Výzkum mapuje zkušenosti rodiny s rodinnou terapií, její účinnost z pohledu klienta i ostatních účastníků. Cílem výzkumu je shrnout podněty účastníků rodinné terapie a pojmenovat specifika terapeutické práce s klienty vzhledem k jejich potřebám a možnostem.

Všechny informace získané rozhovory budou použity zcela anonymně a pouze v tomto výzkumu v rámci diplomové práce. S účastníky výzkumu bude jednat kvalifikovaná a s problematikou seznámená studentka psychologie.

S právy účastníka výzkumu jsem byl/a seznámen/a a rozumím jim. Především to jsou:

- Účast na výzkumu je dobrovolná
- Mám právo na soukromí a ochranu poskytnutých informací
- Ze závažných důvodů lze vystoupit z výzkumu v jakékoliv fázi
- Informace do výzkumu budu poskytovat pravdivě
- Mám právo na pravdivé informace ohledně tohoto výzkumu
- Mám právo být seznámen s výsledky výzkumu

V…….…… datum……. Podpis účastníka výzkumu:

Kontakt: Veronika Waneková
tel: 774 241 792
e-mail: wanekova@centrum.cz

Příloha č. 9: Ukázka výzkumných dat

Vzhledem k malému výzkumnému souboru a abychom zachovali anonymitu, nebudeme označovat výroky jednotlivých účastníků ani zkratkami, které používáme ve výzkumné části diplomové práce. Pouze moderátorka diskuze a tazatelka při rozhovoru je označena „M“.

Ukázka z ohniskové skupiny klientů:

…: no, já jsem tam přišel s nějakým očekávání. Bylo mi jasný, že ta zvědavost byla moje chyba. To nám řekli, během prvního, druhého setkání, že si máme vybrat téma nebo problém a pak ho rozebereme a taky se mi zdálo, že jsem v tý době nepřikládal těm problémům takovou váhu. Mě to začalo i bavit, že se o tom s mamkou bavíme, až jsem byl překvapen, že těch problémů má víc mamka, co má za úkol vyřešit. Já jsem měl taky ten alkohol, ale to říkali, že je spíš na individuální terapii. Ale důležitý bylo, že domácnost má mít nějaký pravidla. Aby tam byla dohoda. Stran toho alkoholu, to spíš porušuju, takže ten výsledek…po terapii byl a pak se to začalo zhoršovat, teď se to zlepšuje, protože teď nepiju. Snad to budu mít někdy pod kontrolou, Ale zlepšila ta zodpovědnost každého v tý domácnosti. Mamka měla velkou zodpovědnost a právě dělala ty věci za mě, když jsem byl po tý noci, „panský jízdě“. Hlavně, že jsem se zlepšil v tom přístupu, že se musím nad těmi věcmi zamyslet, že ten vztah dvou lidí, že z toho je cesta ven k nějakým správným způsobům, akorát je potřeba to řešit. Tak to jsem tam teprve zjistil. Moc jsem věci neřešil, měl jsem za to, že se s tím mým přístupem moc nedá dělat. Pak mě to bavilo, když jsem našel ty chyby, teď je to takový prosvětlený, domlouváme se na věcech. Tak od tý doby si přemýšlím o svým bydlení. Taky nám nabízeli, že se máme ozvat, když budeme chtít, ale nepotřebovali jsme.

…: no, já nevím, jestli nám to nějak pomohlo, alespoň jsme si vyjasnili nějaké věci. Co si rodiče myslí o tom problému. Já jsem si myslel, jak oni to myslí a oni to ve skutečnosti bylo jinak, tak to se mi vyjasnilo. Taky jsem poznal jak máma mě vidí v rodině, to postavení, i ti psychoterapeuti říkali, že máme takový smutný případ. Bráchovi se rozpadá manželství, ségra je celý život sama a já jsem psychicky nemocný. Uvědomil jsem si, že na tom ještě nejsem tak špatně. Všechno je takový relativní, každý má svý problémy. Tak já to tak beru. To mi dost pomohlo.

M: Vy jste se zmiňovali, že jste někteří dostávali občas nějaké úkoly. Předpokládám, že jste se tam domlouvali na věcech, který se pokusíte změnit, upravit, vyzkoušíte je do příště. Jaké to pro vás bylo, jestli jste to mohli přijmout, jestli jste s tím vnitřně nebojovali…

…: no já jsem měl za úkol vymezit si svůj vlastní prostor. Že je potřeba mít v tom vztahu svůj vlastní prostor. To bylo taký obtížnější. Třeba jsem jezdil k mámě každých 14 dnů, abych dokázal říct, že se mi to teď nehodí, nepřijedu. Máma aby to byla schopná přijmout. To teď funguje nějak automaticky. Nedělám to často, ale když nemám chuť, tak nejedu. Ono je každá návštěva dobrá, nebude tu věčně, je jí 67 let, takže se snažím být u ní často, čerpat nějaké ty vzpomínky. Teď se dokážeme dohodnout, aby toho nebylo moc ani málo těch vztahů. Časem asi půjde máma do důchoďáku, ale zatím je schopná, potřebuje jen občas návštěvy. Popovídáme si něco nového.

M: takže když jste chodil na RT, tak jste bydlel taky už sám.

…: no, já bydlím sám od 18 let.

M: A to jste onemocněl až potom, co jste bydlel sám?

…: no, nějaký náznaky tam byly už před tím. Někdy kolem 14. roku a pak to bylo spojený s drogami. A taky trvalo asi 9 let než jsem se začal léčit. Pořád jsem se s tím pral, byl jsem tvrdohlavý. Pak přišla 1. hosp a trvalo dalších 10 let než přišla další hosp. Mezi tím jsem se s tím potýkal sám, ale to už nechci. Já jsem pochopil význam tý terapie a vůbec, že na tom nejsou všichni pacienti stejně. Od r. 2008 už je to každý rok lepší.

M: no to jste udělal kus práce

…: musím přiznat, že pokrok je to velký, nejhorší bylo si přiznat, že jsem nemocný a pak, že jsem ještě závislej. A to už bylo příliš.

M: to jo. A jaký to bylo pro vás? Vy jste odstávali nějaký úkoly, doporučení?

…: no, tak my jsme to tak nějak splnili, taky abychom si udrželi nějaký prostor každý pro sebe. Nějaký pravidla. A mít pro sebe odstup. Třeba jsem říkal, že mamka mi chodí otevírat okna od pokoje, to si můžu dělat sám, být samostatný. Já jsem začal na druhou stranu i prát, mýt nádobí, trochu vařit. Takže se o to dělíme. My jsme to splnily, ty úkoly.

M: Nebylo to proti vašemu nastavení?

…: Moc ne. Až se mi zdálo, že ty problémy zase beru na lehkou váhu. Že nemusím být puntičkář, kdo mi leze do soukromí. Ale k něčemu to bylo, máma dobře snáší ten odstup, není z toho nesvá. To přišlo spíš vhod.

Ukázka z ohniskové skupiny příbuzných:

…: 1. terapii nám nabídl náš syn, ten zdravý. Protože ten nemocný syn přestal chodit do školy, nekomunikoval a toho mladšího to trápilo, bydleli spolu v pokoji. Začali jsme chodit kvůli komunikaci. Později se projevilo, že ten starší syn má problémy. Takže se začal léčit.

…: Dokud neměl ataku.

…: Jo, já vím, ale dospělo to k tomu po tom ročním chození.

…: Ten druhý běh RT nám doporučil ošetřující lékař syna.

M: A jak vám vysvětlili k čemu ta RT je?

…: My jsme to nepotřebovali vysvětlovat. Poprvé jsme šli kvůli problémům v komunikaci a podruhé už jsme věděli o co jde a bylo to kvůli nemoci, snažíme se dělat pro syna, co můžeme a když lékař řekl, že by to bylo na RT, tak jsme šli.

M: Prostě jste důvěřovali tomu doporučení lékaře. Chcete se k tomu taky vyjádřit? (všichni)

…: Já jsem s tím problém neměla, ale myslím, že je důležité, aby se účastnilo více členů.

…: My jsme měli taky problém v komunikaci, dodneška, ale to se musí chtít odstranit- od všech.

M: Další otázka se týká zakázky- jaká jste měli očekávání, představy? Asi před tou první RT.

…: Já když někam jdu, nemám očekávání. Ale očekávali jsme zlepšení komunikace v rodině, ne že by se to tolik změnilo, ale přispělo k zlepšení komunikace. Pak to dostalo takový obrat- po hospitalizaci nám doporučili Ondřejov, měli jsme zoufalý nedostatek informací o nemoci.

…: tam to proběhlo tak, že paní terapeutka (na první RT) zvedla telefon a zavolala lékaře, takže navazovala péče, nemuseli jsme sami hledat pomoc pro syna.

M: to je skvělý, že jste byli zachyceni. Taky je skvělý, že jste neočekávali konkrétní rady, které často lidé očekávají..

…: to bych chtěla já, já bych chtěla konkrétní návod..

M: Vy byste to chtěla a někdo to zase nechce.

…: Já jsem tam šla, abych měla pocit, že jsem udělala všechno, co jsem mohla. A je fakt, že se vždycky něco dozvíte.

…: Já měla zase jiný důvod. Moje nejstarší dcera byla nemocná, v tý době byly tam ještě 3 mladší sourozenci, nevlastní. Nejmladší byl předškolní, ty dva školáci. Byly z toho vyděšený, takže jsem očekávala, že trošku pochopí tu starší sestru. A to mi nevyšlo. A ještě jsem se hodně svěřovala, byla jsem sebekritická a nakonec poslali k psycholožce mě. Mě

to nevadilo, že mě poslali, ale vypadalo to, že já jsem problematická. Ne, že za to můžu, ale ostatní to tak vnímali.

…: to tak bývá na RT, terapeutka říkala, vy se vždycky rozpovídáte před koncem. 30 min hledáme téma a 15min „pracujeme“. Vždycky byl „v pozornosti“ jeden člen.

M: Takže si člověk přišel „propraný“

…: manželovi to nevadilo, já jsem byla vzteklá. Na začátku, pak jsem si zvykla. Taky jsem za všechno mohla já..

…: Asi to bylo (14:18- 14:31 nesroz.)

…: Ta moje terapeutka byla v mém věku, říkala, že není tolik co řešit, že bych se měla věnovat svým zájmům. Jen ty ostatní to vnímali, že já se potřebuju léčit..

M: Oni vám nabídli individuální terapii asi proto, že vy jediná jste byla ochotná něco měnit a řešit.

…: no jo, já vím, ale ty ostatní si mysleli, že jsem já blázen, i ty děti

M: máte pravdu, že to tak mohli ostatní členové rodiny vnímat. Vzala jste ten těžký úkol na sebe, za ně a tím jste jim ulehčila…Teď tu mám oblast změn. Jaké změny po vás terapeuti chtěli, možná vám něco doporučovali. Jestli jste nějaké změny dělali, nebo jste si museli obhajovat vlastní stanovisko oproti doporučení..v čem ty změny šly a v čem byl konflikt- třeba i mezi členy rodiny.

…: Já si pamatuji, že mě bylo vytýkáno, že nemluvím konkrétně a jasně, mluvím jen v náznacích. Že musím podávat informace jasné, konkrétní, nezamlžené…tak na začátku mě to štvalo. Že já jsem taková dokonalá a je mi tady vyčítáno….Ale člověk si to neuvědomuje. Ale naučí se to člověk, no, občas to poznám, asi takhle. Z té první RT mě toto zaujalo.

V: A vy jste měl nějaký dojem?

…: Já jsem měl dojem ohledně mladšího syna, který nás tam přivedl, ne ohledně sebe. Tam vyplynulo, že se až příliš stará o toho staršího syna. Starost o něj ano, ale tohle bylo moc.

…: Že tu rodičovskou péči bere hodně na sebe.

…: jo, že to by to mělo být víc na nás. U té druhé RT už u nás ten mladší nebydlel, takže na tu RT přišel jednou, ale nebylo nutné, aby s námi chodil stále. Ten jejich vztah je důležitý stále, ale už tam nechodil.

M: To znamená, že nejvíc šlo hlavně o ty komunikační věci a napadá mě, jestli nebylo téma i osamostatňování?

…: to spíš v tý první. V tý druhý to bylo hodně o nemoci. Spíš to bylo o nás, abychom ne tolik dohlíželi na syna. Ta míra se právě těžko hledá.

Ukázka z rozhovoru s jedním z rodinných terapeutů:

Zakázka

M: Při jakém problému je doporučena RT ze strany odborníka?

..: no, většinou je to chronický klient. Tak ta rodina zkusí to poslední, co ještě zbývá z terapií-rodinnou. Někdy na začátku léčby, pokud nevěří psychiatrům a jsou ladění alternativně

M: Jaké mohou být komplikace na uskutečnění RT?

..:Nejčastěji praktické věci jako finance…jakože pojišťovny to už nechtějí platit nebo ze strany rodiny, že chtějí setkání večer. Takže časové možnosti terapeutů, večer už tu nikdo nechce být.

No a jinak samozřejmě, když to nějaký člen bojkotuje a rodina bez něj nechce pokračovat. To jsou takový procesní věci. Problém je i když rodina nemoc vnímá odděleně a odmítá myšlenku, že nemoc je součást systému..

M: Jsou odlišné zakázky příbuzných a klientů?

..: Hledá se průnik zakázek, odborník to pouze pomáhá definovat. No a pak musí vědět, jak procesně pracovat. Pacienti jsou spíš zaskočeni, ale když se víc povídá, pak už umí říct konkrétně, co mu vadí. Třeba aby mu máma dala volnost a nechtěla po něm určité věci…

M: A příbuzní?

Příbuzní většinou chtějí zlepšení komunikace, ale taky to říká konkrétně, třeba „chtěla bych, aby mě slyšel, když po něm něco chci.. No a taky se ptají, jak mají řešit konflikty. Další témata jsou klasický- osamostatňování, pravidla soužití, režim. Tak asi.

M: Jak řešíte skryté zakázky rodiny?

..: No..co bývá skrytá zakázka to si říkají terapeuti, ale nesdělují, aby je nezaskočili, „nepřistihli“, mohou motivovat, aby to sami odhalili. Ale to jde jen při navázané spolupráci.

Změny

M: Co musíte řešit dříve, než se stanoví zakázka? Jestli něco brání fungování RT hned na počátku- např. rozdílná motivace jednotlivých účastníků ?

..: Například v párové terapii je první věc, jestli se bude pracovat se silami dostředivými (jakože zůstanou spolu) nebo odstředivými (že se chtějí rozejít) Takže prvotní tady je, aby oba věděli, kterým směrem chtějí jít a v tom musí být shoda.

M: Jsou nějaké obecné cíle u rodin s psychotickým členem?

…: určitě řád, pravidla. Teda pravidla tam někdy jsou, pak jde o jejich zviditelnění. No a to hlavní a častý je určitě nastartování komunikace, aby obě strany rozuměly, co si říkají. Pak je už složitější cíl a to hlavně pro pacienty. Aby si uměli říct o potřeby.

M: Kolik sezení s těmito rodinami je třeba průměrně, než dojde k nějaké změně?

..: Potřebují 1-3 setkání, jestli do toho „jdou“. Což u neurotiků znamená polovinu práce. Často se schází 2 roky, kdežto u neurotických rodin 5-10 setkání.

M: Kolik sezení je nutné pro nějakou změnu?

..: Průměrně je 1-2 roky scházení. Systém pracuje sám, tak jde o to, aby se nahodil „ozdravný systém“.

M: Co ještě brání RT? Třeba proč rodina nesouhlasí s návrhem, který od vás mají..jestli se to stává..

..: Tak někdy bojkotují doporučení nebo rady. Jde o to, že na některé změny mají a na jiné ne. Mají prostě svůj horizont změny.

Terapeutické postupy

M: Které okruhy témat v rámci RT jsou typické pro tyto rodiny?

…: Není to tolik rozdílné, ale u neurotických rodin stačí „brnknout“, ale u psychotiků se „vedou za ruku“. Místo 1-2 setkání se to týká pěti.

M: Existují terapeutické postupy, které využíváte u těchto rodin nebo kterým se cíleně vyhýbáte?

…: Využíváme často kameny na znázornění systému.

M: Co s nimi konkrétně znázorňujete?

…: Třeba znázornění blízkosti. Nebo to jde i kreslením. Taky je to dobré, když potřebují oddělit rodičovský a partnerský sebesystém.

M: Ještě něco?

..: Někdy rady, jako edukace, ale to není stěžejní

M: A čemu se vyhýbáte? Jakým technikám..

..: Nevím. Asi práci s tělem neděláme.

M: Stává se, že se psychotičtí klienti během RT dekompenzují?

…: Já jsem to konkrétně nikdy nezažil. I když je u nich obvyklá epizoda ročně. To je zajímavý. Tady je bezpečný prostor pro komunikaci s rodinnými příslušníky, což doma nejde. Tak možná proto.