

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra Psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Psychoedukace pacientů se schizofrenií
Psychoeducation for patients with schizophrenia

Bc. Klára Sobotková

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Taušová, Ph.D.
Studijní program: Psychologie (N0313A230007)
Studijní obor: N PSYCH 20 (0313TA230007)

Odevzdáním této diplomové práce na téma *Psychoedukace pacientů se schizofrenií* potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 30.6. 2024

V první řadě děkuji Mgr. Jitce Taušové, Ph.D. za laskavý přístup, který uplatňovala při vedení této práce. Také bych chtěla poděkovat veškerým respondentům, kteří se mnou na této práci spolupracovali, za jejich čas a ochotu. Jmenovitě patří dík Mgr. Haně Navrátilové, která mi dynamicky zprostředkovávala kontakt s výzkumným terénem. V neposlední řadě děkuji své rodině a blízkým, kteří mi byli zcela neodbornou a naprosto zásadní oporou.

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá výzkumem psychoedukace pacientů se schizofrenií v prostředí psychiatrické nemocnice. Cílem práce je prohloubit poznání této problematiky se zaměřením na pohled klinických psychologů. Práce kombinuje kvalitativní metody výzkumu, konkrétně rozhovory s klinickými psychology a pozorování skupinových psychoedukačních sezení. V teoretické části práce jsou nejprve vymezeny základní pojmy, a to psychoedukace, psychotické onemocnění a schizofrenie. Poté se zabývá léčbou schizofrenie a úlohou psychoedukace v tomto procesu. V závěru teoretické části jsou představeny stávající ucelené koncepce psychoedukace pro léčbu psychotických onemocnění. Empirická část práce se zaměřuje na podrobný popis a analýzu psychoedukačních procesů v praxi. Data získaná z rozhovorů s psychology a pacienty a z pozorování skupinových setkání jsou analyzována pomocí tematické analýzy. Na základě výsledků analýzy je vytvořen komplexní popis kontextu, obsahu a situace psychoedukace pacientů se schizofrenií. Na základě těchto zjištění je následně vytvořena teorie procesu psychoedukace v tomto specifickém kontextu. V souvislosti s lokálně zakotvenou teorií procesu psychoedukace byla také vytvořena definice samotné psychoedukace. Diplomová práce zdůrazňuje důležitou roli psychoedukace v léčbě schizofrenie a zdůrazňuje potřebu komplexního přístupu, který zohledňuje specifické potřeby pacientů a specifika prostředí psychiatrické nemocnice. Závěry práce tak mohou být využity ke zkvalitnění psychoedukačních programů a ke zlepšení péče o pacienty se schizofrenií.

KLÍČOVÁ SLOVA

psychoedukace, schizofrenie, psychotické onemocnění, psychóza, edukace, psychoterapie

ABSTRACT

This thesis deals with an investigation of psychoeducation of patients with schizophrenia in a psychiatric hospital setting. The aim of the thesis is to deepen the understanding of this issue with a focus on the perspective of clinical psychologists. The thesis combines qualitative research methods, namely interviews with clinical psychologists and observation of group psychoeducational sessions. The theoretical part of the thesis first defines the basic concepts, namely psychoeducation, psychotic illness and schizophrenia. It then discusses the treatment of schizophrenia and the role of psychoeducation in this process. At the end of the theoretical part, the existing comprehensive concepts of psychoeducation for the treatment of psychotic illnesses are presented. The empirical part of the thesis focuses on a detailed description and analysis of psychoeducational processes in practice. The data collected from interviews with psychologists and patients and from observations of group meetings are analysed using thematic analysis. The results of the analysis are used to create a comprehensive description of the context, content and situation of psychoeducation of patients with schizophrenia. Based on these findings, a theory of the psychoeducation process in this specific context is subsequently developed. A definition of psychoeducation itself was also developed in relation to the locally grounded theory of the psychoeducation process. The paper highlights the important role of psychoeducation in the treatment of schizophrenia and emphasizes the need for a comprehensive approach that takes into account the specific needs of patients and the specifics of the psychiatric hospital setting. Thus, the conclusions of the thesis can be used to improve the quality of psychoeducational programs and to improve the care of patients with schizophrenia.

KEYWORDS

psychoeducation, schizophrenia, psychotic disorders, psychosis, education, psychotherapy

Obsah

Úvod	8
1 Psychoedukace	10
1.1 Definice pojmu psychoedukace	10
1.2 Historie psychoedukace	13
1.2.1 Historie psychoedukace a vymezení tohoto pojmu v ČR	16
2 Psychotická onemocnění a schizofrenie	19
2.1 Pojem psychóza	19
2.1.1 Psychóza v rámci současných klasifikačních systémů	20
2.2 Schizofrenie	21
2.2.1 Průběh schizofrenie	23
2.3 Léčba schizofrenie a psychotických onemocnění	24
3 Praktická podoba psychoedukace při onemocnění psychózou	25
3.1 Organizační struktura psychoedukace	25
3.1.1 Individuální, skupinová a rodinná forma psychoedukace	26
3.1.2 Další možné podoby psychoedukace	26
3.2 Psychoedukační programy v ČR	27
3.3 Účinnost psychoedukačních programů	29
4 Metodologie výzkumu psychoedukace	32
4.1 Obecný metodologický rámec	32
4.2 Cíl výzkumu a formulace výzkumných otázek	35
4.3 Výzkumné metody a průběh výzkumu	36
4.3.1 Průběh sběru dat	38
4.4 Výzkumný vzorek a jeho výběr	40
4.4.1 Popis výzkumného vzorku a terénu	41

4.5	Etické aspekty výzkumu	42
4.5.1	Kredibilita výzkumu	43
4.6	Metodologický přístup k analýze dat a výsledkům výzkumu	44
5	Tematická analýza dat	47
5.1	Psychoedukace v kontextu režimu a chodu zdravotnického zařízení.....	47
5.1.1	Lokální historie vztahu psychologa a psychoedukace.....	49
5.1.2	Psychoedukace ve vztahu k souvisejícím disciplínám	54
5.2	Kontext skupinové psychoedukace	56
5.2.1	Psychoedukační podmínky	56
5.2.2	Psychoedukační skupinová situace.....	59
5.3	Obsah psychoedukace.....	61
5.3.1	Co je psychóza.....	62
5.3.2	Vznik psychotických onemocnění.....	62
5.3.3	Výzva onemocnění psychózou	63
5.3.4	Průběh psychotických onemocnění	63
5.3.5	Příznaky psychotických onemocnění	64
5.3.6	Relaps při psychotickém onemocnění	66
5.3.7	Krizový plán	67
5.3.8	Psychohygiena a zdravý životní styl	68
5.3.9	Medikace	69
5.3.10	Psychotická onemocnění a rodina	70
5.3.11	Arteterapeutické techniky	71
5.4	Cíle psychoedukace	71
5.4.1	Učení se odborným pojmům.....	72
5.4.2	Zlepšení životní spokojenosti	74

5.5	Nároky psychoedukace na psychologa.....	76
5.5.1	Zodpovědnost za realitu.....	76
5.5.2	Tlumočnictví.....	78
5.5.3	Naděje v psychoedukační proces.....	80
6	Výsledná definice a teorie psychoedukace.....	82
6.1	Souhrnná definice psychoedukace.....	82
6.2	Teorie procesu psychoedukace.....	86
6.2.1	Ústřední koncept – dynamická moderace informací.....	86
6.2.2	Vztahová síť a centrální kategorie.....	88
6.2.3	Fáze základního sekvenčního modelu psychoedukace.....	91
6.2.4	Schéma komplexního psychoedukačního procesu.....	96
6.2.5	Shrnutí: Zakotvená tvrzení.....	97
7	Diskuse.....	100
	Závěr.....	106
	Seznam použitých informačních zdrojů.....	107
	Seznam příloh.....	113

Úvod

Psychoedukace se dá obecně chápat jako proces systematického vzdělávání klientů o jejich diagnóze, možnostech léčby a strategiích zvládnání onemocnění. V kontextu duševního zdraví se jedná o komplexní intervenci, která zahrnuje širokou škálu témat, která se primárně týká nosologie duševního onemocnění. Nosologie je v původním významu slova nauka o vysvětlení nemoci (Smolík, 2001). Cílem psychoedukace je zmocnit pacienty a jejich blízké v jejich roli aktivních účastníků léčebného procesu. Psychoedukací tedy rozumíme systematické, strukturované, didaktické informace o nemoci a možnostech její léčby a o tom, jak se s ní vyrovnat (Chawala a kol., 2015).

Tato diplomová práce se zaměřuje na psychoedukaci pacientů se schizofrenií v prostředí psychiatrické nemocnice a zkoumá ji z pohledu klinických psychologů. Z hlediska historického vývoje této intervence je pojem psychoedukace spojený s rodinami pacientů se schizofrenií. V této diplomové práci je pojem pacient použit ve smyslu „označeného“ pacienta (designated patient¹), čímž se zdůrazňuje specifikum zdravotnického kontextu.

Psychoedukační programy se liší strukturou a obsahem témat. Jejich účinnost podléhá průběžnému hodnocení. V tomto článku se dotkneme také otázky, co přesně zahrnuje pojem psychoedukace a kde se nacházejí hranice této disciplíny. V literatuře se setkáváme s nejasnostmi ohledně definice psychoedukace. Množství přístupů k péči o duševní zdraví s sebou přináší různé pojmy a definice, které se v praxi používají. To může vést k matoucí a nejednotné terminologii v oblasti duševního zdraví. Jasná a jednotná terminologie je nezbytná pro efektivní komunikaci mezi odborníky, pacienty a širokou veřejností. Může také přispět k lepšímu pochopení duševních poruch a jejich následné destigmatizaci.

¹ Termín designated patient se používá například v systemické terapii. V knize Elsy Jones a Eia Ansen Systemická terapie a deprese vysvětlují termín designated patient jako pojem určený zdravotnickým kontextem: „Termín designated patient autoři používají z toho důvodu, aby bylo jasné, že takto označené osoby (označené samy sebou, rodinnými příslušníky, odborníky) jsou pacienty zdravotnického systému.“ (Asen, Jones, 2004, str. 28).

Teoretická část práce se podrobně zabývá historií a pojetím psychoedukace v mezinárodním měřítku i v České republice. Zaměřuje se na psychoedukaci v kontextu psychotických onemocnění a definuje klíčové pojmy, jako je psychóza a schizofrenie. Jak bylo zjištěno ve fázi výzkumu, psychoedukace, která je primárně zaměřena na pacienty se schizofrenií, se věnuje i dalším pacientům, kteří mají příznaky psychotického onemocnění. Teoretická část tedy alespoň stručně nastiňuje rozmanitou škálu psychotických onemocnění. Existují různé psychoedukační programy, které mají svou vlastní strukturu a skládají se z určitého okruhu témat. Tyto programy bývají kvantitativně hodnoceny z hlediska účinnosti. Některé z těchto programů jsou představeny v poslední kapitole teoretické práce. Nabízí se, že existuje také kvalitativní výzkum procesu psychoedukace, nicméně kvalitativní výzkumný přístup nabízí řadu otázek, například v čem vůbec spočívá účinnost psychoedukace; nebo jakou přesnou podobu může mít tento jev v praxi.

Cílem této práce je prohloubit porozumění psychoedukaci pacientů se schizofrenií v kontextu psychiatrické léčebny z pohledu klinických psychologů. Práce kombinuje metody kvalitativního výzkumu, konkrétně rozhovory s klinickými psychology a zúčastněné pozorování skupinových psychoedukačních sezení. Z výzkumného hlediska se práce zaměřuje na analýzu pojmů a principů psychoedukace, zkoumání specifických oblastí psychoedukace zaměřené na pacienty se schizofrenií a identifikaci rolí a vnímání psychoedukace klinickými psychology. Výsledky této práce by měly přispět ke zlepšení psychoedukačních programů a k celkovému zlepšení péče o pacienty se schizofrenií.

1 Psychoedukace

Koncept psychoedukace se v literatuře objevil relativně nedávno, ačkoli jeho základní principy sahají daleko do historie psychiatrie. Vzniká syntézou dvou slov: "edukace" (výchova a vzdělávání) a "psycho" (duše, duch). Tímto propojením naznačuje hlubší smysl, než pouhé předávání informací. Psychoedukace se tak dá chápat jako "vzdělávání o duši", čímž zdůrazňuje komplexní přístup k pochopení a zvládnání duševních poruch.

Někteří autoři, jako například Shindhe a kol. (2014), definují psychoedukace jako "vzdělávání osoby s psychiatrickou poruchou v předmětech, které slouží cílům léčby a rehabilitace". Tato definice akcentuje praktický rozměr psychoedukace, jelikož zdůrazňuje její úlohu v dosažení terapeutických cílů. Psychoedukace tak představuje intervenční metodu, která se stává nedílnou součástí komplexní péče o pacienty s duševními poruchami. Cílem psychoedukace je dle Sarkhela a kol. (2020) poskytnout jednotlivcům a rodinám znalosti o stavu duševního zdraví. Tyto znalosti zahrnují pochopení příčin a symptomů duševních poruch, dostupných léčebných možností, strategií zvládnání a prevence relapsů. Psychoedukace tak umožňuje pacientům aktivně se zapojit do své léčby a převzít zodpovědnost za své duševní zdraví.

Přesná definice psychoedukace se v literatuře liší v závislosti na autorovi a kontextu. Cílem této kapitoly je podrobněji popsat teoretické ukotvení pojmu psychoedukace a stručně představit historii a okolnosti vzniku tohoto pojmu.

1.1 Definice pojmu psychoedukace

K pochopení pojmu psychoedukace je nutno přiblížit jeho didakticko-psychoterapeutickou rovinu. Pojem edukace se dá ve své nejširší podobě chápat jako cílený proces, v průběhu kterého se jedinec učí. Související pojem učení je definován například jako proces, v jehož průběhu dochází u jedince na základě nového poznání, nových dovedností a zkušeností ke změnám v chování, v psychice a v osobnosti (Nývltová, 2015). Z tohoto pojetí odvozená definice psychoedukace by se také dala chápat velmi široce, tedy jako proces, kdy osoba

s duševním onemocněním a její rodina získává informace a osvojuje si dovednosti, které se daného duševního onemocnění týkají; na základě toho osoba s duševním onemocněním nebo její rodina buduje své návyky a získává další zkušenosti, které souvisejí s její psychiatrickou diagnózou. To by teoreticky do procesu psychoedukace zahrnovalo i veškeré volně dostupné psychoedukační materiály, jako jsou brožury o duševním onemocnění, ale i zcela neformální zdroje informací, pokud je tento proces cílený.

Právě cílenost je klíčový diskriminant mezi edukací a učením. Zatímco učení jsme definovali jako proces, při kterém dochází ke změnám chování, edukace je proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech (Juřeníková, 2010). Zde se vytváří předpoklad formalizace procesu edukace. Pokud se tedy setkáme s pojmem edukace, většinou se tímto pojmem myslí její institucionalizovaná forma, tedy výchova a vzdělávání v rámci školy. Jde potom tedy „o takovou činnost lidí, při nichž se nějaký subjekt učí a jiný subjekt mu toto učení zprostředkovává“ (Průcha, 2009). Stejně tak je potom pojmem psychoedukace popisována situace zprostředkovaného a formalizovaného vzdělávání jedince o jeho psychiatrické diagnóze.

Jedním kritériem pro pochopení pojmu psychoedukace je tedy míra formalizace tohoto procesu. Další kritérium souvisí s psychoterapeutickými kořeny psychoedukace. Zde napříč definicemi, které psychoedukaci chápou jako terapeutickou intervenci (více či méně institucionalizovanou), narážíme na otázku, do jaké míry je psychoedukace samostatné léčebné působení a do jaké míry se jedná pouze o dílčí praktiku, která je součástí jiných intervencí.

Zde narážíme na teoretický problém přesného vymezení hranic psychoedukace. S podobným problémem se v dnešní době potýká i psychoterapie. Pojem možná nadřazený psychoedukaci, možná nikoliv. Už v roce 1911 napsal ve svém článku, kterému se budeme podrobněji věnovat v další kapitole, John E. Donley o psychoterapii toto: „Psychoterapie je pouze vhodný obecný název nebo název třídy pro řadu věcí, jmenovitě pro určité metody nebo postupy, které byly seskupeny, protože mají některé společné vlastnosti a byly shledány užitečnými při léčbě duševních poruch. Z tohoto pohledu by nemělo být těžké vidět, že psychoterapie znamená *metody*, a podle toho nemůže mít a také nemá žádné jasné

hranice“ (Donley, 1911). Stejně tak jako pojem edukace, i pojem psychoterapie je v odborné literatuře definován v pestré šíři. Pojem psychoterapie se používá ve dvou základních významech, tedy jako obor a jako činnost (Kratochvíl, 1998). Širší definice popisují psychoterapii jako léčebnou činnost, při níž psychoterapeut využívá své osobnosti a svých dovedností k tomu, aby u klienta došlo k žádoucí změně směrem k uspořádání prožívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění (Vybíral, Roubal, 2010). V rámci konkrétnějších definic je pak psychoterapie představována jako odborná a zaměřená aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí (Norcross, Prochaska, 1999). Tyto definice psychoterapie jsou zmíněny se snahou ilustrovat, že pevně vymezit pojem, který je definovaný jako terapeutická intervence, je poněkud náročné, pokud neznáme přesnou definici tohoto nadřazeného pojmu. Psychoterapie i psychoedukace mají společné to, že jsou obě považovány za terapeutické intervence a jejich hranice tak mohou být v některých případech těžko uchopitelné, a dokonce se i v mnohém prolínat.

Jedna z definic psychoedukace například zní: „Jedná se terapeutickou intervencí založenou na důkazech, která poskytuje informace a podporu pacientům a jejich blízkým, aby lépe porozuměli nemoci a vyrovnali se s ní“ (Gearing, 2008). Od edukace se psychoedukace primárně odlišuje svým zaměřením na duševní zdraví, od psychoterapie svým principiálním důrazem na předávání vědecky ověřených informací. Přesto může být stále náročné odlišit psychoedukaci a psychoterapii, pokud se v rámci jejich praktické aplikace můžou stávat vzájemnou součástí.

Závěrem tohoto oddílu budeme věnovat pozornost negativním konotacím, které tento termín může představovat. Některé zdroje se proti termínu psychoedukace vymezují (Manjunatha a kol., 2022). Jejich slovy se může jednat o přátelský termín mezi odborníky, ale nemusí tomu tak být z pohledu pacienta. Jako alternativa je navrhován například termín edukace pacienta (patient education), který je v současnosti používán například American academy of family physicians (AAFP). AAFP definuje vzdělávání pacientů jako proces ovlivňování chování pacientů a vytváření změn ve znalostech, postojích a dovednostech nezbytných k udržení nebo zlepšení zdraví (Základní vzdělávací pokyny AAFP, 2000). V tomto případě

se tedy nejedná výlučně o edukaci osob s duševním onemocněním, ale o osoby, které se obecně vztahují ke zdravotnickému systému v roli pacienta. To je také pointa této kritiky, která volá po tom, aby se veškeré termíny z oblasti péče o duševní zdraví zbavily předpony *psycho*, což se týká i pojmů psychoterapie, psychosociální intervence a psychofarmakologie (Manjunatha a kol., 2022). Nutno dodat, že zmíněný výzkum nemá dostatečnou oporu v datech. V této diplomové práci je zmíněn proto, aby ilustroval určitý proud úvah v rámci vědecké obce. Vnímání pojmu pacienty nebylo dostatečně zkoumáno, jak píšou i autoři článku *Psychoedukace: Potřeba alternativního obecného, destigmatizovaného a pro pacienty přívětivého termínu v klinické praxi* (Manjunatha a kol., 2022).

1.2 Historie psychoedukace

Psychoedukaci jakožto ucelené koncepci historicky předcházely jakékoliv výchovné metody uplatňované ve zdravotnictví. Při zkoumání historie strukturované a organizované psychoedukace můžeme sledovat dva důležité milníky, které se navzájem prolínají. Prvním z nich je spojení psychoedukace s diagnózou schizofrenie, druhým je souvislé uplatňování metod psychoedukace a práce s rodinným systémem.

Ačkoli pojem psychoedukace existoval již dříve, o jeho rozvoj a popularizaci v současné podobě se zasloužila americká výzkumnice C. M. Anderson v 80. letech 20. století (Anderson, 1980). Jedna z koncepcí, která předchází současnému pojetí psychoedukace je například *psychická re-edukace*. Tento pojem je zmíněn ve Věstníku abnormální psychologie, kde v roce 1911 publikoval John E. Donley článek *Psychoterapie a re-edukace* (The Journal of abnormal psychology: Psychotherapy an re-education, Donley, 1911). Pojem psychická re-edukace můžeme chápat jako *převýchovu duše*. Autor popisuje re-edukaci jako spojení teorie psychoterapie s praxí a ve zmíněném článku předkládá psychickou re-edukaci jako *summum bonum* nebo také ultimátní cíl psychoterapie. Psychoterapeut v Donleyho podání v rámci psychoterapie předává svým pacientům své způsoby vědění a poznávání a tím se stává učitelem, „který svým způsobem zasvěcuje pacienty do velkých základních principů psychického života“ (Donley, 1911).

Výše zmíněná Carol M. Anderson užila tento pojem v názvu článku Rodinná léčba dospělých pacientů se schizofrenií: Psychoedukační přístup (Anderson 1980). V tomto článku autorka popisuje psychoedukaci jako rodinnou intervenci rodin pacientů se schizofrenií, která se primárně nezabývá rodinnou dynamikou, ale v rámci této intervence jsou rodině poskytovány informace, které mají sloužit jako racionální návod pro interakci, díky kterému se má u pacientů zmírnit riziko relapsu. Psychoedukační program se podle Andersonové snažil o zvýšení předvídatelnosti a stability pacientova rodinného prostředí tím, že snížil úzkost rodinných příslušníků, kterou způsoboval nedostatek informací o onemocnění. Tento program Andersonová popisuje jako „variaci podpůrných a vzdělávacích technik“ (Anderson, 1980). Poskytováním informací o onemocnění se mělo zvyšovat sebevědomí a schopnost konstruktivně reagovat na projevy onemocnění rodinných příslušníků pacienta se schizofrenií. Rodinní příslušníci byli učeni konkrétním technikám vyrovnávání se se symptomatologií schizofrenie, aby na pacienta nevyvíjeli přílišný tlak (Anderson, 1980, s 492). Psychoedukační program Andersonové byl dělen na čtyři fáze (Připojení, Workshop o dovednostech přežití, Návrat a aplikace, Údržba); a vycházel z poznatků rodinné terapie. Spojení schizofrenie a rodinné terapie má své historické opodstatnění.

Psychoedukace byla tedy v podání Andersonové primárně formou rodinné intervence. Rodinná terapie se stejně tak sama o sobě vyvíjela při práci s rodinami, kde jeden ze členů rodiny onemocněl schizofrenií (Barker, 2012). Diagnóza schizofrenie je tedy těmto intervencím společným jmenovatelem, který podnítil vznik a implementaci obou intervenčních přístupů. Schizofrenie se tak stala historickým katalyzátorem pro vznik obou intervencí, a to i přes jejich odlišnou povahu a cíle. Byla to konkrétně koncepce vyjadřování emocí v rodinách, která podnítila zájem o rodinnou psychoterapii a psychoedukaci jako prostředek pomoci pacientům a jejich rodinám (Horáček, 2003).

Dalším historicky důležitým momentem, který předcházel zpopularizování konceptu psychoedukace a který se také mimo jiné rozvíjel v kontextu psychotických onemocnění, byla pozornost, jakou si získalo deinstitucionalizační hnutí v letech 1950-60 (Srivastava, Pandy, 2016). Deinstitucionalizační nebo také antipsychiatrická hnutí kritizovala skutečnost, že jakákoliv znalost onemocnění je pouze v rukou odborníka a nosologie zůstává pacientům

neznáma, i když jsou to právě pacienti, koho se průběh a prognóza jejich onemocnění bezprostředně týká. Ronald David Laing ve své publikaci z roku 1965 píše: „Jako psychiatr narážím hned na začátku na jednu zásadní obtíž: jak se dostanu přímo k pacientovi, když odborné psychiatrické výrazy, jimiž disponuji, mě od něj vzdalují? Jak znázornit obecnou lidskou závažnost a význam jeho stavu, jestliže jsou užívána slova speciálně určena k tomu, aby izolovala a ohraničovala smysl jeho života do zvláštní klinické jednotky?“ (Laing, 1965). Mezi psychoedukací a antipsychiatrickým hnutím neexistuje přímá souvislost, ačkoliv kritika lékařského modelu ze strany antipsychiatrického hnutí mohla nepřímou cestou vést k většímu důrazu na nefarmakologické intervence, jako je psychoedukace. V osmdesátých letech, kdy Anderson publikuje svůj článek o psychoedukaci, se zjevně zkrátila doba pobytu pacientů se schizofrenií ve zdravotnických zařízeních, a protože bylo nutné hospodárně využívat léčebné prostředky, vzrostla poptávka po kompaktních a zároveň účinných léčebných metodách (Bäumler a kol., 2006). Anderson v posledním odstavci svého, z hlediska historie psychoedukace tak významného, článku píše, že „než obětovat rodiny pacientů se schizofrenií na oltář účelného odloučení, zdálo by se etické, a snad i vědecky nezbytné, pokusit se tento pacientův primární zdroj rozvíjet“ (Anderson, 1980). Tímto má autorka na mysli, že by se měla systematicky provádět rodinná psychoedukace pacientů se schizofrenií se sledovaným cílem, aby pacient mohl co nejdelší možnou část života strávit v rodině.

Schizofrenie tedy byla historicky první diagnózou, pro níž psychoedukační programy vznikaly (Motlová, 2019). Dnes je psychoedukace dávána do souvislosti s dalšími psychiatrickými diagnózami. Mezi takové diagnózy patří například bipolární porucha nebo deprese, kdy je cílem psychoedukace podpora pacienta při farmakoterapeutické léčbě (Tursi a kol., 2013), u diagnóz, kterými jsou například poruchy pozornosti s hyperaktivitou nebo poruchy autistického spektra, kdy je jako hlavní cíl psychoedukace sledován trénink sociálních dovedností, protože v souvislosti s diagnózou u nich může dojít k sociálnímu stažení a izolaci (Powell a kol. 2021), stejně tak může být tento cíl sledován u osob s úzkostnou nebo depresivní poruchou (Dolan a kol., 2021). Princip *léčení informacemi* je všem těmto psychoedukačním intervencím nadále společným jmenovatelem nehledě na psychiatrickou diagnózu, ke které se psychoedukační proces vztahuje.

Stejně tak jako se dnes psychoedukace pevně neváže na diagnózu schizofrenie, stejně tak se již automaticky nespojuje s prací s rodinným systémem. Současným podobám psychoedukace se věnuje třetí kapitola této diplomové práce. V následujícím pododdíle se budeme podrobněji věnovat historii psychoedukace v České republice.

1.2.1 Historie psychoedukace a vymezení tohoto pojmu v ČR

V angloamerické oblasti fungovala psychoedukace méně jako samostatná, nezávislá terapeutická metoda a byla vnímána spíše jako kombinace několika terapeutických prvků obsažených v komplexní psychosociální intervenci. Naproti tomu v Německu bylo cílem vytvořit definovanou, manuálně a kurikulárně orientovanou terapeutickou metodu, která by byla přizpůsobena potřebám pacientů s neurokognitivní poruchou a schizofrenií (Bäumel a kol., 2006). Historie psychoedukace v České republice je podobná pojetí psychoedukace ve stejné době v Německu.

Psychoedukace se v České republice, v počátcích své konceptualizace, realizovala převážně ve skupinové podobě v rámci pobytové léčby psychotických onemocnění. V literatuře najdeme zmínku o psychoedukaci například v Základech psychoterapie Stanislava Kratochvíla, který o ní píše v rámci kapitoly *Skupinová psychoterapie psychóz*. Autor píše o psychoedukativním programu PRELAPSE, který se „u nás stal populární“ (Kratochvíl, 1998). Psychoedukace v jeho podání je tedy buďto ucelený program, nebo prvek skupinové psychoterapie psychóz.

Předpokládáme tedy jistou historickou provázanost mezi psychoterapií psychóz a psychoedukací pacientů se schizofrenií. Stěžejní publikací o psychoterapii psychóz je příručka Ireny Strossové. Praktická příručka s názvem *Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi*, publikovaná v roce 1984, shrnuje „pěťadvacetileté zkušenosti z opavské léčebny“ (Kratochvíl, 1998). Autorka se zde odvolává na nejdelší tradici skupinové psychoterapie psychotiků v Československu, která se v Psychiatrické léčebně v Opavě soustavně a každodenně provádí od roku 1962 (Strossová, 1984). Strossová neuzivá pojmu psychoedukace, ve své publikaci však popisuje diskusní skupinovou terapii, která se svým tematickým zaměřením podobá současným psychoedukačním programům. Některá diskusní témata podle Strossové: Problémy s alkoholem, Léky a význam jejich užívání, Jak předcházet opakování nemoci, Sebevražedné myšlenky a proč má můj život smysl pro mě

a pro druhé, Co mě v životě těší a uspokojuje, Kdo mi může být oporou a co já mohu poskytnout svým blízkým, Čeho se po propuštění obávám a na co se těším, Jaký jsem a kým bych chtěl být (Strossová, 1984). Po teoretické stránce této praktické příručky sama autorka odkazuje na práce Evy Syřišťové. Ta publikovala o psychoterapii psychóz například knihy Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením (1989), Psychoterapia a reedukácia (1985), Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy (1974) a Možnosti a meze psychoterapie schizofrenního onemocnění (1965). Syřišťová definovala jako psychoterapii „záměrné upravování nejen psychické, ale i ostatní činnosti organismu psychologickými prostředky“ (Syřišťová, 1965) a ve svých pracích zdůrazňovala, že psychotherapeutický přístup při psychoterapii schizofrenních pacientů je v konkrétních kazuistických případech vždy jedinečný, zároveň formulovala základní společné rysy psychoterapie psychóz. Například píše o nutnosti „naučit se orientovat v pacientově imaginárním světě“, „používat podněty blízké pacientovu imaginárnímu světu“ a zároveň „mu nezablokovat cestu zpět do skutečnosti“ (Syřišťová, 1965, str. 66).

V učebnici Psychiatrie (Höschl, Libiger, Švestka, 2002) je psychoedukaci věnovaná samostatná kapitola. Psychoedukace je zde definovaná prostřednictvím svého hlavního úkolu, kterým je „poskytnout pacientům a jejich rodinám obsažené informace o nemoci a pomoci jim přizpůsobit se životu s duševně nemocným“ (Höschl, Libiger, Švestka, 2002). Tato kapitola se dále zaměřuje na obecné principy psychoedukace na příkladu jejího užití v rodinách pacientů se schizofrenií, tedy zde opět narážíme na provázanost psychoedukace, diagnózy schizofrenie a rodinného prostředí.

V publikaci psychotické stavy v klinické praxi (Horáček a kol., 2003) je psychoedukace zařazena mimo kapitolu Psychotherapeutické přístupy v léčbě psychóz (J. Praško), ale je součástí kapitoly Rehabilitace psychóz (J. Bouček); podkapitoly Rehabilitace sociálně psychologická. V rámci kapitoly Psychotherapeutické přístupy v léčbě psychóz je několikrát zmíněna edukace pacientů v rámci podpůrné terapie. Závěrem této kapitoly zaznívá, že „největší význam mají programy zaměřené na nácvik sociálních dovedností a psychoedukační programy zaměřené na celou rodinu a pacienta“ (Horáček a kol., 2023). V kapitole Rehabilitace psychóz se dočteme, že „Psychoedukace spočívá v poučení pacienta

o povaze jeho onemocnění, o metodách a technikách léčby, o průběhu a úskalí choroby, o vedlejších účincích psychofarmak a o možných následcích prodělané choroby. V dlouhodobé práci s pacientem se tento postup rozšiřuje o naučení se porozumět vlastní nemoci, důvěře k terapeutovi s tím, že pokud mu bude sdělovat své prožitky, bude je sám lépe snášet“ (Horáček a kol. 2003). Tato definice není nepodobná tomu, jak je v předchozí kapitole vymezeno základní zaměření podpůrné psychoterapie psychóz, kdy se podpůrná psychoterapie zaměřuje na „okolní realitu, upravuje kontakt pacienta s rodinou a poučuje o medicínském modelu“ a posiluje akceptování léků (Horáček a kol. 2003). Narážíme zde tedy na nejasné dělení pojmů psychoedukace a psychoterapie v rámci jedné publikace.

Závěrem tohoto pododdílu je nutné zmínit, že se v české literatuře můžeme setkat s užitím pojmu edukace a je jím myšlena psychoedukace tak, jak byla definována výše. Například ve článku Edukace při onemocněních psychózou, kde v úvodu zaznívá definice „edukace je druh psychotherapeutické pomoci, který bychom mohli přiřadit k racionální psychoterapii“ (Malá, Navrátilová, 2006). Racionální terapie je metoda zdůrazňující logické myšlení, rozum, soudnost a kritičnost. Metoda je výrazně direktivní, terapeut používá techniky explikace, klarifikace, persuaze, reorientace a psychagogiky (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). Klarifikace a explikace se týká nejen výkladu a objasnění podstaty onemocnění a příčiny jeho vzniku, ale i psychosomatických souvislostí a výkladu zásad duševní hygieny (Kratochvíl, 1998). Uspořádání (racionální terapie) spočívá ve vedení rozhovorů s klientem v bdělém stavu, používají se výukové pomůcky. Podstatnou součástí terapie je výklad (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

2 Psychotická onemocnění a schizofrenie

Protože se tato práce zabývá psychoeducací pacientů se schizofrenií, bude se následující kapitola věnovat právě onemocnění schizofrenie. Schizofrenie je duševní onemocnění, které z hlediska světových klasifikací nemocí patří mezi psychotická onemocnění. Proto nejprve charakterizujeme nadřazený pojem psychóza a až následně se budeme zabývat onemocněním schizofrenie a možnostmi terapeutických intervencí tohoto onemocnění.

2.1 Pojem psychóza

Historie termínu psychóza sahá do 19. století a od té doby se tato koncepce dále vyvíjela a zpřesňovala. Termín psychotický je v různých historických kontextech různě definován, a žádná z definic dodnes nebyla přijata všeobecně a bez výhrad (Smolík, 2001).

Poprvé tento termín použil E. von Fauchtersleben v roce 1847 a vymezoval toto onemocnění oproti neuróze (Horáček, 2003). Ve Fauchterslebenově podání byl termín psychóza synonymem termínu psychopatie (Beer, 1996). Při doslovném překladu z řečtiny totiž obě slova znamenají *nemoc duše* (psyché znamená duše, pathos se překládá jako nemoc, koncovka „-óza“ se v medicíně také používá pro vymezení pojmu nemoc (Doubek a kol., 2010)). H. Neuman v 19. století nevěřil v koncepci diferenciální diagnostiky a navrhoval koncepci jediné psychózy. Jeho názor byl překonán pragmatickým klinickým přístupem E. Kraepelina na počátku 20. století (Smolík, 2003). Jak se tedy od dvacátého století začaly vyvíjet taxonomické klasifikační modely duševních poruch, pojem psychóza začal nabývat stále konkrétnější podoby. V deváté Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-9) a druhém Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM-II) byla porucha považována za psychotickou, jestliže vedla k postižení, které hrubě narušovalo kapacitu schopností vyrovnat se s požadavky normálního života (Smolík, 2003).

Psychóza se historicky vymezovala vůči neuróze, kdy neuróza znamenala jakékoliv onemocnění nervů, ale jednalo se o méně závažný stav, než jakým byla psychóza; proto „každá psychóza byla zároveň neurózou, protože bez nervů jako prostředníka nemůže žádná psychická změna nastat, ale každá neuróza není psychóza“ (Beer, 1996). Postupně se dělení mezi psychózou a neurózou v rámci diagnostických manuálů úplně opustilo, pojem neuróza

poprvé úplně vyřadil z diagnostického manuálu DSM-IV (Beer, 1996). Je tedy otázkou, jestli v budoucnosti bude v rámci klasifikace duševních poruch vůbec figurovat i termín psychóza.

V dnešní psychiatrii termín psychóza označuje skupinu patologických stavů, pro které je charakteristická porucha kontaktu s realitou (Horáček, 2003). Psychotické příznaky souvisí s tím, jak je kontakt s realitou narušován. Realita je chybně vnímána (halucinace a iluze) a nebo interpretována – myšlena (bludy a formální poruchy myšlení) (Horáček, 2003). Obecný popis psychózy je společný několika onemocněním, označuje tedy v medicínském smyslu skupinu nemocí. Podle Doubka (2010) můžeme psychózy rozdělit do tří základních skupin: Organické psychózy (způsobené zjištěným poškozením mozkové tkáně), toxické psychózy (způsobené ovlivněním tkáně specifickou toxickou sloučeninou) a funkční psychózy (na počátku je neprovází žádné zjištělé a typické poškození nebo ovlivnění činnosti mozkové tkáně) (Doubek a kol., 2010). Toto členění z hlediska domnělé etiologie je dnes sice nedostačující (Horáček, 2003), stále se s ním však pro zpřehlednění pojmu psychóza pracuje. Řada výzkumů totiž podporuje eventualitu, že schizofrenie, „považována dlouhou dobu za tzv. funkční psychózu, může být onemocněním se strukturálními či funkčními abnormalitami mozku. K této hypotéze se dochází z různých stran“ (Preiss a kol., 1998).

2.1.1 Psychóza v rámci současných klasifikačních systémů

V současné době je v USA platné páté vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V) a v Evropě jedenáctá Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). Obě klasifikace obsahují obdobnou kategorii, ve kterých figuruje termín psychóza. V MKN 11 je to kategorie *Schizofrenie nebo jiné primární psychotické poruchy* a v DSM V kapitola *Schizofrenní spektrum a další psychotické poruchy*.² V MKN 11 je tato diagnostická skupina charakterizována takto: „Schizofrenie a další primární psychotické poruchy jsou charakterizovány výraznými poruchami testování reality a změnami v chování, které se projevují pozitivními příznaky, jako jsou přetrvávající bludy, přetrvávající halucinace, dezorganizované myšlení. Tyto příznaky se vyskytují s dostatečnou frekvencí a intenzitou, aby se odchýlily od očekávaných kulturních nebo subkulturních norem. Tyto příznaky se nevyskytují jako rys jiné duševní poruchy a poruchy chování (např. poruchy nálady, deliria

² V anglickém originále „Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders“ (APA, 2013).

nebo poruchy způsobené užíváním návykových látek). Kategorie v tomto seskupení by se neměly používat ke klasifikaci projevů myšlenek, přesvědčení nebo chování, které jsou kulturně sankcionovány“ (WHO, 2018). Důležitý je k pochopení současné klasifikace duševních nemocí pojem *primární psychotické příznaky*. Psychotické příznaky se totiž mohou vyskytovat napříč duševními, behaviorálními a vývojovými poruchami (např. poruchy nálad s psychotickými příznaky), ale stejně tak jako u předchozí klasifikace MKN 10 zde psychotické příznaky nepatří k příznakům nezbytným, definujícím tyto poruchy (Smolík, 2003).

2.2 Schizofrenie

Schizofrenie je psychiatrická diagnóza, která typicky reprezentuje funkční psychotická onemocnění. Slovy MKN 10 se v případě schizofrenie jedná o nejdůležitějšího člena skupiny psychotických onemocnění. Pojem schizofrenie v současnosti často slouží pro didaktické uchopení pojmu psychóza, přesto, že i toto onemocnění není jednoduché přesně klasifikovat. Oblasti psychopatologie, které definují psychotické poruchy, nejsou prezentovány pouze jako znaky schizofrenie (Heckers a kol., 2013). Schizofrenie je totiž charakteristická mnohotvárností psychopatologie, průběhem onemocnění i odpovědí na léčbu (Höschl, Libiger, Švestka, 2002); mnoho učebnicových znaků schizofrenie se v jednotlivých nemocnicích liší a jsou ve velkém rozsahu funkcí péče (Laing, 1965); schizofrenie se vyznačuje pestrostí příznaků (Motlová, Koukolík, 2004). Všeobecně je schizofrenie charakterizovaná fundamentálním a specifickým narušením myšlení a vnímání, přičemž emotivita neodpovídá situaci nebo je oploštělá. Jasně vědomí a intelektuální kapacita zůstávají obvykle zachovány, i když se v průběhu času může vyvinout určitý kognitivní deficit (Smolík, 2001).

Zatímco diagnostické znaky schizofrenie se již více než 100 let nemění, mechanismus onemocnění zůstává stále nepochopený. Přibývá důkazů, že k tomuto nedostatečnému pokroku přispívá kategorická diagnóza schizofrenie a dalších psychotických poruch (Heckers a kol., 2013). Jakoukoliv práci o schizofrenii či správněji o schizofrenních onemocněních komplikují problémy s diagnostickým vymezením a klasifikací (Preiss, a kol., 1998). Mechanistické modely mozku a chování, které by vysvětlily původ

schizofrenie, nebyly dosud dostatečně testovány v klinických podmínkách (Heckers a kol., 2013). Shoda povětšinou panuje v tom, že příčina vzniku schizofrenie je multifaktoriální. Zároveň se modely vysvětlující fyziologický původ schizofrenie opírají o poznatky, že na psychopatologii psychotických příznaků se podílejí dopamin a glutamát (Lieberman, First, 2018). Současná farmakologická léčba působí mechanismem, který blokuje dopaminový D2 receptor (McCutcheon, 2020). V současné době je ve výzkumu v oblasti psychóz věnovaná pozornost narušení vědomí a disociaci mezi vědomým přístupem a nevědomým zpracováním u schizofrenie (Berkovitch, 2017).

Kulturní faktory mohou ovlivňovat vznik, průběh a dopad schizofrenie. Kromě toho mohou být etiologické faktory nebo faktory související s průběhem ovlivněny kulturou na úrovni rodiny nebo na úrovni společnosti. Například prevalence schizofrenie je mnohem vyšší ve městech než na venkově nebo u etnických menšin je život v oblastech s nízkým podílem vlastní etnické skupiny spojen s vyšším výskytem schizofrenie (WHO, 2018). Pacienti se schizofrenií v neindustriálních rozvojových zemích mají lepší prognózu než v industriálních západních společnostech (Smolík, 2001).

Diagnostika schizofrenie se tedy opírá o klinické vyšetření. Při klinickém vyšetření se zjišťují poruchy vnímání (např. halucinace), myšlení (např. bludy, dezorganizace myšlení), sebeprožívání, kognitivních, resp. poznávacích funkcí (např. zhoršená pozornost, verbální paměť a sociální poznávání), emocí, afektu a chování (WHO, 2018). O těchto příznacích můžeme hovořit jako o výrazně psychotických (Smolík, 2003). Diagnóza se určuje podle přítomnosti uvedených příznaků a podle dysfunkce v sociálních a pracovních rolích (Motlová, 2004). Metody biochemické a neurofyziologické mají v diagnostice spíše doplňkovou úlohu (Horáček, 2003). Pro diagnózu schizofrenie musí její příznaky přetrvávat alespoň jeden měsíc a nesmí být projevem jiného zdravotního stavu a nejsou způsobeny účinkem látky nebo léku na centrální nervový systém, včetně abstinčních příznaků (WHO, 2018).

V ČR je v tomto roce stále platná klasifikace MKN 10, která onemocnění schizofrenie dále dělila na subtypy paranoidní, hebefrenní, katatonní a nediferencovaná schizofrenie (ÚZIS, 2008). V MKN 11 byly po vzoru DSM V subtypy schizofrenie zrušeny, protože se ukazovaly jako dlouhodobě nevyhovující (Keller, Fisher, Carpenter, 2011). V MKN 11 se

schizofrenie dále klasifikuje z hlediska průběhu onemocnění; tedy podle toho, jestli se jedná o první, několikátou nebo kontinuální epizodu onemocnění a z hlediska toho, jestli se aktuálně projevují psychotické příznaky nebo jestli jsou v remisi (WHO, 2018).

2.2.1 Průběh schizofrenie

Schizofrenií může onemocnět každý, zároveň je to onemocnění relativně vzácné v dětském věku a po 40. roce věku (ve smyslu vypuknutí první epizody schizofrenního onemocnění). První příznaky jsou tedy nejčastěji přítomny během dospívání a časně dospělosti (Doubek a kol., 2010).

Prodromální stádium, tedy období před samotným rozvojem schizofrenního onemocnění, je z podstaty tohoto onemocnění velmi variabilní. Mezi prepsychotickými projevy jsou popisovány necharakteristické změny chování, vnitřní rozehvělost a nepokoj. Toto období ale může být velmi rychlé, takže prodromální projevy téměř nezastihneme. Stejně tak se toto období může rozvíjet velmi pozvolna a plíživě a postupně přechází do vlastní psychotické poruchy (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). V prodromálním období jsou typické tzv. negativní příznaky schizofrenie: ztráta spontaneity, emoční stažení a zploštění, nemluvnost (Höschl, Libiger, Švestka, 2002). Období plně rozvinutých příznaků onemocnění může předcházet různě dlouhé období několika měsíců až let (Doubek a kol., 2010). Podle výzkumu zkoumající začátek a časný průběh onemocnění schizofrenie v Německu „pozitivními symptomy začínala schizofrenie jen u 7 % nemocných“ (Motlová, Koukolík, 2004).

První psychotická epizoda má často povahu náhlé změny ve vztahu ke skutečnosti, projevující se psychotickými příznaky (Höschl, Libiger, Švestka, 2002). Mezi pozitivní psychotické příznaky patří bludy, halucinace, rozvolněné asociace a poruchy chování a příznaky negativními jsou oploštění emotivity a afektu, citové a sociální stažení, ochuzení řeči, zárazy myšlení, abulie, anhedonie a poruchy abstraktního myšlení (Horáček a kol., 2003). Můžeme se také setkat s označením pozitivních příznaků slovem *floridní* (Smolík, 2001). Schizofrenie většinou probíhá jako epizodické onemocnění. Typický průběh je tedy v epizodách (atakách), kterým se při opakování po první epizodě nemoci říká relaps (znovuvzplanutí choroby) (Doubek a kol. 2010).

2.3 Léčba schizofrenie a psychotických onemocnění

O schizofrenii se píše jako o nemoci léčitelné v tom smyslu, že léčba může významně zmírnit příznaky a zlepšit kvalitu života člověka se schizofrenií. Většina nemocných je však odkázaná na dlouhodobou terapii. I když existují pacienti, kteří se po prodělání první ataky zotaví k plnému zdraví, nelze je předem rozpoznat (Motlová, 2004). Základem léčby schizofrenie zůstává terapie antipsychotiky (Horáček, 2003). Léčba schizofrenie je však komplexní (Motlová, 2004). Současný způsob léčby obsahuje kombinaci biologických, psychologických a sociálních metod (Smolík, 2001). Z hlediska prognózy onemocnění schizofrenie „zkušenosti z klinického průběhu schizofrenie ukazují, že asi třetina nemocných trpících schizofrenií se úplně uzdraví, další třetina nemocných má v průběhu života několik epizod onemocnění a poslední třetina nemocných má průběh onemocnění chronický, kdy přetrvávají některé příznaky schizofrenie dlouhodobě, a které dle jejich závažnosti v různé míře narušují život nemocného“ (Doubek a kol., 2010).

Při farmakologické léčbě je důležitý princip compliance. Termínu compliance je významově nejbližší termín „dodržování doporučených postupů léčby“, výraz se většinou nepřekládá, protože nevyjadřuje přesně jeden český význam (Janů, Racková, 2004). Noncompliance potom znamená nedodržování doporučeného postupu léčby a pokud je léčba farmakologická, znamená to, že pacient neužívá své léky. „Neochota spolupracovat (noncompliance) je při léčbě schizofrenie častým problémem“ (Höschl, Libiger a Švestka, 2002). To potom vede ke zvýšenému počtu relapsů. K relapsům během dvou let dochází přibližně u 40 % pacientů při farmakologické léčbě a asi u 80 % pacientů bez léčby psychofarmaky (Smolík, 2001). Complianci může v rámci užívání antipsychotik zvyšovat například přechod z užívání perorálních antipsychotik k podávání depotních preparátů (Janů, Racková, 2004). „Zjišťuje se, že pacienti mnohdy ukončují terapii předčasně z neznalosti, bezradnosti nebo na základě zkreslených laických informací“ (Höschl, Libiger a Švestka, 2002). Z tohoto důvodu je někdy cíl psychoedukace v případě onemocnění psychózou primárně formulován jako „zlepšení spolupráce při farmakologické léčbě“ (Pavlovský, 2013).

3 Praktická podoba psychoedukace při onemocnění psychózou

V závěrečné kapitole teoretické části této práce budeme věnovat bližší pozornost praktické podobě psychoedukace pacientů se schizofrenií. Jedná se tedy o kapitolu integrující dvě kapitoly předchozí. Podrobněji představíme organizační strukturu psychoedukace, obsah, kterým se zabývá a uvedeme konkrétní programy, které se psychoedukací při onemocnění psychózou věnují.

Důležitou českou autorkou na téma psychoedukace je MUDr. Lucie Bankovská Motlová, Ph. D., která psychoedukaci definuje jako systematickou, strukturovanou a didaktickou informaci nemocným a jejich blízkým o nemoci a jejich léčbě, jejímž cílem je naučit je dovednostem důležitým pro její zvládnání a usnadnit adaptaci na nemoc (Motlová, 2007).

3.1 Organizační struktura psychoedukace

Proces psychoedukace nabývá i mnoha podob z hlediska formy a organizace. Edukován může být jedinec individuálně nebo v rámci skupiny dalších osob se stejnou diagnózou, nebo je edukováno nejbližší sociální prostředí, většinou rodina nebo osoby sdílející domácnost s jedincem, u kterého se diagnóza vyskytla. Psychoedukace může být zprostředkována odborníkem ale i svépomocnými materiály, jako jsou psychoedukační letáčky a brožury; což koresponduje s tím, že v souvislosti s termínem vzdělávání (edukace) hovoříme o jeho formální a neformální podobě. V této části diplomové práce bude věnována pozornost primárně formální variantě psychoedukace.

Höschl, Libiger a Švestka považují psychoedukaci za opodstatněnou část terapeutického plánu pacientů se schizofrenií, protože „lidé se závažným onemocněním mají právo na informace o povaze nemoci a o možnostech léčby. Jsou odkázáni na odborníky, kteří by měli být schopni jim informace srozumitelnou formou zprostředkovat“ (Höschl, Libiger a Švestka, 2002).

Obecně by měly psychoedukační programy poskytovat dva druhy informací; jednak informace specifické pro dané onemocnění, např. včasné rozpoznání a zvládnání příznaků relapsu nebo případných genetických důsledků nemoci, tak obecné informace, např. podporu zdravého životního stylu, nácvik řešení problémů a komunikačních dovedností, identifikaci

stresorů v domácnosti a vzdělávání rodinných příslušníků a primárních pečovateli v oblasti jejich zmírňování (Motlová, Balon, Beresin a kol., 2017).

3.1.1 Individuální, skupinová a rodinná forma psychoedukace

V případě individuální psychoedukace je pacient v kontaktu s odborníkem poskytujícím psychoedukaci sám. Zatímco psané materiály (příručky, internet) jsou zdrojem obecných informací, psychoedukace v individuální podobě je šitá na míru pacientově osobní situaci (Motlová, Koukolík, 2004). Pokud je edukováno více pacientů najednou, hovoříme potom o skupinové psychoedukaci.

Ať chápeme vztah psychoedukace a psychoterapie jakkoliv, skupinová psychoedukace v sobě nepopíratelně nese prvky typické pro skupinovou psychoterapii. „Skupinová psychoterapie psychóz má některé specifické rysy a vyžaduje odlišný přístup než skupinová psychoterapie neuróz. U terapeuta je potřebná vyšší aktivita, podněcování, povzbuzování, podpora a strukturování skupinového dění. Musí podněcovat a vybízet členy k aktivitě. Terapeut nemůže být nedirektivní, musí rozběhnout skupinové dění a udržovat je v chodu. Má zajistit podporu a klást důraz na zde a nyní“ (Kratochvíl, 1998).

Rodinná psychoedukace se nevěnuje pouze problémům pacienta, ale pomáhá zmírnit zátěž, kterou představuje nemoc pro celou rodinu. Pacienti a jejich rodiny se totiž zpravidla velmi obtížně vyrovnávají s diagnózou schizofrenie. Rodinná intervence může příznivě ovlivnit dynamiku rodinných vztahů a tím do jisté míry ochránit pacienta před relapsem (Höschl, Libiger a Švestka, 2002). Modely rodinné psychoedukace vychází z předpokladu o negativním vlivu stresujícího prostředí na průběh schizofrenie (Motlová, Koukolík, 2004).

3.1.2 Další možné podoby psychoedukace

Můžeme se setkat s definicí, která psychoedukaci definuje jako: „formu terapie, která se skládá z edukace, psychoterapie, kognitivní rehabilitace a nácviku sociálních dovedností“ (Doubek a kol., 2010). Vztah psychoedukace, psychoterapie a edukace jsme již vymezili výše v rámci první kapitoly této diplomové práce. Kognitivní rehabilitaci a nácvik sociálních dovedností zařazujeme do tohoto pododdílu jako další možné podoby psychoedukace.

U nácviku sociálních dovedností u osob se schizofrenními poruchami je důležité se zaměřovat zejména na zlepšení jejich komunikace a jednání s dalšími lidmi, prosazování

a řešení problémů, se kterými se tyto osoby mohou v každodenním životě setkat (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007).

Jak bylo zmíněno, průběh onemocnění psychózou je silně individuální. U jedinců s tímto onemocněním se může objevit postprocesuální defekt, který je charakterizován rozsáhlým postižením jedné nebo několika složek psychiky a může se objevit po odeznění ataky s psychotickými příznaky. „Jako postprocesuální defekt označujeme více nebo méně rozsáhlé postižení jedné složky nebo několika složek psychiky, a to postižení trvalého nebo dlouhodobého rázu“ (Smolík, 2001). Hodnocení kognitivních deficitů se opírá o hodnocení kognitivních výkonů v neuropsychologických testech. Negativně ovlivněné bývají zejména pozornost, paměť, exekutivní funkce a řeč (Obereignerů, Obereignerů a kol., 2011). Při poškození kognitivních funkcí se nabízí jako vhodná intervence jejich trénink. Zároveň se v literatuře setkáme s tvrzením, že „intelekt u schizofrenie není postižován, ale pasivita a netečnost nemocného vyvolává dojem, že jde o zásah do paměťových a intelektových funkcí“ (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

3.2 Psychoedukační programy v ČR

V České republice v současnosti existuje několik psychoedukačních programů. Pro představu o jejich podobě níže několik z nich uvádíme.

PRELAPSE je psychoedukativní program propagovaný psychofarmaceutickou firmou Ludbeck, která k němu vydala instruktivní brožuru (Kratochvíl, 1998). Skupiny 8-12 členů se schází celkem osmkrát na 60-90 minut. Program obsahuje pro jednotlivá sezení podrobné a srozumitelné informace o schizofrenii a jejích pozitivních a negativních příznacích, o variantách průběhu, příčinách a prognóze, neuroleptikách (antipsychotikách), vlivu stresu, o prevenci relapsu. Nabízí zapojení rodinných příslušníků (Pidrman, Masopust, 2002). Jedná se o paralelní skupinové psychoedukace, kdy jsou zvlášť organizovány skupiny pro pacienty a skupiny pro jejich příbuzné (Höschl, Libiger a Švestka, 2002).

Cílem programu *PREDUKA* je předat informace o schizofrenii pacientům a jejich příbuzným (Motlová a kol. 2007). „Od ledna 2008 do června 2009 se 178 pacientů a 252 příbuzných (118 matek a 51 otců) zúčastnilo 25 jednodenních psychoedukačních programů v 6 centrech

v České republice a anonymně vyplnilo krátký dotazník. Pacienti a příbuzní hodnotili program průměrnou známkou 1,4 (1 nejlepší, 5 nejhorší). Dostatek informací o psychotických poruchách během hospitalizace obdrželo 49,4 % pacientů a 49,0 % příbuzných. Navíc 94,1 % pacientů a 95,7 % příbuzných potvrdilo získání nových informací o tom, jak žít s psychózou v důsledku programu PREDUKA“ (Motlová, Španiel, 2011).

Program *ITAREPS* (Information Technology Aided Relapse Prevention Programme in Schizophrenia) umožňuje včasnou farmakologickou intervenci u psychózy pomocí identifikace prodromálních příznaků relapsu s využitím domácího telemonitoringu prostřednictvím SMS platformy mezi telefonem a počítačem (Španiel, Vohlídka, Motlová, Kožený a kol., 2008).

Vzdělávací projekt *Coopera 2009* byl podporován z edukačního grantu společnosti Janssen-Cilag. Vznik projektu zaštiťovala evropská federace asociace rodin a lidí s duševním onemocněním EUFAMI a Českou asociací pro psychické zdraví ČAMPZ (Jarolímek, 2009).

CESTA je soubor psychoedukačních technik ke zlepšení spolupráce pacientů se schizofrenií při léčbě. Vydala ji Česká asociace sester (ČAS). Projekt byl oceněn Národní psychiatrickou cenou Vladimíra Vondráčka za rok 2011 za nejlepší práci na téma „Schizofrenie, výzkum, léčba a resocializace“ v kategorii praktická aplikace (Petr, Motlová, Fišarová, Novotná, Běhounek, Hlaváček, 2011). Teoretické zázemí má tento komplexní program například v Preventivně edukačním programu proti relapsu (PREDUKA) nebo také Kuchaře pro nemocné psychózou (Motlová a kol., 2011). Psychiatrická sekce ČAS v roce 2010 využila některé z uvedených argumentů při vyjednávání se zdravotními pojišťovnami a podařilo se jí do sazebníku výkonů prosadit dva nové výkony: edukace psychiatrickou sestrou a reedukace psychiatrickou sestrou. Zároveň vytvořila metodiku, která je určitým vodítkem pro sestry, jak psychoedukaci efektivně provádět. Metodika obsahuje jednak obecná doporučení, jak komunikovat s pacientem, abychom ho získali ke spolupráci a podpořili ho v přijímání správných a informovaných rozhodnutí, jednak praktické techniky, které může sestra v průběhu edukace využívat. Metodiku doplňují didaktické pomůcky umožňující interaktivní vedení edukace. Program Cesta obsahuje více než 30 edukačních karet, pexeso časných varovných příznaků, kartičky krizové pomoci a další interaktivní prvky. Veškeré

doporučené techniky jsou popsány a vysvětleny v metodické příručce, která je součástí programu a která slouží sestřím jako vodítko při používání edukačních karet (Petr, 2012).

3.3 Účinnost psychoedukačních programů

U některých výzkumů účinnosti psychoedukace narážíme na problematiku vymezení tohoto pojmu. Některé výzkumy totiž s pojmem psychoedukace nepracují, ale popisují intervence, které by se teoreticky jako psychoedukace daly označit. Uvádíme například výzkum, kde v systematickém přehledu a metaanalýze *Účinky psychologické léčby na fungování lidí se schizofrenií* byly vymezeny tyto psychologické intervence schizofrenie: kognitivně-behaviorální terapie a kognitivně-behaviorální terapie třetí vlny (intervence, při nichž se klade důraz na metakognici a na to, jak se pacient staví k myšlenkám a emocím, jako je terapie přijetím, léčba založená na všímavosti a metakognitivní trénink), kreativní terapie, integrovaná terapie a ostatní terapie (pozitivní psychoterapie, psychosociální terapie, narativní terapie a blíže nespecifikovaná psychoterapie) (Bighelli a kol., 2023).

Zároveň existuje řada kvantitativních výzkumů, které psychoedukaci hodnotí jako účinnou intervenci. Zvláště pak v rodinné podobě a v kombinaci s farmakologickou léčbou. „Výsledky některých studií naznačují, že farmakoterapie doplněná rodinnou psychoedukací je účinnější než samotná farmakoterapie“ (Höschl, Libiger a Švestka, 2002). „Kdyby se více pacientů a jejich rodinných příslušníků účastnilo psychoedukace, dalo by se předejít mnoha readmisím, a tím i značným nákladům pro zdravotnický systém a značnému lidskému utrpení.“ (Rummel-Kluge, 2006). Dnes máme k dispozici téměř 100 randomizovaných kontrolovaných studií, v nichž se prokázalo, že rodinná psychoedukace je schopna redukovat relapsy o 50–60 % v porovnání s léčbou obvyklou (McFarlane, 2016).

Registry založené na studiích usnadňují systematické přezkumy tím, že zkracují proces pro tým provádějící přezkum a omezují značné plýtvání během procesu přezkumu. Takový registr také poskytuje nové poznatky o trendech studií v dílčí specializaci (Shokraneh, Adams, 2020). Registr zabývající se schizofrenií je skupina Cochrane Schizophrenia. S pomocí tohoto registru byl v roce 2010 proveden výzkum, který měl za cíl „Posoudit účinky psychoedukačních intervencí ve srovnání se standardní úrovní poskytování znalostí“

(Xia, Merinder, Belgamwar, 2011). Tento přehled zahrnoval celkem 5142 účastníků (většinou hospitalizovaných pacientů) ze 44 studií provedených v letech 1988-2009 a jejím závěrem byl poznatek, že se zdá, že „psychoedukace snižuje riziko relapsu a opětovného přijetí, podporuje dodržování medikace, jakož i zkracuje délku hospitalizace“ (Xia, Merinder, Belgamwar, 2011).

V rámci statistických výzkumů psychoedukace jsou hlavními kritérii úspěšnosti většinou stanovovány prevence relapsu, compliance při léčbě a užívání antipsychotik. Meta-analýza z roku 2020 měřila účinnost skupinové psychoterapie schizofrenie z hlediska rozvoje pozitivních a negativních příznaků. Ve výsledcích bylo konstatováno významné zlepšení u čtyřech typů skupinové léčby schizofrenie, a to u kognitivní rehabilitace, vícerodinná léčba (multifamily), psychoedukace a nácviku sociálních dovedností (Burlingame a kol., 2020). Metaanalýza účinnosti a přijatelnost psychosociálních intervencí u schizofrenie z roku 2023 sleduje nejen celkové pozitivní a negativní symptomy onemocnění ve vztahu k účinnosti intervencí, ale také jejich vliv na kognici, fungování, relaps, hospitalizaci, kvalitu života a ukončení léčby (Solmi a kol., 2023). Zohledňuje tedy řadu okolností souvisejících s účinností, přesto stále definuje účinnost psychoedukace pouze výčtem souvisejících faktorů.

Existují ale i kvalitativní výzkumy, které si kladou za cíl hlubší porozumění vztahu psychoedukace a její účinnosti. Za důležitou publikaci v tomto směru považujeme *Finding Meaning in First Episode Psychosis* (Hledání smyslu v první epizodě psychózy): Zkušenosti, dějiny a kulturní repertoár J. A. Larsena (Larsen, 2004). Podle autora se v Evropě, Austrálii a Severní Americe v posledních letech věnuje stále větší pozornost programům včasné intervence pro lidi s první epizodou psychózy a psychoedukace se stala klíčovým kognitivně-terapeutickým principem těchto intervencí. Autor definuje psychoedukaci jako vzdělávací program, jehož cílem je seznámit účastníky psychiatrického programu a někdy i jejich příbuzné s teoriemi, modely a koncepty psychiatrických diagnóz. „Předpokládá se, že koncepty a teorie psychiatrických profesí poskytují vysvětlení, která mohou jedinci pomoci utřídit znepokojivé pocity a vjemy, které prožíval, když byl psychotický“ (Larsen, 2004).

Larsen prováděl longitudinální antropologický výzkum v intervenčním programu OPUS (Dánsko), kde léčba pacientů se schizofrenií probíhala předepisováním nejnižší účinné dávky antipsychotické medikace nejnovější generace v kombinaci s podpůrným a terapeutickým přístupem založeným na kognitivní terapii. Kognitivní terapie vychází z behaviorálních přístupů, ale v posledních desetiletích byla modifikována a zdokonalována. Původní mechanická konceptualizace lidského života byla tedy zmodernizována, ale základním terapeutickým principem zůstává přeprogramování způsobu myšlení postupnou adaptací na obtížné podmínky. Do výroků respondentů se promítala jak dánská kultura, tak biochemické a kognitivně-psychologické systémy vysvětlení, protože jim v programu byla tato vysvětlení prezentována a předávána v rámci psychoedukace. Toto zjištění dle autora naznačuje, že psychoedukace byla v OPUS účinná, protože biochemické a kognitivně-psychologické systémy vysvětlení se staly součástí kulturní výbavy informantů, když se stali příjemci intervence v OPUS (Larsen, 2004).

4 Metodologie výzkumu psychoedukace

V rámci této diplomové práce byl realizován výzkum procesu psychoedukace v prostředí psychiatrické nemocnice v rámci péče o osoby s psychotickým onemocněním.

V této kapitole bude popsána metodologie tohoto výzkum, od rámce výzkumu k používaným metodám sběru dat. V závěru kapitoly se zaměříme na etické aspekty realizovaného výzkumu a metodologický přístup k analýze dat.

4.1 Obecný metodologický rámec

Jedním z metodologických východisek této diplomové práce je zakotvená teorie. „Zjednodušeně řečeno, metody zakotvené teorie se skládají ze systematických, avšak flexibilních pokynů pro sběr a analýzu kvalitativních dat s cílem vytvořit teorie zakotvené v samotných datech“ (Charmaz, 2006, str. 2). Tento kvalitativní design byl vyvinut v roce 1967 dvěma sociology Barney Glaserem a Anselm Straussem (Creswell, Poth, 2017). Zakotvená teorie má kořeny v chicagské sociologii, symbolickém interakcionismu a pragmatické filozofii (Clarke, 2005). Vlastní interpretaci metody zakotvené teorie vypracovala studentka Glasera a Strausse, Kathy Charmaz, ve své praktické příručce Konstrukce zakotvené teorie (Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis) (Charmaz, 2006). Charmaz je zastánkyní konstruktivistické zakotvené teorie, čímž vnáší do rozhovoru o postupech další perspektivu (Creswell, Poth, 2017). Metodologie této diplomové práce primárně vychází z přístupu Kathy Charmaz (2006) a její zmíněné publikace. Další novější perspektivou zakotvené teorie je Adele Clarke (2005) (Creswell, Poth, 2017). Svůj přístup k analýze dat v rámci zakotvené teorie nazývá situační analýza, „která vychází ze Straussovy práce a rozšiřuje ji“ (Clarke, 2005). Situační analýza má radikálně odlišnou konceptuální infrastrukturu nebo vůdčí metaforu od konceptu základního sociálního procesu zaměřeného na akci, který je základem tradiční zakotvené teorie (Clarke, 2005).

Výzkumníci mohou metody zakotvené teorie používat jak u kvantitativních, tak u kvalitativních dat, nicméně používají je téměř výhradně v kvalitativním výzkumu (Charmaz, 2006). Tento výzkum není výjimkou a k výzkumnému problému volí kvalitativní

design. „Kvalitativní výzkum je situovaná činnost, která lokalizuje pozorovatele ve světě. Skládá se ze souboru interpretačních materiálních postupů, které zviditelňují svět. Tyto praktiky svět proměňují. Proměňují svět v řadu reprezentací, včetně terénních poznámek, rozhovorů, konverzací, fotografií, záznamů a poznámek pro sebe. Na této úrovni tedy kvalitativní výzkum zahrnuje interpretační naturalistický přístup ke světu. To znamená, že kvalitativní výzkumník studuje věci v jejich přirozeném prostředí a snaží se dát jevům smysl nebo je interpretovat z hlediska významu, který jim lidé přiřkládají“ (Denzin, Lincoln, 2005, str. 3).

„V praxi často dochází k zaměňování zakotvené teorie za obecnější kvalitativní postup. Badatelé se mnohdy odkazují na zakotvenou teorii, aby tím legitimizovali svůj intuitivní výzkumný přístup, aniž by ve skutečnosti dodržovali některé základní principy, na nichž stojí specifická zakotvené teorie oproti jiným přístupům“ (Řiháček, Hytych, 2013). Tento výzkum v sobě obsahuje prvky zakotvené teorie, protože se snaží o vytvoření teoretického modelu procesu psychoedukace. Přesto je důležité dodat, že se v jednom zásadním bodě od klasického pojetí zakotvené teorie odlišuje. Cílem této práce, jak bude podrobněji rozvedeno v dalším oddíle, je hlubší porozumění procesu psychoedukace, ovšem výzkumný vzorek se omezil na jediné zdravotnické zařízení. Cílem zakotvené teorie není popsat určitou předem danou skupinu lidí, tím se zabývá etnografický přístup k výzkumu. V rámci zde popisovaného výzkumu tedy dochází k mísení těchto dvou přístupů.

Toto metodologické vymezení uvádíme v souladu s tvrzením, že „V praxi je samozřejmě zcela legitimní využít ve výzkumném projektu pouze některé aspekty zakotvené teorie. V takovém případě je ale nutné explicitně na tuto skutečnost upozornit a popsat, které aspekty zakotvené teorie byly realizovány, případně v čem (a také z jakého důvodu) se skutečný postup odchyluje od obvyklých procedur zakotvené teorie“ (Řiháček, Hytych, 2013). Důvody pro zvolení tohoto výzkumného vzorku budou uvedeny v následujícím oddíle. Zároveň zmíněná Kathy Charmaz o zakotvené teorii píše, že její metody chápe „jako soubor principů a postupů, nikoli jako předpisy nebo balíčky“ (Charmaz, 2006). Také tato autorka píše o zakotvené teorii v jejím podání jako o typu etnografie: „Studie zakotvené teorie má od počátku jinou podobu než jiné typy etnografií. Etnografie zakotvené teorie dává

přednost studovanému jevu nebo procesu před popisem prostředí“ (Charmaz, 2006). Proto se také z hlediska tohoto výzkumu primárně odkazujeme na její přístup k zakotvené teorii.

Realizovaný výzkum v rámci této diplomové práce se tedy zaměřil na proces psychoedukace ve specifickém prostředí konkrétního zdravotnického zařízení – psychiatrické nemocnice. Pro zakotvenou teorii platí přesvědčení, že „přestože výzkumník zakotvené teorie vytváří teorii na základě zkoumání mnoha jedinců, kteří se podílejí na stejném procesu, činnosti nebo interakci, není pravděpodobné, že by se účastníci studie nacházeli na stejném místě nebo spolu komunikovali tak často, aby si vytvořili společné vzorce chování, přesvědčení a jazyka“ (Creswell, Poth, 2017). V případě tohoto výzkumu ale mohl vzniknout předpoklad, že mezi účastníky výzkumu dochází k natolik časté vzájemné komunikaci, že by se mezi účastníky mohly vytvořit společné vzorce chování, přesvědčení a jazyka. Popis takového stavu by potom náležel etnografickému výzkumnému přístupu. Etnografie znamená zaznamenávání života určité skupiny, a zahrnuje tedy trvalou účast a pozorování v jejím prostředí, komunitě nebo sociálním světě (Charmaz, 2006). Etnografie jako proces zahrnuje rozsáhlé pozorování skupiny, nejčastěji prostřednictvím zúčastněného pozorování, při němž je výzkumník ponořen do každodenního života lidí a pozoruje účastníky skupiny a vede s nimi rozhovory. Etnografové zkoumají význam chování, jazyka a interakce mezi členy skupiny sdílející kulturu. Tato kulturní skupina může být malá (několik učitelů, několik sociálních pracovníků), ale obvykle je velká a zahrnuje mnoho lidí, kteří se v průběhu času vzájemně ovlivňují (učitelé v celé škole, skupina komunitní sociální práce). Etnografie je způsob zkoumání skupiny sdílející kulturu i konečný písemný produkt tohoto výzkumu (Creswell, Poth, 2017). Výzkum této diplomové práce není ve své podstatě čistě etnografický, nicméně etnografický přístup je dalším metodologickým východiskem tohoto výzkumu.

Pokud se pokusíme stručně shrnout obecný metodologický rámec této diplomové práce, prolínají se v ní prvky zakotvené teorie a etnografie. Výzkumným předmětem je totiž proces (psychoedukace), ale z důvodů omezeného rozsahu diplomové práce se tento proces omezil na předem určené prostředí. Specifika tohoto prostředí a potenciaálně sdílené vzorce aktérů ve výzkumném terénu byly zkoumány etnografickými metodami. Etnografie poskytuje bohatý kontext a hloubku, zatímco zakotvená teorie umožňuje systematickou analýzu

a formulaci teorie. Na výzkumníka je kladen nárok na flexibilitu a otevřenost při sběru a analýze dat, aby se výzkumník mohl přizpůsobit neočekávaným zjištěním a novým poznatkům.

4.2 Cíl výzkumu a formulace výzkumných otázek

Úkolem výzkumné otázky v zakotvené teorii je především identifikovat zkoumaný jev (Řiháček, Hytych, 2013). Předmětem tohoto výzkumu, tedy zkoumaný jev, je proces psychoedukace jako součást péče v rámci každodenní praxe psychiatrické nemocnice.

Zakotvená teorie je vhodná pro případy, kdy není k dispozici teorie, která by vysvětlovala určitý proces. Teorie vysvětlující tento proces mohou existovat, ale jsou neúplné, protože se nezabývají potenciálně cennými proměnnými, které zajímají výzkumníka (Creswell, Poth, 2017). Jak bylo představeno v teoretické části této práce, výzkumy zabývající se psychoedukací většinou primárně zkoumají účinek psychoedukace, tedy pouze výsledek tohoto procesu. Kvalitativně orientované práce na toto téma existují, nicméně v takovém případě je pozornost věnována spíše edukovaným účastníkům, což přináší důležitý pohled na celou problematiku; nicméně je věnována malá pozornost těm, kteří psychoedukaci poskytují (Motlová a kol., 2017). Stejně tak jsou ze své podstaty výzkumu přístupnější psychoedukační programy, které mají jasnou strukturu a vymezené hranice. Více výzkumných prací se tedy týká těchto programů. Psychoedukace může být také nejasně vyhraněná součást péče o duševní zdraví a její vymezení potom není zcela konkrétní. Takové podobě psychoedukace se věnuje tato diplomová práce.

„V přístupu zakotvené teorie (a v kvalitativním výzkumu obecně) je zcela legitimní upravovat výzkumnou otázku v průběhu analýzy. Formulujeme-li však otázku až ve chvíli, kdy jsou data již definitivně vytvořena, ztrácíme tím možnost měnit směr rozhovoru, zastavovat účastníka u zajímavých momentů, doptávat se na podrobnosti, požádat o vysvětlení významu některých slov, vracet se k tomu, co zaznělo dříve, držet ohnisko rozhovoru u výzkumné otázky apod.“ (Řiháček, Hytych, 2013). Prvotním a ve své podstatě nejobecnějším cílem práce před vstupem do terénu bylo prohloubit poznání o psychoedukaci ve specifickém terénu zdravotnického zařízení z pohledu aktérů tohoto prostředí; a popsat tak charakteristické rysy lokálně ohraničeného psychoedukačního procesu. Tento cíl byl rychle zkonkretizován vstupem do terénu do podoby, v jaké je uveden v zadání diplomové

práce („prohloubit poznání o psychoedukaci pacientů se schizofrenií“). Jak bude blíže specifikováno v následujících oddílech, data byla sbírána napříč celým výzkumným terénem, hlavní pozornost se ale postupně obrátila na poskytovatele psychoedukace v tomto zařízení, tedy na klinické psychology a psychology ve zdravotnictví. Cíl práce se tedy vykryštoval do podoby prohloubit poznání o psychoedukaci pacientů se schizofrenií z pohledu klinických psychologů vytvořením popisu a teorie psychoedukačního procesu v kontextu psychiatrické nemocnice.

Kvalitativní výzkum začíná předpoklady, pohledem na svět, možností použití teoretické optiky a zkoumáním výzkumných problémů, které se týkají významu, který jednotlivci nebo skupiny přisuzují sociálnímu nebo lidskému problému (Creswell, 2007, str. 37). V tomto výzkumu tedy klademe pozornost na pohled psychologů poskytujících psychoedukaci na tento proces a na to, jaké tomuto procesu přisuzují významy. Z hlediska výzkumu budila zájem také samotná definice psychoedukace a možnost její interpretace; stejně tak jako pojetí účinnosti psychoedukace z hlediska kvalitativního výzkumu. Na základě cíle výzkumu byly formulovány tyto výzkumné otázky:

1. Jakou podobu má psychoedukace v této psychiatrické nemocnici?
2. Jak je proces psychoedukace vnímán psychology, kteří se tohoto programu účastní?
3. Jak by vypadala definice psychoedukace pacientů se schizofrenií, která by postihovala i účinné faktory psychoedukace, kdyby ji měli definovat odborníci, kteří se jí v úzce vymezeném kontextu psychiatrické nemocnice dlouhodobě věnují?
4. Jak by vypadala teorie procesu psychoedukace v tomto výzkumném prostředí?

4.3 Výzkumné metody a průběh výzkumu

Kvalitativní výzkumníci používají vynořující se kvalitativní přístup ke zkoumání, sběr dat v přirozeném prostředí, citlivě reagující na zkoumané lidi a místa, a analýzu dat, která je induktivní a stanovuje vzorce nebo témata (Creswell, 2007, str. 37). Tak tomu bylo i v rámci výzkumu pro tuto diplomovou práci.

Typická výzkumná metoda pro zakotvenou teorii je rozhovor, často pak polostrukturovaný typ výzkumného rozhovoru. „Pokud by to bylo možné, přidali bychom etnografické údaje

tím, že bychom se připojili k účastníkům výzkumu“ (Charmaz, 2006, str. 3). Tento výzkum začal v první fázi výzkumnou metodou pozorování a volných rozhovorů. Již od iniciační fáze výzkumu byl veden výzkumný deník s terénními poznámkami. Psychologové ve výzkumném terénu v průběhu celého výzkumu zpřístupňovali badateli k analýze psychoedukační materiály, se kterými se v rámci psychoedukace v daném zařízení pracuje. Po kontaktu s terénem byla identifikována v terénu specifická forma psychoedukace: psychoedukační skupiny pro pacienty se schizofrenií. Postupně byla s nemocnicí dohodnutá účast na psychoedukačních skupinách na třech různých odděleních. V rámci psychoedukačních skupin byla aplikována výzkumná metoda zúčastněného pozorování.

Poslední fází výzkumu byl sběr polostrukturovaných rozhovorů. Semistrukturované rozhovory byly vedeny s psychology, kteří vedou psychoedukační skupiny. „Kvalitativní výzkumníci sami sbírají data zkoumáním dokumentů, pozorováním chování a rozhovory s účastníky. Nemají tendenci používat nebo se spoléhat na dotazníky nebo nástroje vytvořené jinými výzkumníky“ (Creswell, 2007, str. 38). Struktura vnesená do těchto rozhovorů byla vytvořena autorem této diplomové práce. Zároveň byli participanti motivováni k volnému projevu na téma psychoedukace. V každém rozhovoru zazněly otázky, které cílily na profesní zázemí participantů a měly sloužit k popisu výzkumného vzorku. Finální otázka rozhovoru se týkala definice psychoedukace „ve vašem podání“ a sloužila ke komparativní analýze těchto definic. Zbylá struktura rozhovorů nebyla přísně dodržována. Rozhovory vznikaly postupně a byly i průběžně analyzovány; průběžné výsledky byly s participanty konfrontovány v průběhu rozhovorů. Tento proces přebírání informací ze sběru dat a jejich porovnávání s nově vznikajícími kategoriemi se nazývá konstantní komparativní metoda analýzy dat (Creswell, Poth, 2017). V některých případech se také na průběžnou analýzu rozhovorů reagovalo zpětným doptáváním se participantů na vynořující se aspekty zkoumaného psychoedukačního procesu. Výzkumné otázky byly také ovlivněny pohledem Strausse a Corbina. Podle Creswella a Potha (2017) jsou výzkumné otázky, které výzkumník klade účastníkům, zaměřovány na porozumění tomu, jak jednotlivci proces prožívají, a na identifikaci jednotlivých kroků procesu (Jaký byl proces? Jak probíhal?). Po počátečním zkoumání těchto otázek výzkumník položil podrobnější otázky, které pomohou utvářet fázi axiálního kódování, otázky jako např: Co bylo pro proces stěžejní? (jádrový jev); Co ovlivnilo nebo způsobilo, že k tomuto jevu došlo? (kauzální

podmínky); Jaké strategie byly během procesu použity? (strategie); K jakému efektu došlo? (důsledky) (Creswell, Poth, 2017).

V neposlední řadě byly v rámci triangulace dat vedeny volné rozhovory s psychology, kteří se v tomto zařízení přímo nevěnují skupinové psychoedukaci pacientů se schizofrenií; a také se čtyřmi pacienty, kteří se účastnili výzkumníkem navštěvovaných psychoedukačních skupin. Kombinace různých metod sběru dat a jejich analýza pomocí etnografie a zakotvené teorie posiluje validitu a robustnost výzkumu. Etnografická data poskytují kontext a bohaté detaily, které jsou nezbytné pro pochopení nuancí a komplexnosti zkoumané problematiky a zakotvená teorie umožňuje analyzovat etnografická data systematicky a strukturovaně, čímž napomáhá k formulaci teorie, která je pevně zakotvená v empirických datech a odráží skutečné zkušenosti zkoumaných osob.

4.3.1 Průběh sběru dat

Kontakt s pracovištěm, kde byl výzkum realizován, začal vznikat během jara 2023. Sběr dat byl realizován v období říjen 2023 až květen 2024, data byla analyzována průběžně. Sběr dat byl zpočátku postaven na etnografických metodách. V období listopad 2023 až březen 2024 byl sběr dat primárně postaven pohybu v terénu, na přímé účasti na psychoedukačních skupinách, vedení si výzkumného deníku a písemném záznamu interakcí a neformálních rozhovorů s psychology. Psychoedukační skupiny byly navštíveny formou zúčastněného pozorování celkem čtrnáctkrát (2.10., 15.11., 7.12. 2023, 11.1., 8.2, 14.2., 15.2., 21. 2., 22.2., 29.2., 14. 3., 21. 3., 4.4., 11.4. 2024). Polostrukturované rozhovory s psychology, kteří vedou psychoedukační skupiny, byly realizovány v období únor 2024 až květen 2024 (19.2., 19.2., 29.2., 1.3., 9.3., 29.3., 12.4., 23.5., 29.5. 2024).

Individuální polostrukturované rozhovory s psychology byly ústředním bodem analýzy této práce. Tyto rozhovory byly nahrávány pomocí mobilního telefonu a v domácím prostředí výzkumníka doslovně přepisovány do textové formy na osobním počítači. Rozhovory byly následně analyzovány jak v rámci textového procesoru, tak metodou tužka papír. Již v průběhu přepisu rozhovorů byla data anonymizována. Analýza rozhovorů probíhala průběžně v rámci sběru dat i po skončení rozhovorů. Stejně tak byly průběžně vypracovávány teoretické podklady pro tuto diplomovou práci a jejich finální verze vznikala až po analyzování podstatné části dat. Rozhovory probíhaly v soukromí kanceláře

psychologů po předchozí vzájemné domluvě času a data, kromě dvou situací, kdy rozhovory proběhly online. Rozhovory probíhaly přibližně 45 minut až hodinu. Rozhovory, které proběhly v závěru výzkumu, trvaly přibližně 30 minut až 45 minut. Atmosféra všech rozhovorů byla výzkumníkem hodnocena jako příjemná.

Počet vstupů do terénu závisí na tom, zda se kategorie informací nasytí a zda je teorie rozpracována v celé své komplexnosti (Creswell, Poth, 2017). V závěru výzkumu se informace o zkoumaném procesu zdály být z pohledu autora práce nasyceny a všechna identifikovaná témata, která se během výzkumu vynořovala, se zdála být pokryta. Celkem proběhlo 9 hloubkových rozhovorů s psychology a 3 kratší doplňkové rozhovory v rámci triangulace dat. Nepřímo jsou předmětem analýzy také 4 rozhovory s pacienty.

Hloubkový rozhovor o procesu psychoedukace byl nejprve realizován se čtyřmi psycholožkami, které ve stejné době vedly psychoedukační skupiny, kterých se autorka práce opakovaně účastnila metodou zúčastněného pozorování. Jeden další rozhovor byl v obdobné podobě realizován s psycholožkou, která v současné době také vede psychoedukační skupiny, ale těch se neúčastnila autorka práce. Další dva rozhovory byly realizovány s psycholožkami, které se sice zabývají v rámci tohoto oddělení psychoedukací, avšak primárně ne ve skupinové podobě. Další dva rozhovory byly vedeny s psycholožkami – bývalými zaměstnankyněmi, které psychoedukační skupiny v tomto zařízení vedly v minulosti. Celkově tedy proběhlo devět polostrukturovaných rozhovorů na téma *proces psychoedukace ve vašem podání*. Tyto rozhovory trvaly až hodinu.

Podstatně kratší byly následné rozhovory se třemi psycholožkami, které měly primárně triangulační funkci. Tyto psycholožky se totiž nevěnují psychoedukaci pacientů se schizofrenií, jsou ale pozorovatelkami práce svých kolegyně a mohly se vyjádřit k chodu zařízení nebo k vynořující se otázce, proč s pacienty se schizofrenií nepracují. Tyto rozhovory trvaly přibližně 30 minut.

Nejkratší časová dotace byla věnována čtyřem rozhovorům s pacienty, kteří byli v závěru pobytové léčby zúčastnili se tedy několika skupinových psychoedukačních setkání. Výsledky těchto rozhovorů byly nepřímo integrovány do rozhovorů s psychology, avšak nebudou přímo prezentovány v rámci této diplomové práce. Rozhovory byly krátké jen pár minut, aby příliš nezatěžovaly participanty.

Tematické okruhy opakující se v rozhovorech s psychology:

1. Pracovní zkušenosti týkající se psychoedukace pacientů se schizofrenií a související zlomové body v kariéře klinického psychologa.
2. Organizační forma, postupy a další zákonitosti procesu psychoedukace.
3. Prožívání smyslu procesu psychoedukace.
4. Kontext zdravotního zařízení a jeho dopad na proces psychoedukace.
5. Osobní pohled a strategie související s procesem psychoedukace.
6. Vnímané výsledky a účinné faktory procesu psychoedukace.

Kompletní výčet témat a předem připravených otázek je uveden v příloze diplomové práce. Zároveň všechny rozhovory probíhaly individuálně a reagovaly na témata, která přinášel respondent, proto se přesně nedodržovaly všechny tematické okruhy.

4.4 Výzkumný vzorek a jeho výběr

Výzkumný terén byl zvolen po zjištění, že se v rámci této psychiatrické nemocnice vyskytuje zkoumaný jev (realizují se zde různé druhy psychoedukace pacientů se schizofrenií) a je alespoň částečně realizován psychology (až později bylo zjištěno, že psychoedukace je v terénu prováděna výhradně psychology). Dalším výběrovým kritériem byla dostupnost (pro výzkumníka bylo možné z hlediska dojezdové vzdálenosti do terénu často vstupovat).

Při výzkumu postaveném na principech zakotvené teorie jsou účastníci rozhovoru teoreticky vybráni (tzv. teoretický výběr), aby výzkumníkovi pomohli co nejlépe vytvořit teorii (Creswell, Poth, 2017). Výběr výzkumného vzorku v situaci polostrukturovaných rozhovorů a doplňkových rozhovorů s psychology byl konfrontován a vždy nakonec podléhal rozhovoru s předchozími respondenty, proto můžeme konstatovat výběr vzorku řízený respondenty, jinak také nazýván metoda sněhové koule. Tento typ výběru výzkumného vzorku má tu výhodu, že v sobě sám o sobě nese indikátory jisté skryté sociální sítě ve zkoumaném terénu, takzvané skryté populace (Heckathorn, 1997). Výběr následujících respondentů sice podléhal kontaktům, které byly zprostředkovány předchozími respondenty, zároveň výběr respondentů vycházel z konceptů a jejich dimenzí, které se vynořovaly v průběhu samotné analýzy, což v sobě nese prvky teoretického vzorkování typického pro

zakotvenou teorii (Řiháček, Hytych, 2013). Kategorie, které se objevují v rámci průběžné analýzy dat, jsou nasyceny, když shromažďování nových dat již nepřináší nové teoretické poznatky ani neodhaluje nové vlastnosti těchto základních teoretických kategorií (Charmaz, 2006, str. 113). Takovou situaci také končí výběr výzkumného vzorku.

4.4.1 Popis výzkumného vzorku a terénu

Výzkumným terénem tohoto výzkumu byla psychiatrická nemocnice. Ve srovnání s obdobnými zařízeními v České republice se jedná o větší zařízení jak do počtu oddělení, tak do počtu zaměstnaných psychologů. Výzkumu se zúčastnili primárně kliničtí psychologové, protože jsou to ve jmenovaném prostředí právě oni, kteří v rámci svého zaměstnání poskytují psychoedukaci pacientům se schizofrenií. Dále se o participantech klinických psycholožkách a psycholožkách ve zdravotnictví bude v rámci výzkumu z hlediska textové úspory referovat pouze jako o *psychologovi*, protože se předpokládá, že zdravotnický kontext výzkumu byl již dostatečně vymezen.

Všechny respondentky (psychologové) byly ženy. Gender participantů nebyl považován při výběru výzkumného vzorku za rozhodující. Respondenti byli vybíráni podle klíčového znaku tak, aby měli co říct k tématu psychoedukace v daném zdravotnickém zařízení. Také nebyl zjišťován věk respondentek, ale délka pracovní zkušenosti s prací v daném zařízení a psychoedukací pacientů se schizofrenií. Ta se pohybovala v přibližném rozmezí 6-25 let.

Tabulka č. 1 Základní údaje o výzkumném souboru

Datum rozhovoru	Přibližná délka praxe	Psychoterapeutický směr	Forma rozhovorů
19. 2.	8 let	PCA	prezenčně
19. 2.	6 let	Gestalt	prezenčně
29.2.	10 let	SUR	prezenčně
1.3.	24 let	Psychoterapie psychóz	prezenčně
9.3.	8 let	Gestalt	online
29.3.	20 let	SUR	online
12.4.	10 let	Gestalt	prezenčně
23.5.	10 let	Gestalt	prezenčně
29.5.	14 let	Logoterapie	prezenčně

4.5 Etické aspekty výzkumu

Existuje procedurální technika, ukotvená v zákonech a kodexech, která je z pohledu autorky v této práci dodržena. Například osobní údaje slouží jen pro organizaci výzkumu a při analýze, ale nejsou přiřaditelné ke konkrétnímu člověku, navíc ani nejsou výstupem diplomové práce; participanti tohoto výzkumu prošli informovaným souhlasem, který se vyjadřoval například i k nahrávání rozhovorů a nakládání s nahrávkou (nahrávané rozhovory byly smazány po přepisu rozhovoru a přepis rozhovorů bude smazán po obhajobě práce). V žádném případě nebyli nahráváni pacienti, nahrávka se týkala pouze informovaných psychologů v soukromí jejich kanceláře a po té, co podali s nahráváním souhlas.

Komplexnější je oblast mikroetiky, která v sobě nese každodenní rozhodnutí a unikátnost etické praxe (Novotná a kol., 2019). Badatel například nese odpovědnost za to, jaké má bádání i zpráva o něm v tomto světě následky (Novotná a kol., 2019, str. 58). Závěrečná písemná zpráva nebo prezentace kvalitativního výzkumu by měla zahrnovat vyjádření účastníků, reflexivitu výzkumníka, komplexní deskripci a interpretaci problému a rozšiřuje literaturu nebo signalizuje výzvu k akci (Creswell, 2007, str. 37). Etickým dilematem této práce bylo zahrnutí vyjádření pacientů, kteří byli součástí zkoumaného psychoedukačního procesu. Na jedné straně se objevila potřeba dát prostor jejich perspektivě, na druhou stranu ochrana jejich soukromí. Nutno říci, že zvolený výzkumný terén byl velmi citlivý. V rámci reflexivity autorky této práce byla nakonec zvolena cesta, kdy je hlas pacientů prezentován v maximální možné míře nepřímo. Jejich pohled byl reflektován v rámci realizovaných rozhovorů s psychology, dílčí výsledky těchto rozhovorů ani výroky sdělované přímo na edukačních skupinách však v rámci této práce samostatně prezentovány nejsou. Nejedná se o vědomé upozadění těchto osob, avšak o maximální snahu o ochranu jejich soukromí. Odkazujeme zde na příklad závěrečné studentské práce, která mapuje proces skupinové práce a terapie s osobami s psychózou primárně z pohledu klientů, kteří se účastnili strukturovaného psychoedukačního programu (viz. Turková, 2014).

Nejen že byl zvědomován vliv zprávy o realizovaném výzkumu, ale také samotný proces bádání. „Výzkum je intervence do zkoumané reality, tedy předpokládáme jeho vliv na zkoumaný svět“ (Novotná a kol., 2019). Například proto neprobíhal okamžitý zápis do

výzkumného deníku v průběhu psychoedukačních skupin, aby bylo maximálně omezeno narušení tohoto procesu, kterého byl oproti standardní situaci přítomen výzkumník.

Etické problémy se týkají i samotného procesu analýzy dat. V celém procesu kvalitativního výzkumu se výzkumníci soustředí na poznávání významu, který o problému nebo otázce vyjadřují účastníci, nikoliv významu, který do výzkumu vnášejí výzkumníci nebo autoři z literatury (Creswell, 2007, str. 39). Proto například nebyla vypracována nejdřív kompletní teoretická část této práce a až pak realizován výzkum, aby badatel nebyl příliš zaujatý vlastním přístupem k teoretické problematice a věnoval patřičnou pozornost tématům vyjadřovaným výzkumným terénem a participanty.

Tato diplomová práce byla vypracována pod katedrou Psychologie na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy, proto také podléhá etickému kodexu Univerzity Karlovy a po obhajobě bude zveřejněna. Participantům by tedy měla být volně dostupná, přesto jim bude zaslána ještě před zveřejněním na webu prostřednictvím emailu.

4.5.1 Kredibilita výzkumu

Je vlastně etickou zásadou ujistit se, že realizovaný výzkum uvádí zjištění, která jsou spolehlivá. Zásadním krokem pro prezentaci spolehlivosti výzkumu je detailní popis metodologie, což jak věříme, bylo zatím dodržováno v rámci celé této kapitoly. Proto byl také veden výzkumný deník.

Jednou z dalších strategií zajištění pravdivosti výzkumu je triangulace dat. Je to proces použití rozličných pohledů za účelem vyjasnění významu pozorování (sběru dat) a interpretace a analýzy dat (Šed'ová, Švaříček, 2014). V tomto výzkumu byly triangulovány jak zdroje dat (rozhovory s psychology s různou rolí ve vztahu k zařízení a psychoedukaci, rozhovory s pacienty), tak metody (pozorování a vedení výzkumného deníku, zúčastněné pozorování na psychoedukačních skupinách, rozhovory volné, polostrukturované, rozhovory nad písemným materiálem, analýza psychoedukačních materiálů). Kritické hlasy namítají, že není nijak jednoduché v jednom výzkumu použít několik různých metod a složit tak úplný obraz studovaného jevu (Šed'ová, Švaříček, 2014).

Další použitou metodou, která si klade za cíl učinit věrohodným tento výzkum, je prezentace výsledků v podobě přímé citace výroků respondentů. Citace výroků účastníků výzkumu či

přepisy terénních poznámek slouží k tomu, abychom ukázali specifický jazyk, výjimečný případ nebo překvapivé tvrzení (Šed'ová, Švaříček, 2014).

Protože „my jakožto badatelé jsme součástí světa, který zkoumáme, a proto je vysoce spekulativní, jak je možné dosáhnout absolutní objektivity“ (Šed'ová, Švaříček, 2014) zohledňoval výzkumník během celého výzkumu svou osobní motivaci a maximálně se snažil nekontaminovat výzkum svými osobními hodnotami a postoji, které se vztahovaly ke zkoumanému tématu.

4.6 Metodologický přístup k analýze dat a výsledkům výzkumu

Kvalitativní výzkumníci vytvářejí své vzorce, kategorie a témata "zdola nahoru", uspořádáním dat do stále abstraktnějších jednotek informací. Tento induktivní proces zahrnuje práci výzkumníka tam a zpět mezi tématy a databází, dokud nestanoví ucelený soubor témat. Může také zahrnovat interaktivní spolupráci s účastníky, aby měli možnost utvářet témata nebo abstrakce, které z procesu vyplynou (Creswell, 2007, str. 39). Cílem analýzy dat bylo v první řadě dobře popsat výzkumný terén, ve kterém je zakotvená následně vypracovaná teorie procesu psychoedukace. Samotný proces teorie je v páté kapitole *Tematická analýza dat* popsán a podložen výroky participantů tak, aby bylo výzkumné pozadí vzniklé teorie transparentní. Tematická analýza může být metodou zaměřenou na pozorování, která informuje o zkušenostech, významech a realitě účastníků, nebo může být konstruktivistickou metodou, která zkoumá, jakým způsobem jsou události, skutečnosti, významy, zkušenosti atd. důsledkem řady diskurzů působících ve společnosti (Braun, Clarke, 2006). Výsledná teorie tohoto výzkumu by měla mít minimálně lokální dosah, kdy abstraktně vykresluje konkrétní sociální jev v terénu a výzkumníkem vymezeném měřítku. Vědeckou teorii chápeme jako systém pojmů a tvrzení, které představuje abstrahované vysvětlení vybraných fenoménů (Hendl, 2005). Téma zachycuje něco důležitého v datech ve vztahu k výzkumné otázce a představuje určitou úroveň vzorové odpovědi nebo významu v souboru dat (Braun, Clarke, 2006).

První odbočka na cestě analýzou dat nás přivádí ke kódování (Charmaz, 2006, str. 42). Kódovat znamená kategorizovat segmenty dat pomocí krátkého názvu, který zároveň

shrnuje a vysvětluje jednotlivé části dat. Zjednodušeně řečeno se prostřednictvím kódování definuje, co se v datech děje, a výzkumník se snaží pochopit, co to znamená (Charmaz, 2006). Rozvíjením konceptuálního obsahu kódu postupně vznikají koncepty, které následně přecházejí v kategorie. Kategorie vzniklé z kódování jsou potom dále ošetřovány jako proměnné a představují základní stavební kameny budoucí teorie (Šedřová, Švaříček, 2014, str. 91).

Data byla v tomto výzkumu nejprve analyzována metodou otevřeného kódování, při kterém byla kódována data pro hlavní kategorie informací. Data byla kódována v rámci textového procesoru Word a metodou tužka papír. Tento postup se týkal jak analýzy dat z pozorování, zúčastněného pozorování, volných rozhovorů, tak i dat z polostrukturovaných rozhovorů s psychology. Při analýze dat z polostrukturovaných rozhovorů se následně přešlo na selektivní kódování, kdy byly hledány teoretické vztahy mezi koncepty, ze kterých vznikala témata, která byla výsledkem tematické analýzy jevu. Ve finální analytické fázi bylo aplikováno axiální kódování, při němž výzkumník určil jednu otevřenou kódovací kategorii, na kterou se zaměřil (tzv. jádrový jev), a poté se vrátil k datům a vytvořil kategorie kolem tohoto jádrového jevu (Creswell, Poth, 2017). Axiální kódování spojuje kategorie s podkategoriemi, specifikuje vlastnosti a rozměry kategorie a znovu skládá data, která jste rozdělili během počátečního kódování, abychom dodali vznikající analýze koherenci (Charmaz, 2006, str. 60).

Metoda zakotvené teorie tedy hledá při analýze dat vzorce, prostřednictvím kterých spěje ke tvorbě teorie. Tematická analýza je metoda identifikace, analýzy a popisování vzorců (témat) v datech, která popisuje soubor dat v (bohatých) detailech (Braun, Clarke, 2006). Výsledkem realizovaného výzkumu jsou témata (prezentována v páté kapitole této diplomové práce), která mají popisnou funkci terénu, ve kterém je zakotvena následně prezentovaná teorie procesu psychoedukace (prezentovaná v šesté kapitole této diplomové práce).

Fáze výzkumu dané do souvislosti s průběžnou analýzou dat:

- V první fázi výzkumu bylo z hlediska sběru dat hlavní zúčastněné pozorování a následné formulování ústředního konceptu.
- Ve druhé fázi výzkumu bylo stěžejní vedení individuálních rozhovorů, propracování kategorií, podkategorií a identifikace témat.
- Třetí fáze spočívala v axiálním kódování všech sebraných dat, a tedy již přímo směřovala k tvorbě teorie procesu psychoedukace.
- V rámci čtvrté finální fáze výzkumu byl vytvořen model, který reprezentuje lokálně zakotvenou teorii procesu psychoedukace.

5 Tematická analýza dat

V této kapitole jsou prezentována dílčí zjištění realizovaného výzkumu. Nejprve jsou prezentována veškerá zpracovávaná témata, která jsou dále členěna na kategorie. Kategorie jsou prezentovány prostřednictvím citací participantů, poznámkami z výzkumného deníku a předložením obsahu užívaných psychoedukačních materiálů. V situaci citace participantů nejsou jednotlivé citace přiřazovány ke konkrétnímu respondentovi, protože je příliš velké riziko, že by se respondenti mohli i v situaci anonymizace vzájemně identifikovat, pokud by byla prezentována kontinuita jejich odpovědí. V případě potřeby je doplněn vlastní komentář badatele. Pro metodu tematické analýzy je totiž typické „hledání určitých témat nebo vzorců napříč (celým) souborem dat, nikoliv v rámci jedné datové položky, například individuálního rozhovoru nebo rozhovorů s jednou osobou“ (Braun, Clarke, 2006). Tato kapitola zodpovídá předloženou prezentaci výsledků první a druhou výzkumnou otázku:

1. Jakou podobu má psychoedukace v této psychiatrické nemocnici?
2. Jak je proces psychoedukace vnímán psychology, kteří se tohoto programu účastní?

5.1 Psychoedukace v kontextu režimu a chodu zdravotnického zařízení

Psychoedukace při psychotickém onemocnění není forma intervence, která by z hlediska své koncepce a priority vytvářela předpoklad, že ji bude organizovat klinický psycholog. Řada psychoedukačních materiálů naopak cílí na zdravotní sestry, lékaře nebo sociální pracovníky. Ve zkoumaném terénu je ale pojmem psychoedukace označovaná taková forma intervence, kterou poskytují psychologové. Ostatní personál se podílí na psychoedukaci v širším slova smyslu, kdy například sděluje výsledky vyšetření nebo zprostředkovává psychoedukační materiály. Psychologové často na základní edukační činnost ostatního personálu navazují organizovanější činností; a to jak v individuální, tak i ve skupinové a rodinné podobě.

„Jsou tu lékaři, který s nimi pracují hlavně po stránce nějakých léků a nějakých příznaků. A na to my potom vlastně jako nasedáme s tím proč je to dobré brát léky a k čemu to je, jak ty léky působí, co ty příznaky, jaký můžou bejt a tak. Takže si myslím, že to vlastně všechno je tak jako propojené a jeden bez druhýho úplně jako nejde.“

Individuální forma psychoedukace poskytovaná psychologem byla identifikována jako základní forma psychoedukace, která podmiňuje případný vstup do psychoedukační skupiny. Skupinová psychoedukace má vlastní ucelenou podobu, která pak v praktické podobě variuje podle oddělení a osobních postojů psychologa, který psychoedukaci poskytuje. Jsou ale například psychoedukační materiály, které jsou k dispozici všem psychologům a každý s nimi alespoň někdy v rámci psychoedukace pracoval. Rodinná psychoedukace je taková forma této intervence, kterou psychologové rádi poskytují, ovšem nemají k tomu v kontextu psychiatrické nemocnice vždy příležitost. Zatímco pacient s psychotickým onemocněním je v psychiatrické nemocnici na určitou dobu ubytovaný a má tedy minimálně z časového hlediska možnost účastnit se psychoedukace, stran rodinných příslušníků pacienta nemusí být psychoedukace časově dostupná.

Psychologové vnímají v kontextu psychiatrické nemocnice celodenní poskytování péče. Samotní psychologové jsou na odděleních přítomni pouze v pracovních dnech ve standardní pracovní dobu, ale tím, že v rámci oddělení komunikují s ostatním personálem, mohou tak reagovat na aktuální potřeby pacienta, a to i v rámci psychoedukace.

„Ty osoby jsou tady, že jo 24 hodin, tak my můžeme vlastně jako reagovat hned, když se bude něco dít. Takže ve chvíli, kdy prostě tomu dotyčnému není dobře, tak prostě lékař mu může nějak upravit medikaci; jo ve chvíli, kdy už se ten stav upraví, můžu nastoupit třeba vlastně jako já s tím, jak mu třeba pomoci trošku začít porozumět tomu onemocnění.“

„Ta práce v tom týmu jako psycholog, lékař, sociální pracovník, sestry, že spolu spolupracují ty různé vlastně jako profese, to jsem i ráda, že třeba u nás na oddělení opravdu každý ráno se jako setkáváme. Bavíme se o těch pacientech. Bavíme se, co bychom pro ně mohli nějak udělat a vlastně každý nějak tam přinášíme to své, ten svůj pohled, protože co vlastně může tomu člověku nabídnout třeba lékař, tak mu nemůžu nabídnout já a obráceně.“

Psychoedukace individuální a rodinná je plánována situačně a může tak přesně reagovat na individuální potřeby klienta. Psychoedukační skupiny jsou pravidelně organizované a ačkoliv se jedná o otevřené skupiny, členství v nich podléhá režimu oddělení a je tedy do jisté míry závazné.

„Jakoby základem, když přijdete do psychiatrické nemocnice, tak nějaká jako jedna věc, do který vás jako hodí, je nějaký režim na tom oddělení. A to je taky taková základní věc, kterou pacienti taky potřebují v tom, aby se trošku stabilizovali, protože jak mají ten svůj vnitřní svět trošku jako rozpadlý, tak tím režimem dostanou nějakou tu strukturu. Takže tímhle si myslím, že to tak jako začíná, že to oddělení jim nastaví nějaký režim.“

Do jaké míry se psychoeducaci rozhodne poskytovat i lékař nebo psychiatr je věc individuální. Někteří psychologové nemají pocit, že by psychoeducace musela být i v rámci zařízení výslovně jejich kompetence. Pojmenovávají ale situace, kdy nepozorují zájem ostatního personálu poskytovat psychoeducaci, a proto pak vidí již jako určitou součást své profesní role být těmi, kdo zprostředkovávají podrobnější informace o onemocnění a napomáhají pacientovi v porozumění diagnóze.

Řada psychologů hovoří o tom, že lékaři a zdravotní sestry sice informace o onemocnění pacientům sdělují, narážejí ale na to, že kvůli formě obsahu sdělení nebo vůbec formě procesu sdělování informací, tak potom informace k pacientům nedoléhají a psychoeducace se tak májí účinkem.

„Já si myslím, že je skoro úplně jedno či je to doména, ale spíš jde o tu formu, aby to nebyly jenom čistě podané informace. Myslím si, že to stejně tak dobře může dělat psychiatr jako psycholog. Ale musí mít nějaký vztah s tím pacientem.“

Psychoeducace jakožto volně definovaný pojem tedy může být například i situace, kdy lékař sděluje výsledky vyšetření. Výzkumným předmětem této práce je ale taková forma psychoeducace, která je jako psychoeducace vědomě označována tím, kdo ji poskytuje. Protože v kontextu režimu a chodu zkoumaném zdravotnického zařízení formalizovanější psychoeducaci vědomě poskytují psychologové, výsledky výzkumu se nadále věnují právě psychologům poskytujícím psychoeducaci.

5.1.1 Lokální historie vztahu psychologa a psychoeducace

Jak již bylo řečeno, není podmínkou, aby psychoeducaci poskytoval právě psycholog. To, že tomu tak je ve zkoumaném terénu, je dáno lokálně historickým vývojem. Psychoeducace byla totiž ve zkoumaném terénu od začátku své konceptualizované existence v rukou psychologů. Z lokálně historického hlediska byl identifikován moment před přibližně

pěťadvaceti lety, kdy ve zkoumaném terénu pracoval oproti dnešnímu stavu jen zlomek psychologů. V té době se až na některá specializovaná zařízení pracovalo terapeuticky s osobami s psychotickým onemocněním velmi málo. Tehdy v rámci zařízení a nejdříve v rámci Psychoterapeutického oddělení začaly vznikat nejen psychoedukační skupiny, ale například i komunity.

Ve výzkumu byl tedy identifikován silný vliv Psychoterapeutického oddělení a jedné ze služebně nejstarších kolegyně, psycholožky, která na tomto oddělení působí. Tato psycholožka má i absolvovaný psychoterapeutický výcvik terapie psychóz, což zastřešuje její odbornost na toto téma.

„No a pak vlastně moje nejdelší zkušenost s psychoedukací byla na tom psychoterapeutickým oddělení, kde vlastně zase jsem vycházela ze zkušeností kolegyně, která v rámci léčebny platila za autoritu, co se týče terapie psychóz, protože byla absolventkou výcviku terapie psychóz.“

Nově zaměstnaní psychologové ve zdravotnictví v rámci předatestační přípravy procházejí takzvaným kolečkem, tedy pracují určitou dobu v rámci období pěti let téměř na všech oddělení psychiatrické nemocnice.

„Já jsem teda ráda, protože mi přijde, že vlastně máme jako tady možnost, jak je to velký zařízení vidět jako opravdu jako celou širokou škálu těch diagnóz v rámci toho předatestačního kolečka.“

Jedním z těchto oddělení je tedy i Psychoterapeutické oddělení, kde se v rámci péče o pacienty se schizofrenií provádí skupinová psychoedukace již řadu let.

„Vlastně už na tom psychoterapeutickém, tam jsme vlastně měli taky edukační skupiny, takže tam jsem se s tím dostala do kontaktu nějak poprvé.“

První zkušenost s organizovanou podobou psychoedukace je tedy většinou na Psychoterapeutickém oddělení. Dnes jsou psychoedukační skupiny při onemocnění psychózou organizovány i na jiných odděleních, historicky to ale bylo Psychoterapeutické oddělení, na kterém se víceméně nastavoval obraz popisované psychoedukační formy péče.

„Kompetenci k vedení psychoedukačních skupin se učíte tak nějak jako za běhu; ale spíš tím, že jsem tam byla jako psycholog na tom kolečku, tak mě vlastně přiřadili ke služebně starší

kolegyni, která se zabývala tou psychoeducací nebo obecně prací s těma lidma, co měli nějaký psychotický onemocnění, a spolu jsme měly ty skupiny.“

Spoluúčast na psychoedukačních skupinách na psychoterapeutickém oddělení zároveň není nezbytně nutnou podmínkou, stejně tak jako podoba psychoedukačních skupin na Psychoterapeutickém oddělení nutně nepodmiňuje podobu poskytované psychoedukace na jiných odděleních. Každý klinický psycholog si pak finální podobu poskytované psychoedukace určuje sám.

„To se nebere nijak přísně, to není tak, že by jako kolegyně pak zpětně kontrolovala, jestli to děláme tak, jak ona nás to naučila a ani já nekontroluji své mladší kolegy, jestli to dělají přesně tak, jak já jsem je to naučila. Ale pravda je, že ten způsob vedení psychoedukace má nastavenej asi nějaký jako rámeček, který mám pocit, že víceméně dodržujeme všichni v té nemocnici, protože je prostě léty prověřený a funkční.“

Ze zkušeností psychologů ve zkoumané psychiatrické nemocnici vyplývá, že konkrétní podoba poskytované psychoedukace se navíc stále vyvíjí. I když hovoříme například o psychoedukačních skupinách, pro které jsou vypracované materiály a podklady a většinou se s ní všichni psychologové setkávají na Psychoterapeutickém oddělení, nakonec nejen že každý psycholog poskytuje psychoedukaci originálním způsobem, on sám svou formu práce neustále upravuje a vyvíjí.

„V počátcích to byl často i pokus omyl, že jsem zkoušela různé věci, který se mi líbily, v některých jsem se cítila dobře, u některých ne, v jiných se zase pacienti necítili, takže spíš se to jako roky profilovalo a furt se to děje, jako rozhodně nejsem v žádný konečný fázi, jsem otevřená zkoušet nové věci, překopávat to, abych neustrnula.“

Dynamická podoba psychoedukace je dána i akcentem na individuální podobu onemocnění, o kterém se edukuje.

„Vy v té edukaci samozřejmě jako jedete nějaký stejný modely, prostě mluvíte o těch věcech, jak jsem říkala, ale vždycky musíte akcentovat ten jedinečný obraz toho pacienta, který tam sedí, ať už v tom individuálu nebo na té skupině.“

Stejně tak pro konkrétní podobu psychoedukace hraje opět zásadní roli vůbec kontext jednotlivých oddělení.

„Pokud pracuje psycholog na oddělení, kde jsou psychotici, tak nějaká forma edukace nebo nějaká forma skupinové terapie psychotiků na tom oddělení prostě je nastavená. To už si myslím, že už je standard. To, jaký bude obsah, jaká bude náplň, to vždycky prostě souvisí s tím, jaký je typ toho oddělení, jaká je aktuální skladba pacientů.“

Při tomto výzkumu psychoedukace v rámci jednoho zdravotnického zařízení byly tedy identifikovány společné faktory a znaky psychoedukace, které vycházejí z historie a kontextu psychiatrické nemocnice jakožto celku. Zkoumaný terén je zároveň dostatečně velký a účastníci (kliničtí psychologové) mají ve své práci dostatečnou autonomii na to, abychom nemohli hovořit o jednotném přísně ohraničeném psychoedukačním programu, který by byl v daném zařízení nabízen. Spíše než o organizovaný psychoedukační program se jedná o stále se vyvíjející jedinečnou procesuální zkušenost.

Profese a role psychologa s sebou nese určitá specifika. Například psychologové, kteří dlouhodobě pracují ve zdravotnictví, zpravidla absolvují psychoterapeutický výcvik. Proto, pokud se snažíme najít hranici mezi psychoterapií a psychoedukací, můžeme uvažovat nad tím, do jaké míry je absolvent psychoterapeutického výcviku schopný neintegrovat své psychoterapeutické zkušenosti do psychoedukační práce.

Dalším aspektem práce psychologa ve zdravotnickém zařízení je management daného zařízení a umístění psychologa na konkrétní oddělení. Zpravidla je psycholog primárně umístěn na konkrétní pracoviště – oddělení vedením nemocnice. Je otázkou, do jaké míry je tedy volba jednotlivce, na jakém oddělení bude pracovat.

„To vůbec nebyla moje volba, nastoupila jsem a bylo mi řečeno, že prostě na tohle oddělení půjdu pracovat, do té doby jsem vlastně zkušenosti s psychotikama měla minimální.“

Z výzkumu vyplynulo, že většina psychologů si své umístění na oddělení skutečně neurčuje, ale může vyjádřit své preference. V rámci předatestačního kolečka má psycholog šanci lépe poznat, jaký typ práce mu vyhovuje a od toho se částečně může odvíjet jeho následné umístění. Jestli se ale klinický psycholog bude věnovat přímo psychoedukaci už je víceméně pouze na něm jako na jednotlivci.

„Nakonec jsem si zvolila, že chci pracovat s psychotiky, protože v rámci nemocnice jsem tenhle typ pacientů vnímala jako lidi, který skutečně jako trpí tím duševním onemocněním

a vnímala jsem i to, že ta trpělivá empatická práce jim může opravdu velice ulehčit a bylo to vlastně něco, co jsem si postupně zamilovala, co mám na té práci ráda.“

Motivace pro práci s psychotickými onemocněními a vedení psychoedukačních skupin pro pacienty se schizofrenií je samozřejmě individuální; zároveň se v rámci polostrukturovaných rozhovorů objevily některé společné vzorce motivace psychologů začít v rámci zařízení dělat konkrétně tento typ práce. Předpokládáme, že obecným motivačním prvkem je z podstaty profesní orientace všech psychologů cíl ve svém pracovním životě pomáhat v oblasti péče o duševní zdraví, ať se jedná o práci s jakýmkoliv typem duševního onemocnění. V rámci výzkumu se objevoval opakující se vzorec toho, že respondenti (psychologové) považovali práci s psychotickým onemocněním za pomoc v oblasti duševního zdraví „v tom nejčistším slova smyslu“. Psychotická onemocnění jsou totiž považována za opravdu závažný typ onemocnění, tedy pomoc při takovém onemocnění je považována za jednu z nejpotřebnějších pomoci, kterou může psycholog nabídnout.

„Ta zkušenost s tím psychotickým onemocněním je opravdu jako závažná věc a přijde mi hrozně fajn, že máme možnost jim dát aspoň nějakou podporu v tom se zase zapojit do toho běžného života. Pomoc jim vlastně překonat tuhle těžkou zkušenost, která jim často ten život naruší ve všech oblastech. A když vidím, třeba že si z toho alespoň něco jako odnáší, nebo že jim pomůžeme je alespoň navázat na nějaké organizace a stabilizovat je trošku, nebo jim pomůžeme třeba i pochopit, proč zrovna ta nemoc přišla v tohle období toho života, protože často to souvisí třeba s něčím, co se jim zrovna jako děje, že to jako propukne zrovna v tu chvíli, tak mi to přijde jako hrozně fajn vidět, že se můžou zase do toho běžného života nějakým způsobem samozřejmě s nějakými omezeními zapojit. Takže jako ta práce mě v tomhle naplňuje.“

Respondenti také zmiňovali, že pro některé jejich kolegy naopak práce s psychotickým onemocněním představuje až příliš velkou zátěž.

„Je pravda, že jsem za svoji praxi zažila pár kolegů, kteří chodili se mnou na ty skupiny edukační, ale jasně říkali: moje volba to není, já bych to dělat nechtěl, pro mě je to náročné v té křehkosti, pro mě je náročný se potkávat s člověkem, který je takhle zranitelný. V mém případě asi se to potkalo s nějakým mým osobnostním nastavením. Pro mě to není náročné.“

O nárocích, které může představovat psychoedukační práce při onemocnění psychózou se budeme zmiňovat později v této kapitole.

5.1.2 Psychoedukace ve vztahu k souvisejícím disciplínám

V rámci výzkumu psychoedukace opakovaně narážíme na to, co všechno tento pojem znamená a je i hlavním cílem této práce se minimálně přiblížit k lepšímu porozumění tomuto fenoménu. Kontext výzkumného terénu možná ještě víc rozšířil pohled na to, co všechno může být označené pojmem psychoedukace, než aby zúžil vnímání tohoto pojmu.

Například in vivo kódem se v rámci analýzy stalo pojmenování „čistá psychoedukace.“ Respondenti sami reflektovali, že termínem psychoedukace zastřešují komplexnější systém péče, ale že čistá psychoedukace ve smyslu sdělování informací o onemocnění je jen část celého psychoedukačního procesu. Bylo pozorováno, že vynechání předpony „psycho“ a použití pouze pojmu edukace občas sloužilo pouze k časové úspoře slovního projevu, jindy tak byla označována právě ta složka psychoedukace, o které se stejně tak referovalo jako o „čisté psychoedukaci“. Pojem psychoedukace pak ve většině případů označoval komplexnější přístup, který nabízel kromě informací o onemocnění i podporu v náročné životní situaci a vytvoření prostoru pro celkové lepší sebepoznání. Někteří psychologové totiž „čisté psychoedukování“ považovali za minimálně účinné a bez podpůrně psychoterapeutických prvků za zbytečné.

„Tak já nemám tolik úplně čistý edukace, tu zažijou tak na třech skupinách celkově, protože já jsem přesvědčená, že tam psychoedukace nefunguje pokud se pacient necítí v bezpečí a pokud nemáme trošku vztah. Tak za mě vlastně ta psychoedukace jenom jako informace nemá moc velký význam, protože musí tu informaci přijmout. Za vlastní můžeme přijmout, jenom to, co vnímáme, že s náma ten druhý myslí dobře, co nás neohrožuje a tak dále. A my tady na oddělení obecně neděláme velký množství těch edukačních informací.“

Alespoň částečně byly na všech výzkumníkem navštívených odděleních integrovány do psychoedukačních skupin také arteterapeutické aktivity, které si kladly za cíl jak lepší navázání vztahu a pocitu bezpečí v rámci skupiny, tak propojení informací a emočního prožitku.

„Potom, jak tu práci už děláš, tak záleží na tom, jaký ten směr si vlastně vybereš, jestli to budeš dělat třeba víc jenom edukačně nebo jestli to proložíš nějakou arteterapií třeba nebo muzikoterapií, což na některých odděleních dělají.“

Provázanost s arteterapeutickými technikami vznikla v tomto zařízení z hlediska lokálně historického vývoje.

„(Psychoedukační skupiny) to je vlastně ucelený systém zhruba na 6 týdnů setkávání, skupinu jsme měli tak dvakrát až třikrát v týdnu. Jedna ta skupina v tom týdnu bývá vyloženě edukační, kdy jsme mluvili o příznacích psychózy o varovných příznacích, o relapsu, o účincích léků. Ta druhá skupina v tom týdnu většinou buď nějakým způsobem navazovala na tu edukační nebo byla volně povídací o tom, co ty lidi tížilo, ale často to taky hodně souviselo vlastně s psychózou a s těma příznakama. A jedna z těch skupin v tom týdnu byla arteterapeutická.“

Zároveň je provázanost psychoedukace a arteterapie oboustranná. I v rámci arteterapeutických aktivit, které vede přímo arteterapeut, se mohou otevírat témata, která potom dostávají prostor v rámci psychoedukačních skupin.

„Myslím ale jakoby pro mě ta léčba je prostě komplexní a všechny ty věci se dají nějak jakoby vzájemně provázat. Jo, takže se stane, že třeba oni jdou na nějakou arteterapii, že tam něco namalují a vyvolá to nějaký téma, který se potom otevře na té skupině a dá se nějak třeba edukačně využít.“

„To je třeba téma halucinace a oni je malují nebo si je modelují, takže se k tomu dá vrátit na edukaci. Ono je to víc jakoby přiblíží vlastně do kontaktu s tím: tohle jsem zažil, jaký to bylo a dá se na to navázat otázkama typu: co vám pomohlo s tím, aby to třeba nebylo tak nepříjemný? Často se přijde na to, že nějaký léky nebo nějaký zklidnění. Vlastně tím se dá navázat na té edukaci na důležitost dobrých vztahů a nějakých blízkých osob a i na to užívání medikace, takže se to dá jakoby všechno propojit vždycky a využít v té edukaci.“

Zároveň v rámci zařízení nebylo pozorováno, že by byla psychoedukace vnímána jako forma intervence, která v sobě zahrnuje kognitivní trénink. Kognitivní trénink je sice osobám s psychotickým onemocněním poskytován, ale je označován jako samostatná forma intervence.

Bylo tedy zjištěno, že zkušenost participantů je taková, že psychoedukace se v některých oblastech prolíná s podpůrnou psychoterapií nebo arteterapií. Zároveň však v sobě přímo neintegruje prvky kognitivní rehabilitace.

5.2 Kontext skupinové psychoedukace

Bylo řečeno, že psychoedukace má z hlediska organizace formu individuální, rodinnou a skupinovou. Jako významný jev pro výzkumný terén byla identifikována skupinová forma psychoedukace pacientů se schizofrenií a to například z důvodu, že individuální psychoedukace se týká víceméně všech pacientů v dané psychiatrické nemocnici, zatímco její skupinová forma je něco, co se ukázalo pro zkoumaný typ onemocnění jako specifické a podléhající vlastní organizační struktuře.

Psychoedukační skupiny se nevyskytují na všech odděleních, kde jsou přítomny osoby s psychotickými příznaky. Na dětském nebo gerontopsychologickém oddělení probíhá psychoedukace zásadně jenom individuální formou.

Kontextem psychoedukace jsou myšleny základní organizační strategie, které byly ve výzkumném terénu pozorovány a které se přímo týkají psychoedukačního procesu. Týkají se tedy i důvodů, podle kterých psycholog volí buď individuální, skupinovou nebo rodinnou psychoedukaci a podmínek a okolností, v souvislosti s kterými se pacient stává součástí psychoedukačních skupin. Dále se tato část diplomové práce věnuje situačnímu kontextu, ve kterém psychoedukační skupiny probíhají, tedy tzv. settingu.

5.2.1 Psychoedukační podmínky

Některými psychology bylo správné sestavení skupiny označeno jako vůbec nejzásadnější bod celého skupinového psychoedukačního procesu.

„Když je špatně sestavená, tak tam může být velký riziko odporu, stagnace a toho, že se ten náhled může úplně zavřít, a to zejména když tam bude většina lidí v odporu.“

Podmínky pro zařazení do psychoedukační skupiny se v první řadě odvíjejí od diagnostiky. I když byly psychoedukační skupiny primárně koncipovány pro pacienty se schizofrenií (subtyp paranoidní schizofrenie), tato diagnóza není nutnou podmínkou pro vstup do

psychoedukační skupiny pacientů se schizofrenií. Společným jmenovatelem všech účastníků skupin stran pacientů je alespoň nějaká zkušenost s psychózou. Takže se skupin můžou účastnit i osoby s akutní psychotickou poruchou nebo s psychotickými poruchami souvisejícími se šestinedělím. U toxických psychóz, tedy u takových psychotických stavů, které jsou přímo vyvolány psychoaktivními látkami, záleží primárně na tom, jestli se jedná o čistě toxickou psychózu, nebo jestli se jedná o tzv. duální diagnózu. Duální diagnóza je kombinace látkové závislosti a diagnózy jiného typu v rámci duševních onemocnění. Pro některé psychology je „čistě toxická“ psychoedukace kontraindikací, tedy důvodem pro nezařazení do skupiny a zařazují pouze pacienty s toxickou psychózou, kteří mají zároveň duální diagnózu psychotického onemocnění jiného typu. Pro některé respondenty ale toxická psychóza není důvodem pro nezařazení do skupiny. Stejně tak je za kontraindikační diagnózu některými respondenty považovaná trvalá porucha s bludy, protože pozorují negativní vliv osob s touto diagnózou na ostatní účastníky psychoedukačních skupin.

„Když je to čistě toxická psychóza, tak se to velmi nevyplácí, protože ty pacienti, když se oklepou z toxický psychózy poměrně rychle, tak můžou mít tendenci se povyšovat nad ty psychotiky. Stejně tak po letech zkušeností už neberu do skupiny pacienty s poruchou s bludy a s těmi pak pracuji individuálně, protože v té skupině oni jsou rezistentní a v podstatě ještě i kazí náhled těm ostatním a vlastně ta skupina pak s nimi velmi stagnuje.“

Někteří respondenti také pojmenovávali to, že většina osob se zkušeností s psychotickým onemocněním má zároveň i zkušenost s návykovými látkami, a proto by psychoedukační skupiny, které poskytují psychoedukaci jen a pouze pacientům s diagnózou schizofrenie, nemohli vlastně téměř existovat.

V situaci skupinové psychoedukace můžeme pozorovat nárok na to, aby se nejen cítil jednotlivec ve skupině bezpečně, ale aby zároveň i skupina fungovala jako celek. Za důležitý faktor se z těchto důvodů při vybírání účastníků skupiny považuje alespoň částečný náhled na onemocnění.

„Určitě i při té tvorbě té skupiny je fajn, aby tam byl aspoň někdo, kdo třeba už má s tím zkušenost, aby jako to nebylo tak, že všichni jsou úplně bez náhledu.“

„Pro mě je důležité, když alespoň trochu vědí, že nemocní skutečně jsou a nejlíp když už proběhne třeba nějaká individuální edukace, že třeba už by i ten člověk věděl, co má za diagnózu a trošku tomu rozumí.“

Psychotická onemocnění jsou epizodická, tedy mají jistý společný průběh. Pojmeme floridní fáze respondenti označují stav, kdy dojde k prudkému rozvoji pozitivních psychotických příznaků a kontakt s realitou je při pohledu na všechny fáze psychotických onemocnění vůbec nejsilněji narušen. Floridní fáze je potom sama o sobě považována za kontraindikaci pro vůbec jakoukoliv formu psychoedukace. Zároveň by mělo být pro floridní fázi onemocnění typické, že netrvá dlouho a je léčitelná psychofarmakologickými prostředky.

„Co mi přijde jako důležitý, tak určitě, aby byla zaléčená nějaká ta akutní fáze toho onemocnění, protože v tu chvíli jako i ty obrany toho člověka jsou tak silný, že ať bysme se jako snažili o jakoukoliv edukaci, tak to tam prostě stejně neprojde a jenom ten člověk bude víc jako v tenzi, v úzkosti.“

Některé podmínky pro zařazení do psychoedukačních skupin jsou vlastně podmínky, které vystihují to, že psychoedukace je specifická forma učení, tedy člověk musí mít mentální kapacitu na to, se něčemu novému učit prostřednictvím mluveného slova v prostředí skupiny dalších lidí. Důležitými faktory jsou tedy kognitivní schopnosti, soustředěnost nebo schopnost trávit čas ve skupině.

„Základ je, aby tam ten člověk vydržel, aby z toho něco měl, aby se nějak soustředil a aby intelektově a jakžtakž jako rozuměl tomu, co se tam říká.“

Dalším, ostatně pro jakoukoliv psychologickou intervenci, zásadním bodem při poskytování psychoedukace je motivace na straně klienta.

„Je asi důležitý, i aby ten člověk měl nějak jako aspoň trošku zájem být nějak trošku jako prosociální, jo. Když třeba to byli lidi nějak jako problémoví, bez empatie, tak potom to v té skupině nedělalo dobrotu, že často třeba tu skupinu narušovali. Takže to byla taková pro mě třeba kontraindikace, koho tam jako nedávat.“

5.2.2 Psychoedukační skupinová situace

Společným rysem psychoedukačních skupin je dobrovolnost ze strany pacienta, pravidelnost psychoedukačních skupin, preference kruhového uspořádání a časová dotace, která přibližně nepřekračuje jednu hodinu, aby nebyly účastníci psychoedukačních skupin příliš zatěžováni.

„Časově nesmíme vlastně opravdu toho pacienta nadměrně zatěžovat. Na to vždycky musíme myslet, jakoby na tu zátěž a vlastně na to, co ten člověk je aktuálně v tomhle aktuálním stavu schopný zvládnout.“

Psychoedukační skupiny jsou většinou otevřené, tedy všichni členové nezačínají a nekončí svou účast na pravidelných skupinách v jeden den, ale připojují se do skupin každý jindy. Proto se cyklus témat na skupinách opakuje a může se stát, že jeden pacient v rámci jedné hospitalizace zažije jedno téma i vícekrát. To je psychology vnímáno jako pozitivní, protože si pak dotyčný může zkusit roli, kdy se hovoří o tématu, o kterém má více informací než zbytek skupiny a může tak zažít situaci úspěchu, kdy například něco vysvětluje ostatním. V průměru se výzkumníkem navštěvovaných skupin účastnilo 4-5 členů bez psychologa.

„Víc lidí asi než třeba těch 8 bych nedávala, aby ten prostor vlastně pro to byl, aby se každý mohl aspoň trošičku k něčemu vyjádřit.“

Pokud v případě skupinové psychoedukace připouštíme jisté podobnosti se skupinovou psychoterapií, je nutné postihnout specifika skupinové dynamiky v rámci psychoedukačních skupin. Respondenti hovořili o tom, že ačkoliv by v ideálním případě dali mnohem větší aktivní prostor pacientům, v psychoedukační skupinové situaci je psycholog značně direktivní a aktivita je na něm většinu času. Případnou nesdílnost pacientů omlouvají specifiky psychotických onemocnění.

„Koneckonců prostě skupina s psychotiky není o tom, že tam jako chci nějakou skupinovou dynamiku rozjíždět. Nechci. Já tam nechci jako rozjíždět žádnou dynamiku silnou, protože ty lidi jsou křehký. To není účelem psychoedukace. U edukačních skupin s psychotikama spíš opravdu jde o nějaký jako, aby to bylo bezpečný místo; aby to bylo místo, kde ty lidi, nějak se jako ubezpečí o tom, že ta jejich zkušenost není nepřenosná, protože najednou zjistí, že jiný lidi zažívají podobný věci a že to může dobře dopadnout.“

Nárok na dobrovolnou účast na psychoedukačních skupinách je v kontextu skupinové psychoedukace psychotických onemocnění akcentován. V rámci těchto skupin se dokonce mohou účastníci vzdalovat ze skupiny i v jejím průběhu. Jedním z pravidel sice je, že by účastníci neměli upřednostňovat jiný program před programem psychoedukačním (př. vycházku), z tohoto ohledu ale nejde o úmyslné vynechávání účasti. Pravidlo pravidelné docházky je vlastně postaveno na principu ochrany pocitu bezpečí většiny, než aby primárně nutilo jednotlivce, aby skupiny nevynechával.

„Třeba teď jsem 1 pacienta ze skupiny jako i vyřadila, protože tam ani nedocházel, takže jsem si říkala, že to vlastně nemá smysl ani jako pro něj, ani pro tu skupinu, protože ostatní tam chodí jako pravidelně, nějak se o to jako zajímají, chtějí tam být. A to, že on tam přijde jednou a pak zase nepřijde třeba třikrát, tak mám potom pocit, že narušuje to bezpečí, že ostatní se tam vlastně nějak otvírají, nebo nějakým způsobem jdou s kůží na trh a pak je tam někdo, kdo vlastně úplně se do toho jako nechce zapojovat, takže zase jako nedělám to úplně na sílu.“

Respondenti často hovořili o křehkosti účastníků psychoedukačních skupin a možnost vzdalovat se ze skupin pojmenovávali jako záruku bezpečí pro všechny účastníky. Pokud mohou účastníci skupin v průběhu skupiny chodit po místnosti nebo odpočívat, nejen že se cítí bezpečně, ale mají potom i lepší kapacitu pro vnímání ostatních.

„Jak pohybově, tak emocionálně, když jsou náročná témata, tak ti pacienti se potřebují občas vzdálit, aby to zvládli. Tím, že se můžou procházet, tak toho využívají mnohem míň, že odcházejí z té skupiny. Jo, i vlastně během skupiny si třeba můžou přesednout úplně do jiné části místnosti. To znamená, že jsou nadále součástí té skupiny nějakým způsobem, ale ne úplně. Jo a já považuju za velmi důležitou tu možnost a aby měli tu svobodu, že to nemusej zvládnout, nemusej usedět celou tu skupinu a můžou se vzdalovat a vlastně to zvyšuje jejich citlivost. Učí se, že co je pro mě moc, co je málo, a jak s tím budu zacházet.“

Podle odhadu respondentů se pacient během jedné hospitalizace může zúčastnit psychoedukace maximálně šestnáctkrát, pokud by po dobu dvou měsíců chodil na psychoedukační skupinu dvakrát týdně. Účastníci se ale často nepřidají ke skupinám okamžitě, většinou nejprve projdou individuální psychoedukací. Také na některých

odděleních jsou psychoedukační skupiny pouze jednou týdně. Proto je realita spíš taková, že se jeden pacient v rámci jedné hospitalizace zúčastní šesti až deseti skupinových setkání.

5.3 Obsah psychoedukace

Zabývání se detailním obsahem psychoedukace zároveň dává čtenáři možnost nahlédnout na to, jak jsou zdravotnickým zařízením vnímány odborné pojmy, které jsou relevantní pro pacienty se schizofrenií. Jedná se o pojmy jako psychóza, schizofrenie, psychotické příznaky, relaps nebo i vnímání toho, co se skrývá pod pojmem zdravý životní styl. Finální podobu obsahu psychoedukace si každý psycholog ve zkoumaném zařízení určuje sám. Psychoedukační skupiny jsou většinou otevřené a témata se přizpůsobují jak aktuálnímu složení skupiny, tak preferencím jejich účastníků. Pokud má například skupina hodně nových členů, zařazují se lehčí témata nebo arteterapeutické techniky s cílem navázání spolupráce.

Mezi psychology v zařízení koluje materiál – textový soubor, který byl původně vypracován služebně staršími psychology. Zároveň se jedná o živý dokument, ke kterému každý psycholog přistupuje různě. Psychologové mají k dispozici i psychoedukační materiál Cesta, který je původně určen pro psychoedukaci zdravotními sestrami. Cesta nabízí vizuální materiál, který psychologové využívají stylem, jakým učitelé využívají vizuální učební pomůcky.

„Nejdřív jsem měla k dispozici ty materiály a na jednom tom oddělení jsem hodně pracovala s tou Cestou, ale teďka už to mám tak nějak v hlavě. Takže občas si jako tak nachystám nějaký bodíky dopředu, ale vlastně už tak nějak vím, jako už to mám tak zaběhnutý a už ani nedokážu asi říct úplně jakoby, jestli to беру teď víc z té cesty, nebo z něčeho jiného, už si to kombinuju jako sama.“

Většina následně prezentovaných témat je upravena pro psychoedukaci v rámci psychoedukačních skupin. Všechny tyto materiály se dají použít i v situaci individuální a rodinné psychoedukace. V následujících pododdílech budou prezentována témata, která byla zaznamenána jako obsah psychoedukačních skupin. Jedná se převážně o analýzu

psychoedukačních materiálů doplněnou o terénní poznámky a komentáře výzkumníka. V některých případech je použita i přímá citace participantů – psychologů.

5.3.1 Co je psychóza

Psychóza je v rámci interních psychoedukačních materiálů prezentovaných účastníkům psychoedukace popisována jako „*stavy, při kterých dochází k poruše kontaktu s realitou. Znamená to, že v psychóze jinak vnímáme, myslíme a prožíváme.*“ Pro vymezení psychózy je použit pojem duševní onemocnění, které „*mění prožívání člověka ve vztahu k okolí a sobě samému.*“

Prezentované rozdělení různorodých psychotických poruch je vymezeno takto:

1. Schizofrenie, ze skupiny psychotických duševních poruch nejčastější a nejzávažnější.
2. Schizotypální poruchy
3. Duševní poruchy s bludy
4. Akutní a přechodné psychotické poruchy
5. Schizoafektivní poruchy

Toto dělení odpovídá i současným kvalifikačním systémům duševních onemocnění. Subtypy schizofrenie s pacienty probírány nejsou, protože je ctěn psychologický přístup k schizofrenii, který každý jeho projev vnímá u různých lidí jako silně individuální. Společným faktorem u schizofrenie zůstává výrazná porucha myšlení, vnímání, citů a chování.

5.3.2 Vznik psychotických onemocnění

Úvodem psychoedukační skupiny o vzniku psychotických onemocnění je účastníkům psychoedukace připomenuto, že teorií existuje mnoho a že neexistuje jedna zásadní příčina vzniku schizofrenie, ale vždy se jedná o spolupůsobení více faktorů, které se složí za určité situace do jakési nešťastné mozaiky a vznikne nemoc.

Zbytek této skupiny se soustředí na vysvětlení vzniku psychotických onemocnění prostřednictvím nadbytku chemické látky dopaminu. Dopamin slouží k přenosu informací

mezi jednotlivými buňkami v mozku. V důsledku nadbytku dopaminu je v mozku přenášeno současně příliš velké množství informací, které mozek nedokáže zpracovat a nastává zmatek. Jako vizuální oporu používá několik psychologů barevnou tabuli z psychoedukačního programu Cesta v níž vystupuje „akční hrdina“ pan Dopamin. Pacienty byly moduly o dopaminu hodnoceny kladně. Například zde docházelo k hlubšímu pochopení informace, proč je při onemocnění psychózou zvláště rizikové užívání psychoaktivních látek, které stejně tak jako psychotická onemocnění zvyšují množství dopaminu. Množství dopaminu v mozku snižují léky, kterým se říká antipsychotika.

5.3.3 Výzva onemocnění psychózou

V rámci psychoedukační skupiny, která se zaměřuje na výzvu psychózy v rámci života účastníků psychoedukace, se mluví o okolnostech vzniku propuknutí onemocnění, které nějak souvisejí s životním příběhem jedince a jeho životní situací bezprostředně před onemocněním. Nehledí se zde tolik na biologické faktory (dědičnost, porodní komplikace, těžké nemoci během raného dětství a špatná výživa), ale spíše na psychosociální faktory (vztahy v dětství v rodině, od přílišné vzájemné závislosti, přes dvojznačné vztahy zvláště mezi dítětem a matkou až po vzájemnou odcizenost a nadměrný kriticismus); hlavně se tato skupina soustředí na vliv stresu a nadměrné zátěže na onemocnění.

„Nebereme nemoc jako zlo. Snažíme se ji brát jako výzvu. Vždycky pak s pacientama mluvím, aby pacienti věděli to, co vím já. To znamená, že jim otevřeně říkám, že když se vrátí do stejné situace, ve kterých vznikla psychóza a budou žít stejný život stejným způsobem, tak v tom samém prostředí a v tom samém settingu, vznikne znova. A tohle když jim dojde, tak to je obrovský pokrok v té léčbě, kdy pak už pracujeme na tom, co je potřeba změnit, jak být spokojenější a ta prognóza se celkově zlepšuje, protože vlastně vnímáme, že ta nemoc je určitá výzva k větší citlivosti k sobě a poctivější vztahům a tak dál.“

5.3.4 Průběh psychotických onemocnění

Tento tematický modul je primárně zaměřen na zprostředkování informací. Účastníkům psychoedukačních skupin je průběh psychotických onemocnění didakticky vysvětlen na průběhu schizofrenie. Schizofrenie je představena jako chronické duševní onemocnění, které postihuje zhruba 2% populace. Nejčastěji se objevuje v období dospívání a mezi 25. až 30. rokem života. Vývoj a prognóza onemocnění se u jednotlivých pacientů značně liší. Uvádí

se, že u 60 % pacientů se schizofrenie vrací v epizodách, které bývají vyvolány stresem. Je představeno pravidlo třetin ve vztahu k psychotickým onemocněním, kdy třetina pacientů se plně uzdraví, u další třetiny se nemoc občas vrací v epizodách tzv. relapsů, zbývající třetina pacientů trpí chronickým průběhem s těžšími dopady na fungování v běžném životě.

Také jsou účastníci psychoedukace seznámeni s pojmy prodromální stádium, první ataka a zbytkové symptomy. Zbytkové symptomy jsou vysvětleny tak, že po odeznění akutní fáze přetrvávají některé potíže, jako je apatie, smutek, poruchy soustředění a únava. Pacient se vrací do běžného života a jeho další fungování závisí na míře podpory a pochopení okolí.

Je zdůrazněno, že schizofrenie je léčitelné onemocnění a že včasná diagnóza a léčba vedou k lepší prognóze. Podpora a pochopení okolí hraje klíčovou roli v uzdravení pacienta. Toto téma je psychology vnímáno pozitivně ve vztahu k tomu, že může nepřímo snižovat úzkost účastníků psychoedukace.

„To je třeba zrovna takovej modul, který já mám hodně ráda, protože ty lidi ve chvíli, kdy tam jsou v té nemocnici, tak často jsou vystrašení, jako co to pro ně bude znamenat dál. A teď, když slyší, že to onemocnění ano, je chronický, ano, může se zopakovat i nemusí. A když se zopakuje, tak prostě zase projde nějakou prodromální, floridní fází a fází odeznívajících příznaků a trvá to nějakou dobu, někdy třeba i měsíce, tak najednou oni jako vidí: Aha, takže nemusím být vyděšený, že už si nikdy nebudu pamatovat, nemusím být vyděšený, že mě navždycky budou pronásledovat takovýhle nepříjemný zážitky.“

5.3.5 Příznaky psychotických onemocnění

Toto téma může být součástí několika psychoedukačních skupin. Má totiž významnou souvislost s prevencí relapsu. Jako „nejklasičtější psychotické příznaky“ jsou v psychoedukačním materiálu přístupném psychologům prezentovány bludy a halucinace. Blud je definován jako falešná představa, která dotyčnému připadá naprosto pravdivá a nelze mu ji vymluvit a halucinace jako produkt zkresleného vnímání okolní reality, které vycházejí z rozbouřené a nekontrolovatelné fantazie pacientů; s důrazem na to, že člověk své halucinace většinou považuje za reálné, a je těžké ho přesvědčit o opaku, protože on je prožívá.

Jako další typické příznaky schizofrenie jsou uvedeny poruchy pozornosti. „Člověk trpící psychózou mnohdy nedokáže rozlišovat podstatné informace od nepodstatných. Jako by mu v hlavě zmizel nějaký „filtr“, který normálně potlačuje vedlejší vjemy a myšlenky. Dotyčný se pak nemůže soustředit, protože má hlavu plnou nadbytečných vjemů a informací, v kterých se nedokáže orientovat.“ Jako zatížení filtru je prezentována i příčina psychotických onemocnění materiálem Cesta. Zde se opět používá tabule s „panem Dopaminem“, která je mezi účastníky psychoedukace oblíbená.

„Dalším častým příznakem je oslabení či ztráta vůle, kdy pacientovi činí potíže se o něčem rozhodnout něco si naplánovat, něco udělat. Dotyčný pak ztrácí zájem o věci, stahuje se do sebe. Nejde však o lenost či zlou vůli. Jde o stejný projev nemoci jako jsou například bludy či halucinace.“ K reflexi toho, jaké psychotické příznaky účastníci psychoedukace zažili, slouží pracovní list, kde si mohou účastníci v minulosti prožité příznaky označit a pak je případně sdílet s ostatními. Nebo jsou opět používány kartičky z materiálu Cesta a nebo se nad příznaky vede pouze rozhovor. Bylo pozorováno, že některým pacientům se lépe sdílely negativní příznaky schizofrenie, jako je například oslabení a ztráta vůle nebo také změny nálad a prožívání vůbec. „Někteří jsou depresivní, smutní, plačtiví s pocity méněcennosti, což může vyústit až v sebevražedné tendence. U jiných dochází naopak k projevům mánie, tj. zvýšené aktivitě, nadnesené náladě a nadměrnému sebevědomí. Narušen bývá často kontakt s ostatními, kdy pro nemocného jsou vztahy nadměrnou a ohrožující zátěží. Nemocný se často od ostatních izoluje.“ Situace, kdy je snazší s ostatními sdílet negativní příznaky než pozitivní (bludy a halucinace) je interpretována tak, že jsou většinou tyto příznaky lépe přístupné paměti, méně nápadné pro okolí a snáze sdělitelné samy o sobě.

Téma příznaků psychotických onemocnění je mezi psychology celkem populární, protože je přímo asociováno s prevencí relapsu.

„...pak pracujeme s varovnými příznaky. Takovýto, aby se ty lidi naučili být vnímavější k tomu, co se děje před floridní fází, aby uměli včas si říct o pomoc, aby uměli přijít třeba do nemocnice nebo k tomu ambulantnímu psychiatrovi dřív, než propukne floridní fáze. A to si myslím, že je zase hrozně užitečná věc, o který ty lidi pak reflektují. Tak pacientka například slyší hlasy a ví, že to je relaps a volá hned na centrální příjem. Je to lepší, protože ona pak v té nemocnici stráví třeba jenom 3 týdny, protože přišla včas, protože medikace

zafunguje rychle. A nenatropí žádný destruktivní věci ve svém osobním životě pod vlivem floridní psychózy. Takže za mě prostě dobrý výsledek.“

5.3.6 Relaps při psychotickém onemocnění

Tento modul se zaměřuje na důležitost prevence relapsů, která zahrnuje spolupráci pacienta, rodiny a lékařů. Čím častěji se relapsy opakují, tím horší je prognóza onemocnění. Také se snaží o destigmatizaci opětovného přijetí do léčby, když připomíná, že relapsy jsou běžné, ale s adekvátní léčbou a podporou je možné je zvládat a žít plnohodnotný život.

Jako první bod z hlediska prevence relapsu je zdůrazněno užívání léků dle pokynu lékaře. Dále zapojení se do individuální a skupinové psychoterapie, která má pomoci pochopit nemoc a převzít zodpovědnost za léčbu. Opět se hovoří o zátěži stresem a všímavosti vůči varovným příznakům. Naopak není doporučeno hledat alternativní léčbu (např. akupunktura) a užívání drog a alkoholu.

Varovné příznaky sledované v souvislosti s prevencí relapsu:

- bezdůvodný pocit nepohody, napětí či nervozity
- nadměrné vzrušení, podrážděnost a popudlivost
- nesoustředěnost, zhoršení paměti, roztržitost
- problémy s jídlom
- zhoršená spolupráce v léčbě
- nespavost, ale někdy také příliš mnoho spánku
- uzavírání se do sebe a sociální stažení, snížený zájem o kontakt s přáteli
- pocit vnitřního neklidu
- smutek, deprese a úzkost
- podivnosti v chování
- pocit, že druzí o vás hovoří, nebo si vás nadměrně všímají
- pocit, že druzí si z vás dělají legraci, zesměšňují vás
- slyšení hlasů, zrakové přeludy
- pocit, že v televizi, rozhlase, novinách jsou náznaky, které se vás týkají
- pocit neschopnosti a beznaděje
- nadměrná váhavost týkající se banalit

- neobvyklé zaujetí jen jednou nebo dvěma věcmi
- nadměrné zaujetí abstraktními náboženskými tématy nebo filozofii, ezoterikou

5.3.7 Krizový plán

Na rozpoznávání varovných příznaků může přímo navazovat tvorba krizového plánu.

Tvorba krizového plánu má opět přímo vazbu na jeden z cílů psychoedukace: prevenci relapsu.

„Pacienti dostali do rukou takovou kartičku, kterou si složili a kam si vypsali nejenom třeba ty své varovné příznaky, ale vypsali si tam i takové praktické věci jako telefon na svého ambulantního psychiatra, vypsali si tam třeba to, kdo je člověk, kterému důvěřuji teď, když jsem v nemocnici, jsem zamedikovaný. A že můžu třeba svojí mámě důvěřovat a že je docela dobře možné, že když budu zase ve floridní fázi, tak budu mít pocit, že nemůžu věřit nikomu. Takže můžou vzít tu kartičku a říct si, jo, tohle je taková moje zpráva z minulosti. Tohle jsem já sám sobě vzkázal. Tady tomu člověku můžu důvěřovat. Ta nemoc mě prostě tu důvěru narušuje, ale já vím, že tohle si můžu troufnout.“

Obrázek č.1 Ukázka krizového plánu (první strana)

Časné varovné příznaky relapsu

Obecné	Individuální
<ul style="list-style-type: none"> • Nespavost • Nesoustředěnost • Nervozita • Netrpělivost • Pocit, že jsem zesměšňován/a • Pocit, že jsem středem zájmu • Zhoršení paměti • Nechutenství • Ztráta zájmu o společenský kontakt 	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; min-height: 200px;"> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> </div>

Obrázek č.2 Ukázka krizového plánu (druhá strana)

SPOLEČNÝ KRIZOVÝ PLÁN

Co dělat, když rozpoznáme časné varovné příznaky:

- Svěřte se blízké osobě
- Omezte stresující činnosti
- Přísněji dodržujte denní režim (vstávání v pravidelnou hodinu apod.)
- Zavolejte svému psychiatrovi
- Zavolejte do krizového centra
- Dostavte se osobně do krizového centra
- Zavolejte pohotovost

(Zdroj: zkoumaný terén)

5.3.8 Psychohygienu a zdravý životní styl

Psychoedukační skupiny související s psychohygienou a zdravým životním stylem se týkají hlavně stravy a spánku. Opět se tomuto tématu může věnovat více skupin.

„Modul taky vlastně přidanej postupem času, kterej byl víc zaměřenej na takovej jako zdavej životní styl, kdy jsme se bavili nejenom o tom, že je potřeba užívat léky a podobně, ale i o tom jak ještě třeba můžou líp pracovat s jídelníčkem.“

Mezi pacienty se může například vytvářet přesvědčení, že tloustnutí během léčby je vedlejší účinek užívání antipsychotik. Proto je v rámci tohoto modulu připomínáno, že se nepřibírá na váze nikdy z léků, ale vždycky jedině z jídla, léky mohou zvyšovat pocit chuti na jídlo. Následně jsou probírána témata jako například výživová pyramida.

Témata související s psychohygienou a zdravým životním stylem:

- Cirkadiální rytmy a spánek.
- Volnočasové aktivity a organizace volného času.
- Možnosti a strategie z hlediska návratu do pracovního života.

- Bydlení
- Pohyb v rámci sociálních sítí a internetu.
- Do jaké míry a jak mluvit o diagnóze s okolím.

Téma zdravého životního stylu je psychology vnímáno jako méně zahrnující, protože se vztahuje k prostředí mimo nemocnici a nemá tak patrný vztah k léčbě, jako například medikace.

„Jo, někdy může být těžký, když máš jako různé pacienty v různé fázi nemoci, vybrat to téma tak, aby bylo pro všechny dostatečně zajímavý a zároveň třeba nebylo moc stresující, že pak je třeba dobrý jít přes nějaký fakt jako zdravý životní styl a něco takového. Než jít třeba rovnou na varovný příznaky a na léky a podobně.“

5.3.9 Medikace

Tato skupina musí být plánována dopředu, protože účastníci psychoedukace jsou vyzváni, aby si nechali od svého lékaře napsat na lísteček názvy léků, které aktuálně užívají. Tyto psychoedukační skupiny se pak věnují konkrétním vedlejším účinkům těchto léků.

V rámci psychoedukačních skupin přímo se věnujících medikaci se hovoří i o obecném principu fungování antipsychotik. V tom tato skupina není nepodobná skupině, kdy je vysvětlován mechanismus vzniku psychotických onemocnění prostřednictvím „pana Dopamina“. I zde je používáno hned několik tabulí z psychoedukačního programu Cesta. Některé se týkají mechanismu fungování antipsychotik, jiné životních situací, které v souvislosti s užíváním léků mohou nastat. Většinou se jedná o situace, kdy postava na obrázku zapomene užít své léky nebo je někde nechá při cestování a účastníci psychoedukace potom společně debatují nad vhodným řešením situace.

Skupiny o medikaci jsou zařazovány až v situaci, kdy již byli účastníci skupiny seznámeni s mechanismem onemocnění. Psychoedukační skupiny o medikaci jsou zároveň považovány „za jednu z těch čistě edukačních skupin“ a zároveň za takové téma, které zprostředkovaně přímo podporuje komunikaci pacient-lékař.

„Když máme skupinu o medikaci, to je třeba jedna z těch, která je vyloženě edukační, ale zařazujeme ji až spíše ke konci, až když to dopadá na úrodnou půdu. Když už jsou pacienti tomu otevřený. To mi je vyzvěme, aby se lékaři ptali, jaké léky berou, jak fungují, jak

dlouho je budou brát a tak dále. A když už oni porozumějí té podstatě, co ty léky dělají, tak o to víc se tady těch lékařů ptají a ti lékaři jsou jako vždycky otevřený jim to sdělovat. Jak to je, co očekávat, co tam je za možnosti. Otevíráme i témata vedlejších účinků, aby tomu rozuměli, aby o tom komunikovali a tak dále.“

5.3.10 Psychotická onemocnění a rodina

Pacienti mohou v rámci psychoedukačních skupin hovořit také o své rodině, ale toto téma je zpracováno v interních materiálech určených především pro psychoedukaci rodiny pacienta. Materiál začíná informací, že až 70 % pacientů s psychózou žije se svými příbuznými, kteří na ně mohou mít významný vliv.

Existují dva nevhodné přístupy k pacientům. Prvním je kritický přístup, který je založen na obviňování pacienta z chování, které vyplývá z nemoci, což následně vede k izolaci a zhoršení pacientova stavu. Druhým nevhodným přístupem je přehnaná ochránářská péče, která zbavuje pacienta vlastní odpovědnosti a brání jeho uzdravení a návratu do normálního života. Tento výukový materiál zdůrazňuje, že psychóza je nemoc, nikoliv chyba, a navrhuje vhodné komunikační přístupy a strategie pro rodinu a blízké při řešení psychózy. Patří mezi ně například: být trpělivý a tolerantní k pacientovi, komunikovat jasně a srozumitelně, nevyvracet bludy a zároveň je nepotvrzovat, podporovat pacientovu sebedůvěru, uvědomovat si varovné příznaky zhoršení, dodržovat léčebný plán, předcházet nedůvěře a strachu respektováním autonomie, nepodceňovat sebevražedné myšlenky, nebagatelizovat stav, neobviňovat, poskytovat pocit bezpečí prostřednictvím stálosti a ujišťování a nabízet emocionální podporu.

Pacienti v psychoedukačních skupinách mohou najít bezpečný prostor pro diskusi o rodinné dynamice a dopadu psychózy na jejich vztahy. Tyto diskuse doplňují informace uvedené v interních rodinných psychoedukačních materiálech. Otevřeným řešením rodinných problémů v rámci skupiny mohou pacienti získat cenné poznatky, mechanismy zvládnání a podporu od vrstevníků, kteří rozumí jejich jedinečným problémům. To posiluje smysl pro komunitu a dává pacientům větší jistotu při zvládnání rodinných interakcí.

5.3.11 Arteterapeutické techniky

Jedná se o několik arteterapeutických technik, které jsou některými psychology zařazovány do programu psychoedukačních skupin. Následně jsou představeny dvě různé techniky, se kterými se ve zkoumaném terénu setkal badatel.

„Vlastně se tam přináší i nějaký další techniky, kdy se můžou vlastně ty osoby trošku podívat na tu svoji nemoc z jinýho úhlu. Mají tam ten odstup vlastně díky nějakému tomu artefaktu, ať už je to nějaký obrázek nebo modelína a tak dál, takže tam na to mají vyhrazený prostor.“

Modelování psychózy

Modelování psychózy je aktivita, kdy je poskytnuté dostatečné množství modelíny a účastníci psychoedukace jsou vyzváni, aby vymodelovali sebe jako postavičku a potom libovolně svoji nemoc, tedy sebe a svoji nemoc. Důležitým bodem v zadání je poznámka, že postavička má stát. Pokud postavička leží, je potom příliš náročná další fáze, kdy se představí výtvar a dál se pracuje s možností změny blízkosti, pozice, dosahu a vlivu a jejich případné změny. Důležitá může být i perspektiva v čase (jak je to teď, jak to může vypadat za rok)

Bezpečné místo

Bezpečné místo je kresebná technika, kdy účastníci kreslí své bezpečné místo na papír barevnými pastelkami. Následně mohou svůj výtvar prezentovat ostatním, ale zůstává jim. Tato technika má jako primární funkci navázání vztahu a uvědomění si toho, že má o ně skupina a psycholog zájem.

„...abychom spíš navodili nějaké jako pocity takového toho fakt jako bezpečí a klidu. A pak si nad tím trošku popovídali. Vím, že na tyhle věci lidi reagují dobře, nebo aspoň teďka mám takovou zkušenost. Takže vlastně si říkám, že to možná občas tak jako prokombinuju spíš, aby si třeba i odpočinuli.“

5.4 Cíle psychoedukace

V tomto oddíle prezentujeme cíle psychoedukace tak, jak je při rozhovorech o své vlastní zkušenosti s poskytováním psychoedukace vnímají psychologové. Zároveň prezentujeme i související principy, které uplatňují při psychoedukační formě práce.

Ze zkušenosti respondentů vyplývá, že v kontextu cílů psychoedukace jsou často konfrontováni se svými ideály a klinická praxe je nutí například neusilovat o kompletní náhled.

„Mám pacienty, který si úplně nemyslej, že mají psychózu a v léčbě přesto spolupracujou.“

Cílem psychoedukace je pomoci pacientům se schizofrenií porozumět své nemoci, zvládat její symptomy a žít plnohodnotný a smysluplný život. Přístup k naplňování tohoto cíle ve zkoumaném terénu by se dal shrnout slovy: *„předat pacientům otevřeně o té nemoci co nejvíc toho, co o ní vím já.“*

V předchozích částech této kapitoly jsme již narazili na pojem *„čistá edukace“*. Úmyslná kontaminace čisté edukace prvky psychoterapie a arteterapie souvisí s tím, jak psychologové v terénu vnímají cíl psychoedukace. Cílem totiž není pouhé sdělování informací, ale také to, aby slovy jedné respondentky *„padly na úrodnou půdu“*; tedy cílem je také alespoň bazální garance toho, že účastníci psychoedukace předávané informace přijmou, pochopí a následně je i aplikují v rámci léčby i v osobním životě.

Cíle psychoedukace jsou tedy následně děleny na dvě oblasti:

- Cíle psychoedukace, které se bezprostředně týkají průběhu léčby nebo jsou vztaženy k následné léčbě (například v rámci ambulantního zařízení), ale mají jasnou vazbu na zdravotnictví. Tento cíl je naplňován prostřednictvím informací o onemocnění a jeho léčbě, které se vztahují k odborné terminologii.
- Cíle psychoedukace, které jsou s léčbou propojeny nepřímou a týkají se tedy spíše osobního života pacienta. Tento cíl je naplňován prostřednictvím informací o onemocnění a jeho léčbě, které se vztahují k zdravému životnímu stylu a sociálním faktorům.

5.4.1 Učení se odborným pojmům

Cíle psychoedukace z této oblasti se řídí heslem, že *„zvýšení porozumění zvyšuje dorozumění“*, tedy že díky lepšímu porozumění příznakům onemocnění se také zvyšuje dorozumění se zdravotnickým personálem, což celkově zvyšuje šanci na úspěšnou léčbu.

Faktory posilující spolupráci v léčbě:

- 1) Dorozumění se s psychiatrem (porozumění odbornému jazyku psychiatra).
- 2) Užívání psychofarmak (porozumění mechanismu léků a jejich výhodám a nevýhodám).
- 3) Posílení kompetencí pro prevenci relapsu (porozumění varovným příznakům a výhodám včasné hospitalizace).

Všechny tyto body mají i svou kontroverzní povahu. Například někteří respondenti, kteří zprostředkovávají psychoedukaci, mají pocit, že stále někteří psychiatři nepodporují zásadní princip psychoedukace, který spočívá v tom, že pacient by měl rozumět odbornému jazyku lékaře, zvláště potom pokud se odborné výrazy týkají diagnózy, která zásadně zasahuje do života člověka. Nutno dodat, že tento přístup se z pohledu respondentů rozhodně netýká všech, naopak mají i řadu pozitivních zkušeností, kdy ambulantní psychiatři oceňují, že pacient rozumí mechanismům vlastního onemocnění.

„Rozhodně ne všichni, ale některým ambulantům se nelíbí, že tady pacienty učíme třeba co je to relaps. My je to učíme, aby to i u sebe rozpoznali a aby těm ambulantům rozuměli, ale někteří ambulantí pak mají pocit, že jim tím snižujeme jejich odbornost. Zvláště potom když se jedná a děti a oni nejsou zvyklí brát děti jako rovnocenné partnery. Ale určitě to takhle nemají všichni psychiatři, to ne.“

Psychoedukační materiály používané v terénu jsou postaveny tak, aby srozumitelně představily mechanismus fungování antipsychotik a prostřednictvím porozumění tomuto mechanismu pak posílili důvěru pacientů ve farmakologickou léčbu. Z léků se tak totiž nestává pouze záhadná chemie, ale okem neviditelné procesy, které se s léky odehrávají v těle pacienta, se zhmotňují do mentálních reprezentací s vizuální oporou obrázkových psychoedukačních materiálů. Téma užívání léků při léčbě psychotických onemocnění má velkou váhu, i tak může být nedůvěra ve farmakologickou léčbu silná. Důvodem bývají vedlejší příznaky, která mohou subjektivně zvyšovat pocit únavy nebo chuť k jídlu, a tak výrazně ovlivňovat každodenní život pacienta.

„Často je to o tom, že no, sice mi pomohly léky, ale já jim stejně moc nevěřím. Takže o takovém tom opakování, že ten efekt tam byl, ale že se mi fakt nechce tu chemii brát a třeba se mi nelíbí, že jsem unavenej nebo že mám chuť k jídlu a tloustnu. Opakovaně se vrací

k tomu, jestli jsou ty léky zisky nebo ztráty, protože pro některý ty lidi ta léčba jako taková má prostě víc ztrát než zisků. Jo, protože třeba na ty hlasy nezafunguje úplně, takže nějaký hlasy zůstanou nebo nějaké úzkosti zůstanou.“

Paradox při léčbě psychotických onemocnění je ten, že cílem nejsou opakované rehospitalizace, ale ideální situace je taková, kdy pacient v běžném životě své onemocnění zvládá a nemusí se vracet do léčby v rámci lůžkové péče zdravotnického zařízení. Jenže relaps je situace, která se při psychotických onemocněních vyskytuje a potom může lůžková péče člověku ve floridní fázi psychotického onemocnění nabídnout především bezpečí a rychlé zaléčení výrazných pozitivních psychotických příznaků. Cílem psychoedukace tedy zároveň je i není rehospitalizace. V ideálním případě by k rehospitalizace nedocházelo, zároveň při včasném podchycení varovných příznaků může být následná hospitalizace velmi krátká. Proto jsou pacienti učeni, jak poznat varovné příznaky onemocnění, nebo si sestavují krizový plán. Jednou z kompetencí pro prevenci relapsu je včasná hospitalizace. Dalšími kompetencemi, které souvisejí s prevencí relapsu a netýkají se rehospitalizace, jsou již kompetence, které se týkají zdravého životního stylu a funkčních osobních a rodinných vztahů.

5.4.2 Zlepšení životní spokojenosti

„Já říkám pacientům, že nejlepší prevence proti psychóze je spokojenost.“

Zkoumaná podoba psychoedukace se sice odehrává v rámci lůžkové péče psychiatrické nemocnice, zároveň však počítá s tím, že hospitalizace je ideálně jen krátké období v pacientově životě a psychoedukace tedy musí mířit na oblasti, které přímo nesouvisejí ani s hospitalizací, ani s následnou ambulantní léčbou. Tento cíl psychoedukace spočívá v tom, aby člověka vybavil pro budoucnost.

„Můj cíl psychoedukace je vybavit je nějakými dovednostmi, případně nějakými schopnostmi a radami, aby pro ně ten následnej život potom co odsad' odejdou, tak aby byl pro ně snazší a aby měli tu nemoc pod kontrolou a ne aby je kontrolovala ta nemoc.“

Oblasti, na které cílí psychoedukace směřující ke každodenním kompetencím:

- 1) Zdravý životní styl (posílení kompetencí, které souvisejí primárně se spánkem, stravováním a obecně s péčí o sebe a organizací volného a pracovního času).

- 2) Vztahy (posílení sociálních dovedností a motivace ke zlepšení osobních vztahů)
- 3) Sebepoznání (posílení sebeuvědomění a vědomí si sebe sama v kontextu psychotického onemocnění).

Zdravý životní styl je téma, které je ideální pro skupinovou psychoedukaci. Jedná se totiž o příliš nezátěžující téma, takže pro účastníky psychoedukace může být bezpečnější sdílet s ostatními své osobní zkušenosti s tím, co mají rádi k jídlu nebo jak rádi tráví volný čas. Zároveň si mohou být vzájemně inspirací. Posilování motivace k rozvoji osobních vztahů může být i nepřímo v rámci skupiny, kdy díky pozitivní sociální zkušenosti mohou účastníci získat větší sebedůvěru. Stejně tak hraje v oblasti navazování vztahů důležitou roli bezpečný vztah, který pacient navazuje s psychologem. Typickou formou psychoedukace pro tuto oblast je však rodinná psychoedukace. Zodpovědnost za své osobní a rodinné vztahy totiž nenese jenom jedinec, ale všichni zúčastnění komunikační partneri.

„Já chci vždycky rodinu vidět alespoň jednou za tu hospitalizaci, protože to mi často i pomůže lépe porozumět situaci toho člověka. A on je potom i třeba rád, že někdo viděl, že to s těmi rodinnými vztahy opravdu nemá jednoduchý. Ti pacienti jsou za to hrozně rádi, že to vůbec někdo pojmenuje to, co se tam děje, protože když je to pojmenovaný, tak oni s tím sami můžou líp pracovat a je to posílí v tom, že to cítí dobře. Takže i tím, jako děláme vlastně velké spojenectví s těma pacientama, ale ne proti rodině, ale vlastně aby v té rodině mohli existovat. Pro ně je důležité to, že to někdo vidí, co se tam děje.“

Sebepoznání může být vnímáno jako cíl, který již výrazně hraničí s cíli psychoterapie. Pokud se však tato oblast pojmenuje jako „učení se o své vlastní osobě a o svém vlastním životě“, narážíme potom zpátky na typickou doménu psychoedukace – učení. Sebepoznání v rámci psychoedukace je postaveno primárně na uvědomění si principu, že jedinec jako osoba má vliv na události ve svém životě, i když třeba jen malý a nepřímý.

„Nejdůležitější je vůbec to, aby k pacientovi dolehlo, že ta podstata je, že to onemocnění nějakým způsobem nepřišlo jako chřipka; že jsou tam velký souvislosti s tím, jak žijeme, s naší psychikou a tak dále. Tím pádem, že jsou tam ty souvislosti, tak trošku potřebujeme nahlídnout na ty souvislosti a zaměřit se na to, co my sami můžeme ovlivnit, aby ta léčba pak měla smysl, aby skutečně zlepšovala kvalitu života.“

Cílem psychoedukace je tedy dle psychologů pomoc pacientům se schizofrenií nejen porozumět své nemoci a zvládat symptomy, ale také pomoci jim žít plnohodnotný a smysluplný život. Psychoedukace by měla vybavit pacienty dovednostmi pro zvládání života mimo nemocnici. Zdravý životní styl, vztahy a sebepoznání jsou klíčové oblasti pro zlepšení kvality života. Sebeoznání v psychoedukaci se zaměřuje na uvědomění si vlastního vlivu na životní události.

5.5 Nároky psychoedukace na psychologa

Ze zkušenosti participantů vyplývá, že komplexní psychoedukační situace může vytvářet řadu požadavků na jejího zprostředkovatele (v případě tohoto výzkumu na psychologa). Řada z těchto nároků není nepodobná popisovaným nárokům na terapeuta při psychoterapii psychotických onemocnění. Opět zde narážíme na souběh těchto dvou přístupů. Psycholog musí být schopen vytvořit bezpečné a podporující prostředí, ve kterém se pacienti cítí komfortně při sdílení svých zkušeností a kladení otázek. Zprostředkovatel také musí umět prezentovat informace jasným a srozumitelným způsobem a přizpůsobit svůj přístup individuálním potřebám posluchačů. Nároky z této oblasti zase nejsou nepodobné nárokům na pedagoga. Při analýze dat tedy byly identifikovány a následně prezentovány nároky na psychologa, který poskytuje psychoedukaci pacientům se schizofrenií. V některých případech se tyto nároky mohou nacházet i u jiných forem intervence, zde však prezentují osobní zkušenosti respondentů, neboli představují výzkumníkovu interpretaci zkoumaného terénu z hlediska nároků psychoedukace na psychologa.

5.5.1 Zodpovědnost za realitu

Psychotická onemocnění jsou z podstaty definována jako narušený kontakt s realitou. Informace, které jsou v rámci psychoedukace předávány, jsou produktem kulturně sdílených přesvědčení a lékařské terminologie. Psychologem jsou tyto informace považovány za reálné, ale na straně osoby s psychotickým onemocněním tomu tak být nemusí. Jak bylo řečeno, kompletní náhled na onemocnění není psychology považován za nutný cíl psychoedukace, protože pacient může spolupracovat v léčbě i bez náhledu. Zároveň je

alespoň základní náhled na onemocnění podmínkou pro zařazení do psychoedukačních skupin.

Psycholog tedy při psychoedukaci reprezentuje kulturně sdílenou realitu a zdravotnický diskurs. Jeho úlohou není vyvracet bludná přesvědčení a zneklidňovat pacienty tím, že se s nimi bude hádat, co je a co není realita. Psycholog stabilně nabízí svůj názor a pohled na realitu, zároveň však respektuje, když s ním pacient tyto názory nesdílí.

„Na jiných skupinách je důležité, aby ten terapeut byl alespoň trochu součástí té skupiny, aby byl částečně členem té skupiny, což za mě úplně na té psychotické skupině nejde, protože to by tam nikdo nedržel realitu. To jde chvíli vždycky, ale musím se vrátit, vrátit se do té reality.“

Zodpovědnost za realitu celkově umocňuje pocit zodpovědnosti, který zažívá psycholog, který pracuje s psychotickými onemocněními.

„Já osobně to teda vnímám, jako že mám fakt jako vyšší zodpovědnost za toho pacienta a za to, co s ním ta moje práce dělá. Odpovědnost nesete samozřejmě vždycky, ale tady je to prostě patrnější.“

Nabídka vlastní stability a struktury

Je to právě vlastní stabilita a nabídka vlastní struktury, která má pro osoby s psychotickým onemocněním pozitivní účinek. Aby mohl být psycholog jak stabilní v realitě, tak ve vlastní sebe prezentaci, je v rámci práce s psychotickými onemocněními zvýšen nárok na autenticitu a vlastně kvalitativně jiný přístup k autenticitě v rámci sebe prezentace, než jaký v rámci udržování hranic profesního vztahu udržují psychologové při práci s osobami s odlišnou diagnózou. Při práci s psychotickým onemocněním je důležitější být opravdový a ztělesňovat tak realitu, než udržovat profesionálně distancovanou tvář odborníka.

„Moje zkušenost je taková, že ve vztahu s psychotickým pacientem jsem asi víc jako autentická. Ne že bych nebyla autentická s nepsychotickým pacientem, ale někdy třeba ... řeknu příklad: někdy třeba psychotický pacient chce vědět, jestli mám děti. No a to kdyby se mě ptal pacient s nějakými třeba neurotickými potížemi, tak úplně ne vždycky mu odpovím. Zeptám se třeba proč to potřebuje vědět. Mám pocit, že psychotický pacient nějak víc potřebuje se o mně někdy dozvědět nějaký věci právě proto, aby ke mně mohl mít důvěru.“

Ne, vůbec ho nebudu vystavovat takovému stresu a ptát se ho proč on to potřebuje vědět. Prostě to potřebuje vědět a já mu tu informaci dám. To je to, co mám na mysli, když říkám, že jsem víc autentická, že jsem nějakým způsobem tomu člověku víc k dispozici. Můžu mu nabídnout svoji strukturu, aby mohl vůbec začít pracovat na nějakém společenství.“

Samozřejmě že i vztah mezi psychologem a osobou s psychotickým onemocněním má své hranice, důraz se ale klade na to, aby se psycholog sebezpřezentoval jako reálný člověk včetně vlastních chyb.

„Ale když bych byla moc sebejistá, tak se úplně vyčleňuji v tý skupině, tak tam pomalu sedím jako na nějakém trůně, a to mi přijde jako blbost. Musím tam být sama za sebe jako normálně chybující člověk.“

Protektivním faktorem a oporou psychologovi i pacientům v rámci psychoedukačních skupin může být i strukturovanost samotné skupiny. Psychologové preferují, aby témata, která se v rámci psychoedukace probírají, přicházela od pacientů, zároveň klasický formát psychoedukace nabízí strukturovanou oporu, která kontakt s realitou ulehčuje všem zúčastněným.

„Někdy přináší jako nějaký témata, ale vždycky je fajn, aby tam bylo něco, čeho se oni můžou jakoby chytit, aby to pro ně bylo nějak jakoby snazší, protože často že jo, když právě jsou zavalení těmi svými prožitky a pocity nebo naopak mívají takovou jako prázdnotu, tak je pro ně těžké třeba s něčím jako přijít.“

5.5.2 Tlumočnictví

Tento aspekt se týká primárně skupinové práce. Při práci s osobami s jinými psychickými diagnózami je kladen důraz na to, aby psycholog v rámci skupiny upozadoval svou autoritu a pouze spoluutvářel skupinovou dynamiku. Ve skupinové práci s osobami s psychotickým onemocněním ale psycholog zastává mnohem aktivnější roli, i když zase menší než například na skupinách sociálních nácviků. Psycholog zde také předává informace a (jak již bylo řečeno) je to hlavně on, kdo strukturuje náplň skupinového dění. Zároveň však nenutí osoby s psychotickým onemocněním, aby nutně reagovali na ostatní a sociálními interakcemi je nadměru nezatěžuje. Proto někdy zastává i aktivní roli tlumočnicka, která je pro práci s psychotickým onemocněním specifická.

„Nenutím pacienta, aby se ostatních ptal, jestli s tím mají zkušenost. To je náročné, to nemusí pacient zvládnout. Já ale můžu udělat to, že nechám jedince, aby to řekl v rámci skupiny mně, a pak já to zopakuji a zeptám se ostatních za něj, jestli s tím mají zkušenost, a pak dostane vlastně ten jedinec cennou zpětnou vazbu tímhle způsobem, že ostatní řeknou že to třeba taky znají a že zažili něco podobného. Myslím si, že vlastně to je možná i způsob, jak já to tomu jedinci takhle tu zkušenost zprostředkuji.“

Tato tlumočnická role je taky dána tím, co psychologové pojmenovávají jako upřenější pozornost pacientů na psychologa a menší tendenci reagovat napřímo na další pacienty.

„Prostě oči psychotiků jsou na vás jako víc upřeny, no, víc vás jako pozorují.“

Větší nárok na direktivitu může být většinou respondentů vnímán jako zátěžový, protože jim vzhledem k jejich psychotherapeutickému zaměření není direktivní přístup blízký.

„Tak můj ideál by bylo, kdybych jako nadnesla téma, což se daří málokdy, že nadnesu téma a ti pacienti se toho chytanou a začnou poskytovat jakoby v podstatě vlastní informace k tomu. Ale většinou si myslím, že to máme tak jako půl na půl. Já nepřinesu téma, třeba poruchy vnímání, my si projdeme ty informace a já se teda zeptám se na ty hlasy a teďka oni začnou každé říkat, co zažili a jaký druhy třeba těch halucinací měli. A je pro mě příjemnější, když ty pacienti si to řeknou sami, protože je to pro ně uvěřitelnější.“

Nárok na aktivitu a tlumočnickví psychologa je ale hodně dán i tím, že práce s psychotickým onemocněním neposkytuje prostor pro práci s tichem.

„U těch psychotiků obecně hodně platí, že ta větší vlastně aktivita jakoby leží na nás oproti třeba jiným pacientům. Ty ostatní se snažíme hodně jako aktivizovat. Hodně je podporujeme v tom, aby byly fakt jako oni sami aktivní, oni sami jakoby hybatelem toho svého života. A tam je taky ten rozdíl daný v tom, že oni špatně tolerují mlčení, který v nich vzbuzuje napětí, úzkost a nejistotu. Celý to řízení je pak na tom terapeutovi, který musí citlivě prostě ten čas strukturovat, být víc aktivní, načínat ty témata, uvádět různé příklady, ke kterým se ostatní pak můžou připojit.“

Proto je nutné se tomuto nároku podřídit s cílem toho, aby se účastníci psychoedukace cítili v bezpečí.

5.5.3 Naděje v psychoedukační proces

„Pokud my v rámci psychoedukace máme předávat naději, tak ale tu naději musíme taky sami zažívat.“

Strukturované psychoedukační materiály mohou být skvělou oporou, zároveň stále se opakující témata mohou v rámci psychoedukačního procesu působit stereotypně. Tento další nárok na psychologa při práci s psychotickým onemocněním spočívá v tom, že psycholog musí být trpělivý a mít skutečný zájem o osoby s psychotickým onemocněním aby mohl být v rámci psychoedukačního procesu autentický.

Psychoedukace při onemocnění psychózou klade tedy i jistý nárok na osobnostní nastavení psychologa. Protektivním faktorem je otevřenost ke stálé obměně a vývoji programu psychoedukace. Samozřejmě nelze měnit faktický obsah představený v oddíle 5.3 (Obsah psychoedukace), do psychoedukace se ale dají zahrnovat různé techniky a materiály a psycholog může být otevřený novým poznatkům a přístupům, i kdyby měl měnit jen malé detaily.

„Něco jsem přidala, něco jsem třeba rozdělila jinak, ale to jsou prostě maličkosti. To je opravdu už spíš takový to, že člověk si tu edukaci přizpůsobí jako do své pusy, když to tak řeknu.“

To, co respondenti nazývají jako čistá psychoedukace, je pro některé psychology dostačující.

„Pamatuju si, že jsme tady měli jednu stážistku, a ta se mě po psychoedukační skupině zeptala: Jako to bylo všechno? Jako jste s nima dělala jenom tohleto? Mně přijde, že tady opravdu stačí dělat i malé krůčky.“

Jiní psychologové ale mají pocit, že čisté předávání informací se májí účinkem, a proto u nich ani není motivace dělat „čistou psychoedukaci“ a zahrnují do komplexního psychoedukačního přístupu i práci s emocemi nebo arteterapeutické techniky a dávají v rámci psychoedukace větší prostor rozvoji vztahu a bezpečí.

Relaps jako nežádoucí stav nebo jako součást onemocnění?

Relaps je u schizofrenie běžný, přesto může vytvářet zátěž z hlediska naděje jak na psychologa, tak na pacienta. Psychoedukace může pacientům pomoci snížit riziko relapsu a naučit je zvládat symptomy, pokud se objeví. Bylo by nerealistické slibovat, že

psychoedukace sníží riziko relapsu na nula. V psychoedukaci je důležité nesledovat jenom krátkodobý cíl zmírnění úzkosti a z dlouhodobého hlediska nebrat naději nereálnými sliby.

„I účinná psychoedukace nemá sama o sobě šanci zabránit relapsu.“

Naději v uzdravení stejně tak může bránit zatěžování příliš velkým množstvím negativních informací o onemocnění. Psychologové musí neustále hledat balanc mezi vytvářením realistických očekávání a udržováním naděje.

Někteří psychologové jsou s relapsy u psychotických onemocnění smířeni, protože je berou jako přirozenou součást průběhu nemoci. Za cíl si potom také kladou přenést tento přístup na pacienty, aby u nich relaps zbytečně nevytvářel pocit selhání. Pro některé psychology je ale téma relapsu zátěží, protože zažívají pocit lítosti, když se pacienti vracejí do hospitalizace.

„Dřív jsem z toho byla zklamaná, bylo mi líto těch lidí. Přála jsem jim, aby se sem nemuseli vracet. Ale hodně s tím pracuji v rámci psychoedukace, že relaps nebo readmise není prohra, a že tady mají dveře otevřené a my se na ně nebudeme koukat skrz prsty, protože se jim vrátila psychotická epizoda.“

„Myslím, že člověk si nesmí u toho dávat jako zas tak velký očekávání, protože samozřejmě v nějakým ideálním světě by to asi vypadalo trošku jako jinak. Velká očekávání jsou nejlepší cesta k vyhoření.“

6 Výsledná definice a teorie psychoedukace

V této kapitole jsou shrnuta výsledná zjištění realizovaného výzkumu. Tato kapitola prezentací výsledků výzkumu zodpovídá třetí a čtvrtou výzkumnou otázku:

3. Jak by vypadala definice psychoedukace pacientů se schizofrenií, která by postihovala i účinné faktory psychoedukace, kdyby ji měli definovat odborníci, kteří se jí v úzce vymezeném kontextu psychiatrické nemocnice dlouhodobě věnují?
4. Jak by vypadala teorie procesu psychoedukace v tomto výzkumném prostředí?

Tematická analýza nám nabídla možnost lépe si představit, jak vypadá proces psychoedukace ve zkoumaném terénu, zároveň tematická analýza potřebuje k prezentaci výsledků poměrně hodně prostoru. Tato kapitola představuje stručnější ale zastřešující prezentaci výsledků celého výzkumu při využití veškerých nasbíraných dat s oporou ve vizualizaci a strukturovanější úpravě textu.

Veškeré prezentované obrázky v kapitole 6 přímo vychází z dat výzkumu a byly vytvořeny v aplikaci Microsoft Excel. Zdroj obrázků číslo tři až osm je tedy vlastní. Obrázky slouží k přehlednější výsledné teorie psychoedukačního procesu.

6.1 Souhrnná definice psychoedukace

V následující části práce bude prezentována konceptuální definice psychoedukace na základě devíti polostrukturovaných rozhovorů. Celkově se touto kapitolou snažíme dát psychoedukaci formu a význam a interpretovat tento koncept v pomoci sebraných a analyzovaných dat.

Z analýzy devíti polostrukturovaných rozhovorů vyplývá, že psychoedukace je komplexní proces zaměřený na podporu pacientů s duševním onemocněním. V procesu psychoedukace je důležitá trpělivost, akceptující přístup a srozumitelné podávání informací. Cílem psychoedukace je dát pacientům nástroje pro zvládnání jejich onemocnění a žití smysluplného a plnohodnotného života. Psychoedukace probíhá v různých formách, a to jak individuálně nebo v rámci skupiny dalších pacientů, tak i v rámci jejich širšího okolí (rodina, přátelé).

Psychoedukace je z pohledu respondentů nedílnou součástí komplexní péče o pacienty s psychotickým onemocněním a hraje klíčovou roli v jejich uzdravení a dosažení

plnohodnotného života. Dále bude psychoedukace definována prostřednictvím svých cílů, účinných faktorů a klíčových aspektů.

Cíle psychoedukace

Poskytnout informace:

- Srozumitelné informace o psychotickém onemocnění, jeho příznacích, průběhu a možnostech léčby.
- Odborné termíny a jejich význam pro život pacienta.
- Informace o varovných signálech relapsu a preventivních opatřeních.

Podporovat porozumění:

- Pomocť pacientům porozumět jejich vlastnímu onemocnění a jeho dopadu na jejich život.
- Identifikovat spouštěče symptomů a rozvíjet mechanismy zvládnání.
- Zvýšit povědomí o povaze duševních poruch a jejich běžném výskytu.

Posilovat kompetence:

- Uschopnit pacienty aktivně se podílet na léčbě a péči o sebe sama.
- Naučit je dovednosti pro zvládnání stresu a budování zdravého životního stylu.
- Zvýšit jejich sebevědomí a posílit jejich schopnost rozhodovat se o sobě.

Zmírnit úzkost a stigmata:

- Vytvořit bezpečné a podporující prostředí pro sdílení zkušeností a otázek.
- Poskytnout informace o dostupných zdrojích podpory a pomoci.
- Podporovat kontakt s lidmi v podobné situaci a budovat podpůrné sítě.

Zlepšit kvalitu života:

- Podporovat pacienty v reintegraci do běžného života.
- Posilovat jejich sociální vazby a napomáhat k dosažení jejich osobních cílů.
- Zvýšit jejich celkovou spokojenost s životem a duševní pohodu.

Účinné faktory psychoedukace:

Vztahy a budování důvěry:

Vytvoření bezpečného a důvěryhodného prostředí je nezbytné pro pacienty, aby se cítili komfortně a otevřeně sdíleli své zkušenosti. Informace mohou být přijímány jen od toho, o kom si myslíme, že to s námi myslí dobře. Proto je důležitá trpělivost a empatický přístup psychologa, který buduje vztah založený na vzájemném respektu a porozumění.

Socializace a destigmatizace:

Pocit sounáležitosti s lidmi, kteří sdílí podobné zkušenosti, může pacientům se schizofrenií zmírnit pocity izolace. Skupinové aktivity a sdílení zkušeností v rámci psychoedukace mohou pacientům pomoci rozvíjet sociální dovednosti a navazovat přátelství. Vnímání schizofrenie jako onemocnění, které nepostihlo jen a pouze jediného člověka, ale které s ním sdílí i ostatní, může pacientům usnadnit vyrovnávání se s onemocněním.

Stabilita a kontinuita péče:

Dlouhodobá spolupráce s jedním psychologem umožňuje pacientům budovat důvěru a prohlubovat vzájemný vztah. Tento vztah se může stát oporným bodem v životě pacienta i nově vzniklým vztahovým prototypem, kterým se pacient může inspirovat i ve svých osobních vztazích. Kontinuita péče zajišťuje konzistenci v přístupu a usnadňuje pacientům pochopení a dodržování léčebného plánu. Náhlé střídání psychologů může narušit budovaný vztah a vyvolat u pacientů se schizofrenií nejistotu a úzkost.

Zájem a pochopení pro pacienty:

Psycholog by měl projevovat opravdový zájem o pacienty jako o osoby a ne pouze o jejich diagnózu. Zároveň je znalost problematiky schizofrenie a specifických potřeb pacientů s tímto onemocněním pro efektivní psychoedukaci nezbytná. Psycholog by měl být schopen vcítit se do prožívání pacientů a dávat jim zažít pocit přijetí a respektu i v situacích, kdy s nimi nesouhlasí.

Nácvik dovedností a zvládnání symptomů:

Psychoedukace by měla pacientům zprostředkovat praktické dovednosti a strategie pro zvládnání symptomů schizofrenie a pro zvládnání náročných životních situací, např. nácvik odmítnutí psychoaktivních látek, zvládnání stresu nebo budování zdravého životního stylu a plánování budoucnosti po propuštění z hospitalizace.

Respekt a ocenění pacientů:

Psycholog by měl k pacientům přistupovat s respektem a oceňovat jejich snahu vyrovnávat se s náročným onemocněním. Psychoedukace by měla zdůrazňovat silné stránky pacientů a jejich dosavadní úspěchy v žití s psychózou. Budování pocitu hrdosti a sebeúcty u pacientů je důležité pro jejich motivaci k další léčbě.

Kritický náhled a pochopení onemocnění:

I když kritický náhled na psychózu není vždy možný, psychoedukace by měla pacientům zprostředkovat základní informace o jejich onemocnění. Pochopení příčin, symptomů a průběhu schizofrenie může pacientům zmírnit pocity strachu a nejistoty a usnadnit jim spolupráci v léčbě.

Zmírnění strachu a úzkosti:

Psychoedukace by měla pacientům se schizofrenií zprostředkovat informace o tom, co se s nimi děje, a tím zmírnit jejich pocity strachu a úzkosti. Zkušenost s psychotickým onemocněním může být velmi náročná a pacienti mohou vykazovat znaky traumatu.

Opakování:

Výzkumná zjištění zdůrazňují důležitost opakování informací v psychoedukaci a smysluplnost opětovného zařazování do psychoedukačních skupin. Výzkum pracuje i s konceptem "spirálovitého učení", kdy se pacienti vrací k tématům, která již byla probírána, ale z jiné perspektivy, jak se jejich zkušenosti s nemocí vyvíjejí.

Práce s odbornou komunitou ověřenými zdroji:

V tomto kontextu nehraje roli jenom dostupnost informací na internetu, ale také způsob, jakým jsou osoby s psychotickým onemocněním prezentovány v médiích. Nejen že psychologové nabízejí záruku relevantnosti předávaných informací pro zdravotnický kontext, také nemají důvod prezentovat psychotická onemocnění se zátěží stereotypu, který je někdy na psychotická onemocnění uvalován.

Klíčovými aspekty psychoedukace jsou:

Individualizace: Přizpůsobení psychoedukace individuálním potřebám a možnostem každého pacienta.

Respekt: Respektování autonomie pacienta a jeho práva na informace a podporu.

Komplexnost: Zahrnutí informačních, praktických i emočních aspektů péče o duševní zdraví.

Dlouhodobost: Integrace psychoedukace do celkového procesu léčby a dlouhodobá podpora pacientů.

6.2 Teorie procesu psychoedukace

Výsledná teorie by měla propojit veškeré kategorie a subkategorie prezentované v rámci tematické analýzy do teoretického příběhu. Nejprve je představen ústřední koncept teorie psychoedukace. Následuje prezentace sekvenčního modelu psychoedukace v základní podobě a toto základní schéma je následně rozvinuté a vztažené k předchozím zjištěním do souhrnné podoby komplexního schématu psychoedukačního procesu. V samém závěru této kapitoly jsou prezentována zakotvená tvrzení, která vyplývají z prezentované teorie.

6.2.1 Ústřední koncept – dynamická moderace informací

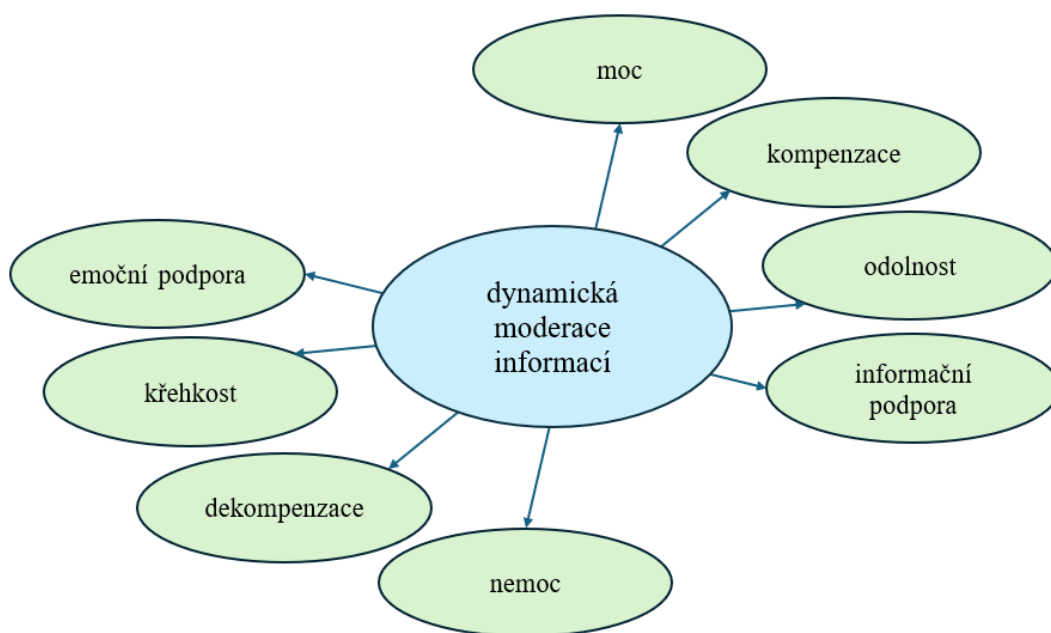
Jako ústřední koncept procesu psychoedukace byl identifikován dílčí proces moderace informací, který spočívá v tom, že psychologové v procesu psychoedukace interakčně stále hledají vhodnou míru toho, jak podávat informace pacientům s psychotickým onemocněním. Psychologové totiž oscilují mezi několika protichůdnými tendencemi ve vztahu

k pacientovi. Základní oscilační pohyb byl pojmenován jako oscilace mezi ochrannou křehkostí pacientů a rozvojem jejich kompetencí. Mantinely pohybu moderace udávají komplementární tendence, v rámci nichž psycholog hledá aktuální vhodnou míru informací. Byly identifikovány čtyři dvojice komplementárních faktorů, které limitují oscilační pohyb.

Hraniční dimenze dynamické moderace informací:

1. Rozvoj kompetencí pacienta a zvyšování tak jeho odolnosti oproti ochraně křehkosti pacienta prostřednictvím nesdělování informací nebo sdělování informací v omezené míře.
2. Kompenzace projevů onemocnění díky informacím a dovednostem získaných v rámci psychoedukace oproti dekompenzaci na základě přehlcení informacemi nebo nevhodným způsobem sdělováním informací.
3. Akcentace informační podpory při onemocnění psychózou oproti akcentaci emočního prožitku.
4. Moc neboli kontrola nad onemocněním „jako projev hrdinství“ v rámci samostatného boje se životem v kontextu psychotického onemocnění oproti podlehnutí nemoci a nacházení se ve stavu, kdy je pacient „obětí nemoci“.

Obrázek č. 3 Grafické znázornění ústředního konceptu:



Popis grafického znázornění (Obrázek č. 3):

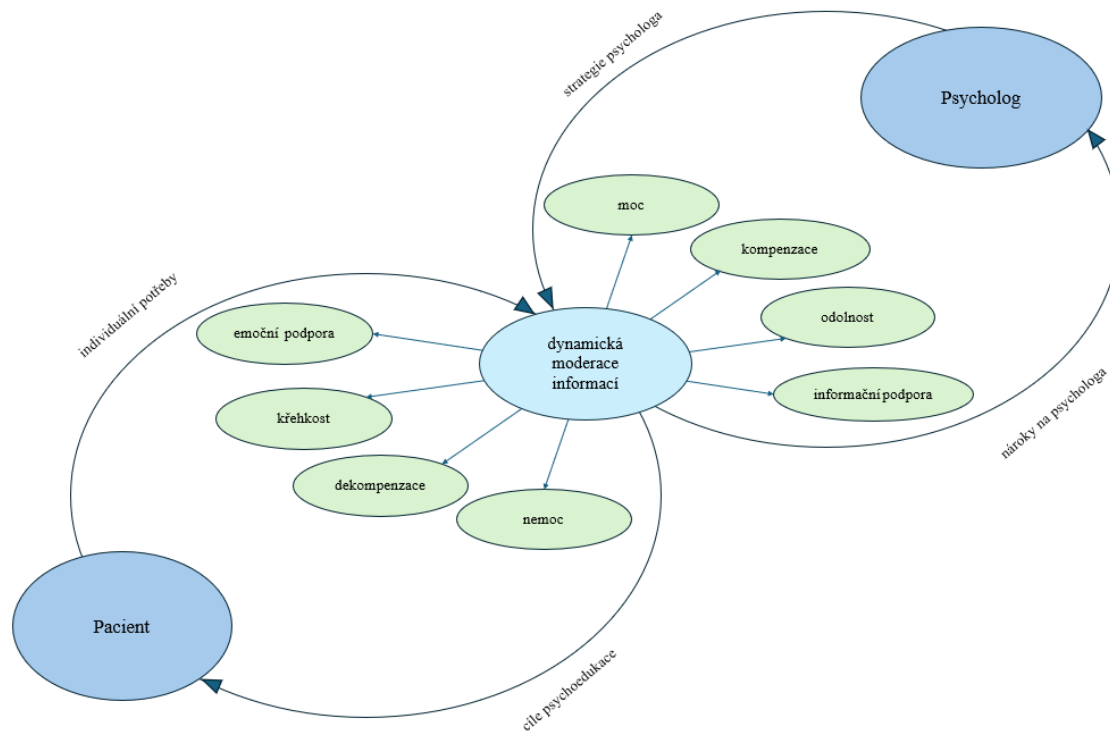
V pozadí ústředního (světle modrý ovál) jevu se protínají pojmy (světle zelené ovály), které dávají hranice strategiím uplatňovaným psychology ve vztahu k ústřednímu jevu. Pohyb je znázorněn obousměrnými šipkami, které vedou mezi protilehlými dimenzemi a podkreslují ústřední jev. Grafické znázornění naznačuje optimální stav psychoedukačního procesu. Optimálním stavem totiž je, když se psycholog udržuje v modrém poli. Zelená pole zobrazují nežádoucí extrém. I když zelená pole, která se nacházejí v pravé části obrázku mohou signalizovat žádoucí stav, psycholog vždy musí zvažovat i možná rizika přehlcení a „teroru“ informacemi, která mohou vést k dekompenzaci a udělat z procesu psychoedukace pro pacienta negativní zkušenost. Zároveň v případě zaujetí pouze ochranného postoje by byl psycholog vůči pacientovi silně paternalistický a nerespektoval by jeho autonomii v procesu vyrovnávání se s psychotickým onemocněním.

6.2.2 Vztahová síť a centrální kategorie

Jako aktéry zkoumaného psychoedukačního procesu byli identifikováni pacienti (ve smyslu psychoedukovaní jednotlivci), psychologové (ve smyslu poskytovatelé psychoedukace), rodina a blízké osoby pacienta a psychoedukační skupina (ve smyslu další pacienti, kteří se účastní psychoedukačních skupin). Za ústřední dvojici příběhu psychoedukace je považován pacient-jednotlivec a psycholog. Pacient a psycholog spolu navazují profesionální spojení a terapeutický vztah. Psycholog v rámci své práce v psychiatrické nemocnici není pouze poskytovatelem psychoedukace, ale s jedním a tímž pacientem se může věnovat i psychoterapii. Proto v případě, kdy psychoedukaci poskytuje psycholog, který s pacientem zároveň navazuje terapeutický vztah, je vlastně z podstaty věci nemožné, aby v takové situaci nevznikaly překryvy mezi psychoedukací a psychoterapií. Předmětem práce není komplexní vztah pacient-psycholog v rámci léčby psychotických onemocnění. V této práci je postihnuta pouze ta dimenze pojmenovaného vztahu, u které můžeme na základě výzkumných poznatků tvrdit, že má přímou souvislost s procesem psychoedukace.

Následně bude prezentováno grafické znázornění toho, jak se vztahují hlavní aktéři psychoedukace (jmenovaná ústřední dvojice) k ústřednímu konceptu. Poté budou do grafického znázornění vztaženi i ostatní aktéři psychoedukace.

Obrázek č. 4 Grafické znázornění vztahu ústředního konceptu a hlavních aktérů procesu psychoedukace:

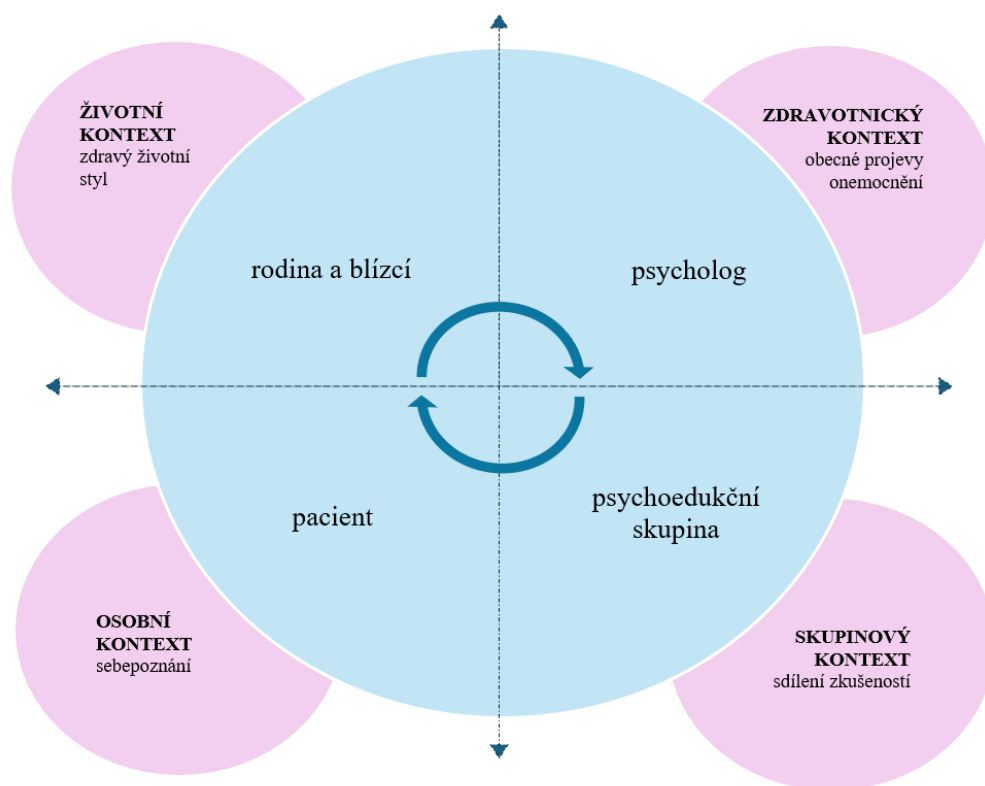


Popis grafického znázornění (Obrázek č. 4):

Jak pacient, tak psycholog se svým specifickým způsobem vztahují k úkolu dynamické moderace informací a tento jev na ně zase zpětně působí. Pacient celý proces v jeho jádru ovlivňuje svými osobními potřebami. Pacient je zároveň ten, ke kterému se proces psychoedukace primárně vztahuje z hlediska svých cílů. V reakci na pacientovy individuální potřeby jsou dynamicky moderovány informace zprostředkované psychoedukačním procesem tak, aby byly v maximální možné míře naplněny cíle psychoedukace.

V kontextu toho, jak má celý proces psycholog zvědoměný, uplatňuje v situaci dynamické moderace informací své vlastní strategie. Neustálá potřeba reagovat na individuální potřeby pacienta a naplňovat cíle psychoedukace zakořeněné v jádrovém jevu procesu psychoedukace na psychologa vytváří specifické nároky, které byly podrobněji popsány v rámci tematické analýzy.

Obrázek č. 5 Grafické znázornění vztahu obsahu, kontextu a aktérů psychoedukace:



Popis grafického znázornění (Obrázek č. 5):

Toto grafické znázornění se již k ústřednímu konceptu vztahuje nepřímě. Informace, které jsou nositelem ústředního jevu, jsou v tomto grafu postihnuty jako typické tematické okruhy související s konkrétním kontextem psychoedukace. Jedná se o téma zdravého životního stylu jako typického zástupce kontextu osobního života pacienta mimo nemocniční prostředí, to je zase zastupováno lékařskými poznatky o obecných projevech psychotických onemocnění. Vztah pacienta k sobě samému v kontextu jeho života v tom nejosobnějším významu slova je obsažen v tématech, která přímo cílí na sebezpoznání. To mohou být arteterapeutické aktivity v rámci psychoedukace nebo témata jako *výzva psychotického onemocnění*. Nejedná se potom přímo o téma, ale pro pacienta mohou být nosné informace v rámci psychoedukačních skupin zprostředkovány sdílením mezi ostatními pacienty. Pro pacienta může být v rámci psychoedukace klíčová informace, že jeho psychotickou zkušenost s ním někdo sdílí a na základě sdílené zkušenosti rozumí jeho zážitkům. Obrázek

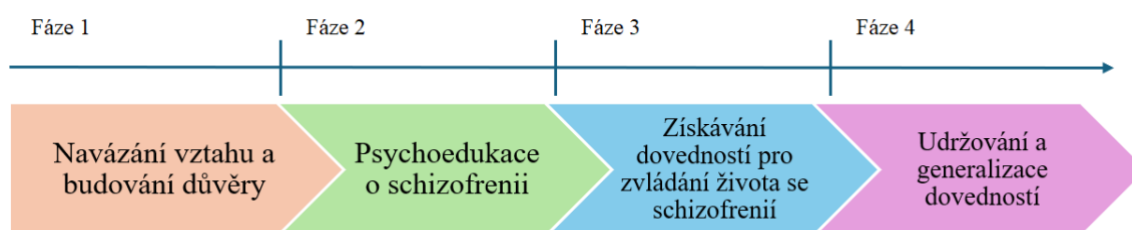
je členěn pomocí dvou os. Horizontální osa dělí graf na dvě dimenze z hlediska osobních a neosobních vztahů ve vztahu k pacientovi. Předpokládáme, že v rámci procesu psychoedukace pacient pracuje na osobním vztahu k sobě, své rodině a blízkým. S psychologem může sice navázat silný vztah, ten je ale vždycky jasně ohraničen profesními standardy a etickými principy. V rámci psychoedukační skupiny je možnost navázání osobního vztahu a spřátelení se s jiným pacientem, protože tomuto vztahu nebrání profesní spojení. Zároveň ale předpokládáme, že pacient se s většinou dalších účastníků nespřátelí do té míry, aby tento vztah spadl do námi vymezené kategorie „osobní“. Vztah k ostatním účastníkům psychoedukace i psychologovi vzniká v kontextu hospitalizace a z podstaty věci je tedy neosobní.

Vodorovná osa člení graf podle toho, jestli jsou aktéři podmíněně nositeli psychotické zkušenosti nebo nikoliv. Ačkoliv i rodinní příslušníci nebo s nižší pravděpodobností i psychologové mohou být nositeli psychotické zkušenosti, jejich role v psychoedukačním procesu je postavena na výrazně odlišných charakteristikách.

6.2.3 Fáze základního sekvenčního modelu psychoedukace

Základní sekvence popisuje obecné řazení fází psychoedukace. Snaží se zachytit kostru příběhu psychoedukace a samozřejmě připouští širokou možnost variací. Byly identifikovány čtyři základní fáze psychoedukačního modelu, které by měly být přítomny na zobecnitelné úrovni v rámci procesu psychoedukace poskytované ve výzkumném terénu.

Obrázek č. 6 Grafické znázornění základního sekvenčního modelu psychoedukace:



Popis grafického znázornění (Obrázek č. 6):

Základní sekvenční model nespecifikuje, jestli reaguje na proces skupinové nebo individuální psychoedukace. Reaguje na zkušenost respondentů, že psychoedukace většinou začíná v individuálním kontaktu psycholog-pacient, kdy dochází k navázání vztahu a budování důvěry. Podmínkou pro vstup do psychoedukační skupiny je alespoň bazální náhled a obeznámení se s principem psychotických onemocnění. Předpokládáme tedy, že získávání dovedností pro zvládnání života se schizofrenií je podmíněno psychoedukací o schizofrenii. V tomto bodě ale již narážíme na fakt, že se témata v procesu psychoedukace často opakují a vytvářejí dlouhodobý proces spirálovitého učení. S přihlédnutím na obecnou definici učení, že se jedná o celoživotní proces, může potom i psychoedukace dosahovat celoživotních rozměrů. Předpokládanou nejdelší fází psychoedukace je tedy udržování a generalizace dovedností, která v sobě zároveň integruje předchozí fáze, ke kterým se může jedinec v průběhu života vracet. Následně jsou fáze základního sekvenčního modelu specifikovány z hlediska identifikovaných cílů, strategií a témat v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2 Popis fází základního sekvenčního modelu:

Fáze 1: Navázání vztahu a budování důvěry

Cíl: Vytvořit bezpečné a podporující prostředí, ve kterém se pacienti cítí komfortně při sdílení svých zkušeností a kladení otázek.

Strategie: Aktivní naslouchání
 Empatie a respekt
 Normalizace prožitků pacienta
 Poskytování pozitivních zpětných vazeb
 Jasná a srozumitelná komunikace

Fáze 2: Psychoedukace o schizofrenii

Cíl: Pomocť pacientům porozumět své nemoci, jejím příznakům, průběhu a léčbě.

Témata: Definice a příčiny schizofrenie
 Příznaky a jejich zvládnání
 Prognóza a dlouhodobý vývoj
 Prevence relapsu a kvalita života se schizofrenií

Strategie: Používání strukturovaných psychoedukačních materiálů
Aktivní zapojení pacientů do diskuse
Odpovídání na otázky pacientů
Poskytování individuálních informací a podpory
Podpora sebepoznání a sebedůvěry

Fáze 3: Získávání dovedností pro zvládnutí života se schizofrenií

Cíl: Vycvičit pacienty v dovednostech, které jim pomohou žít plnohodnotný a smysluplný život s diagnózou schizofrenie.

Témata: Zdravý životní styl (spánek, strava, pohyb)
Sociální dovednosti a komunikace
Zvládnutí stresu a obtížných emocí
Řešení problémů a rozhodování
Sebepoznání a sebehodnocení
Plánování budoucnosti

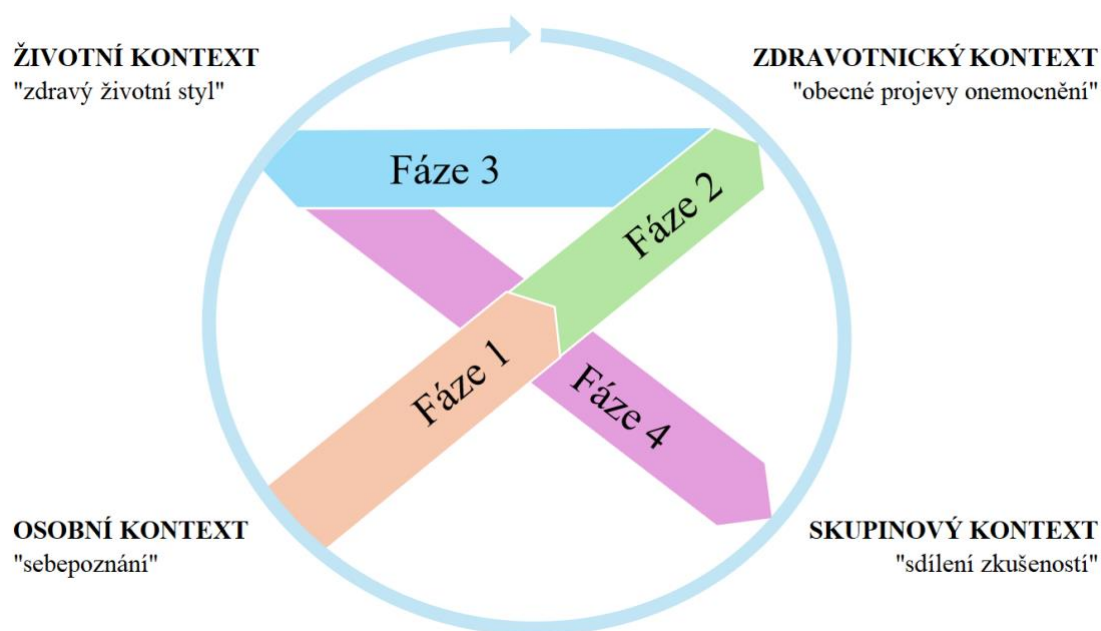
Strategie: Interaktivní a praktické aktivity
Nácvik dovedností v simulacích a reálných situacích
Poskytování pozitivních a konstruktivních zpětných vazeb
Podpora vzájemné podpory mezi pacienty
Zapojení rodinných příslušníků a dalších podpůrných osob

Fáze 4: Udržování a generalizace dovedností

Cíl: Pomoci pacientům aplikovat získané dovednosti v běžném životě a udržovat si je v dlouhodobém horizontu.

Strategie: Plánování a sledování pokroku (př. ambulance psychiatrické nemocnici)
Poskytování podpory a motivace
Zapojení do podpůrných skupin a komunitních programů
Podpora celoživotního učení a sebezvoje

Obrázek č. 7 Grafické znázornění vztahu obsahu psychoedukace a základního sekvenčního modelu:



Popis grafického znázornění (Obrázek č. 7):

Základní sekvenční model je podrobněji popsán výše. Zde je vztažen ke grafickému znázornění vztahu obsahu a kontextu psychoedukace. Tento model se snaží graficky znázornit, že v procesu psychoedukace je nejdřív navazován bezpečný vztah mezi terapeutem a psychologem, následně jsou probírána témata týkající se psychotického onemocnění a zdravého životního stylu a následně se předpokládá teoretická vybavenost pacienta pro sdílení své zkušenosti v rámci psychoedukační skupiny a pro generalizaci získaných poznatků. V rámci grafického zobrazení upozorňujeme na modře vyobrazený kruh, který zobrazuje stále se dynamicky opakující témata psychoedukace. Celý proces psychoedukace totiž primárně podléhá ústřednímu konceptu, tedy dynamické moderaci informací, v rámci níž není moderovaná pouze míra informací, ale je také regulován obsah psychoedukace. Vztah obsahu psychoedukace a základního sekvenčního modelu je tedy velmi přibližný, protože nemůže obsáhnout širokou škálu procesových variant, které jsou dány individuálními strategiemi psychologů k procesu psychoedukace. Příklady individuálních strategií jsou předmětem tematické analýzy dat a jsou prezentovány v páté

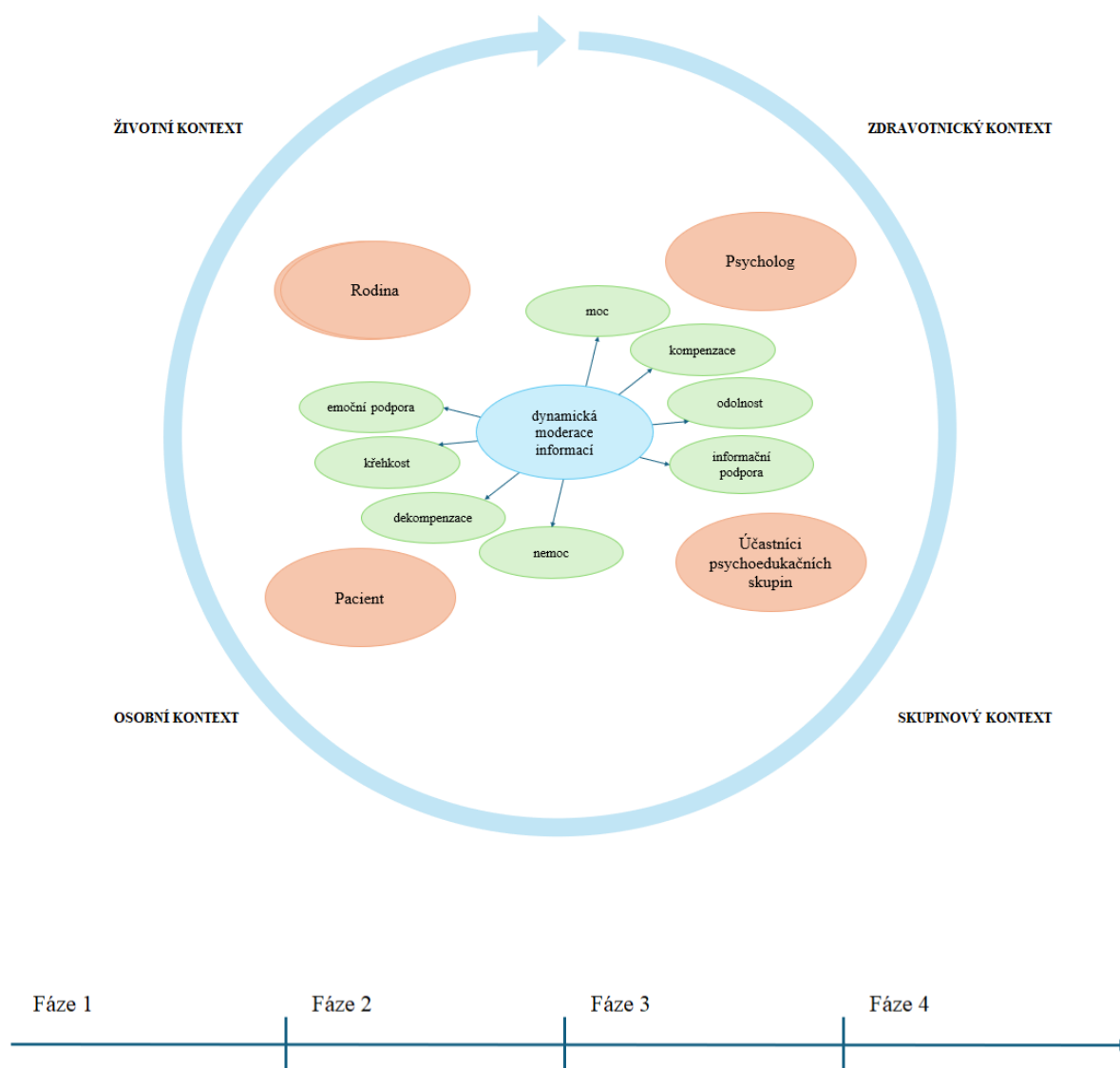
kapitole. Z tematické analýzy vyplývá, že témata a fáze psychoedukace se prolínají a grafické znázornění těchto aspektů zkoumaného procesu se drží pouze „kostry“ průběhu psychoedukace.

V rámci grafického znázornění vztahu sekvenčního modelu psychoedukace a jejího obsahu spočívá hlavní poznatek v tom, že čtyři identifikované fáze psychoedukace jsou každá vztažena k jednomu kvadrantu dvojosého grafického znázornění *vztahu obsahu, kontextu a aktérů psychoedukace*. Tedy každá fáze reaguje na jiný kontext psychoedukačního procesu. To značí komplementárnost identifikovaných fází procesu, což nepřímo naznačuje souvislou konzistenci prezentované teorie.

6.2.4 Schéma komplexního psychoedukačního procesu

Následující schéma syntetizuje předchozí grafická znázornění. V rámci tohoto schématu je k sobě vztažen kontext psychoedukace, obsah psychoedukace, všichni identifikovaní aktéři psychoedukace. Ve středu schématu je příhodně umístěn jádrový jev. Pod kruhovým zobrazením je naznačen lineární aspekt psychoedukace, tedy čtyři identifikované fáze psychoedukačního procesu.

Obrázek č. 8 Grafické znázornění komplexního psychoedukačního procesu:



Popis grafického znázornění (Obrázek č. 8):

Toto schéma v sobě integruje nejpodstatnější části předchozích grafických zobrazení. Protože výsledné schéma by bylo v situaci využití všech částí předchozích grafů značně nepřehledné, byly využity ty části, které byly výzkumníkem interpretovány jako nejpodstatnější pro prezentaci všech výzkumných zjištění v rámci jednoho schématu. Většina prvků se tedy již v rámci této kapitoly objevila, pro větší srozumitelnost budou nejdůležitější body schématu opět specifikovány.

Světle modrá šipka zobrazuje stále se opakující obsah psychoedukace z hlediska témat a postihuje předem nespecifikovaný konec procesu psychoedukace.

Tmavě modrá šipka připomíná, že psychoedukace vykazuje i znaky lineárního pohybu, tedy podléhá čtyřem identifikovaným fázím. Psychoedukace začíná budováním vztahu a pocitu bezpečí a přes předávání informací o duševním onemocnění a zdravém životním stylu se dostává až do bodu generalizace, udržování a případného obnovování poznatků.

Vztahy mezi jednotlivými aktéry (světle oranžové ovály) nejsou z důvodů přehlednosti v grafickém znázornění zaneseny. Předpokládáme, že se všichni aktéři psychoedukace v situaci vzájemného působení ovlivňují a výsledek procesu psychoedukace je aktivitou všech zúčastněných. Stejně tak je z důvodů přehlednosti dílčí použité schéma ústředního konceptu prezentováno bez dimenze vztahů k hlavním aktérům psychoedukace.

6.2.5 Shrnutí: Zakotvená tvrzení

Zakotvená tvrzení nás přes komentáře grafického znázornění opět vrací k verbální reprezentaci dat. Zakotvená tvrzení vyplývají z výsledků výzkumu a shrnují nejdůležitější aspekty procesu psychoedukace. Jsou to ústřední myšlenky, které odrážejí hlubší pochopení zkoumaného fenoménu. Každé z následně prezentovaných tvrzení postupně reaguje na každé dílčí grafické znázornění a jednou větou nebo souvětím se snaží vystihnout jejich podstatu. Jedná se tedy o shrnutí poznatků, které realizovaný výzkum přináší.

Zakotvené tvrzení č. 1

„Implementace změny vyžaduje převzetí zodpovědnosti, která s sebou nese inherentní riziko dekompenzace.“

Toto tvrzení reaguje na první schéma prezentované v kapitole 6, tedy na obrázek č. 3, který graficky znázorňuje ústřední koncept procesu psychoedukace, který byl nazván dynamická moderace informací. Tento koncept zobrazuje dilematickou situaci psychologa, který chce rozvíjet kompetence pacienta pro jeho samostatné rozhodování v léčbě a možnosti se informovaně rozhodovat jak žít svůj život s psychotickým onemocněním, zároveň však musí být opatrný aby pacienta neuvážlivě nepřehltl.

Zakotvené tvrzení č. 2

„Terapeut musí brát v úvahu specifické potřeby a zkušenosti každého pacienta.“

Toto tvrzení reaguje na obrázek č. 4, který znázorňuje vztah ústředního konceptu a hlavních aktérů procesu psychoedukace, psychologa a pacienta. Cíle psychoedukace, která míří k pacientovi jsou podmíněny jeho individuálními potřebami. To představuje jeden z hlavních nároků, který je procesem psychoedukace kladen na psychologa a psycholog se s tímto nárokem vypořádává vlastními strategiemi.

Zakotvené tvrzení č. 3

„Proces psychoedukace se musí vztahovat k vnějšímu světu a budoucnosti, protože kdyby se psychoedukace soustředila pouze na spolupráci v léčbě, vytvářela by skleníkové prostředí.“

Grafické znázornění vztahu obsahu, kontextu a aktérů psychoedukace (obrázek č. 5) zachycuje dvě důležité kontextuální roviny zkoumaného procesu. Je jimi nejen situace hospitalizace a zdravotnického zařízení, které poskytuje psychoedukaci, ale také pacientova osobní rovina a okolnosti jeho osobního života. I když psychoedukace poskytovaná v rámci hospitalizace poskytuje informace vztahující se ke zdravotnickému kontextu, komplementárně k tomu musí poskytovat i informace, které reagují na osobní rovinu klienta.

Zakotvené tvrzení č. 4

„Psychoedukace se opírá o vzájemnou důvěru a pocit bezpečí. Strach a nedůvěra brání učení a spolupráci.“

Následující obrázek č. 6 znázorňuje základního sekvenčního modelu psychoedukace, jehož podstatu vystihuje čtvrté zakotvené tvrzení. První a tedy výchozí pozicí základního sekvenčního modelu je navázání bezpečného vztahu psychologa a pacienta. Tento vztah podmiňuje všechny následující fáze sekvenčního modelu, které již mají přímý vztah k informačně obsahovým sdělením.

Zakotvené tvrzení č. 5

"Sebepoznání a akceptace lidských vlastností slouží jako prekurzory pro pochopení vlastního onemocnění."

Toto zakotvené tvrzení je reakce na fáze psychoedukačního procesu ve vztahu k obsahu a kontextu psychoedukace (obrázek č. 7). Jiným způsobem reaguje na to, že psychoedukace začíná v osobním kontextu klienta a skrze získávání obecných poznatků o onemocnění opět navazuje na životní kontext klienta, tedy opět prohlubuje jeho sebepoznání v širším kontextu, aby se pacient mohl dostat do finální fáze psychoedukace, která spočívá v udržování a generalizaci poznatků.

Zakotvené tvrzení č. 6

„Cílem psychoedukace je zprostředkování informací pacientovi o jeho diagnóze a s ní souvisejících životních aspektech, čímž se posiluje jeho autonomie v zvládnání životních výzev. Vnitřní integrace psychoedukačních poznatků je však náročná, pokud není propojena s emoční rovinou.“

Poslední grafické znázornění procesu psychoedukace (obrázek č. 8) se pokouší o holistické shrnutí výzkumných poznatků jediným schématem. S tímto schématem je propojeno i poslední zakotvené tvrzení. Toto tvrzení by v sobě mělo zahrnovat podstatu všech tvrzení předchozích. Vztahuje ústřední koncept dynamické moderace informací k aktérům, kontextu, obsahu a fázím v jejich základní podstatě.

7 Diskuse

V této závěrečné kapitole diplomové práce Psychoedukace pacientů se schizofrenií budou diskutovány výsledky provedeného výzkumu s literaturou. Budou pojmenovány jak hlavní přínosy výzkumu a z nich vyplývající implikace pro praxi, tak limity výzkumu a z nich vyplývající podněty pro další možný výzkum.

Tento výzkum si kladl za cíl prohloubit poznání o psychoedukaci pacientů se schizofrenií z pohledu klinických psychologů vytvořením teorie psychoedukačního procesu. Výsledná teorie vzniklá metodou zakotvené teorie by se dala označit jako substantivní teorie (specificky obsahová teorie), pro kterou platí, že je teoretickým výkladem nebo vysvětlením vymezeného problému v určité oblasti (Charmaz, 2006). Na rozdíl od obecných teorií, které se snaží vysvětlit jevy napříč různými kontexty, je substantivní teorie „vázaná na místo“. Obecným principem metody zakotvené teorie je generování nové teorie, která je zakotvená v datech (Šedřová, Švaříček, 2014). Výhodou takto vzniklé substantivní teorie tedy je, že v datech je pevně a bohatě zakotvena. Z toho ale vyplývá i její nevýhoda, protože omezení se na lokální kontext oslabuje možnou míru zobecnitelnosti vzniklé teorie. Přestože substantivní teorie nemusí být obecně platná, může být ale její podstata využita v podobných kontextech. Z toho také vyplývá jak hlavní podnět pro praxi, tak hlavní implikace pro další výzkum. Lokálně zakotvená teorie může být totiž prakticky využita aktéry ve zkoumaném terénu, nezaručuje však možnost využití v širším kontextu.

V Praktické příručce konstruování zakotvené teorie autorka Charmaz (2006) nabízí způsob dotazování se, který ověřuje naplnění kritérií zakotvené teorie, kterými jsou důvěryhodnost, originalita, rezonance a užitečnost. Na tyto dotazy bude následně reagováno. V následujícím odstavci tedy částečně citujeme otázky tak, jak je formulovala autorka publikace a transparentně využíváme jí poskytnutý nástroj jako prostředek pro ověření důvěryhodnosti prezentovaného výzkumu (Charmaz, 2006, s. 182-183).

Bylo provedeno systematické srovnání mezi pozorováními a mezi kategoriemi, a proto konstatujeme, že kategorie pokrývají lokálně vymezený rozsah empirického pozorování a že existují silné logické vazby mezi shromážděnými údaji, argumentací a analýzou. Za podstatný bod ověřování spolehlivosti tohoto výzkumu považujeme fakt, že všechna tato prohlášení výzkumníka o důvěryhodnosti výzkumu si může čtenář ověřit díky poskytnutým

podkladům pro zakotvenou teorii prostřednictvím rozsáhlé prezentace výsledků tematické analýzy. Z pohledu výzkumníka je předložená zakotvená teorie originální, protože prezentuje neotřelé nové poznatky a poskytuje nové konceptuální ztvárnění dat. Realizovaný výzkum reaguje na slabá místa v literatuře, protože v literatuře je věnovaná malá pozornost těm, kteří psychoedukaci poskytují (Motlová a kol., 2017). Společenský a teoretický význam této práce je poskytnutí modelu psychoedukace, což může být podnět k reflexi respondentů a výzkumného terénu i rozšíření představy veřejnosti o tom, jaké podoby může psychoedukace v praxi nabývat. Definice psychoedukace se v literatuře různí, tento výzkum nabízí svou vlastní definici psychoedukace, která je zakotvená ve výzkumném terénu. Taktéž se domníváme, že výsledky výzkumu rezonují s plností zkoumané zkušenosti minimálně z hlediska klíčových respondentů (psychologů). Výsledky zakotvené teorie byly prezentovány a diskutovány s některými respondenty, proto můžeme tvrdit, že jim výzkumná zjištění dávala smysl a nabídla jim hlubší vhled do jejich pracovní náplně. Posledním kritériem zakotvené teorie je užitečnost. Ověření toho, do jaké míry je popsána teorie procesu zobecnitelná by muselo být ověřeno dalším výzkumem. Minimálně však můžou nabízené interpretace využít v každodenní činnosti psychologové poskytující psychoedukaci a pohybující se ve výzkumném terénu (struktura kladení otázek v tomto odstavci vyňata z Charmaz, 2006, s. 182-183).

Přínosy výzkumu a důsledky pro praxi

Lokálně zakotvená teorie nabízí aktérům zainteresovaným v procesu psychoedukace hlubší nahlédnutí do pozadí pravidelně odžívaného procesu, což může zlepšit zvědomění jejich přístupu k vypořádání se s nároky, kterých je zmíněný proces nositelem. Tento přínos cílí primárně na psychology, kteří poskytují psychoedukaci, protože s nimi byly prováděny polostrukturované rozhovory, které byly důležitým zdrojem pro následnou analýzu dat.

Bylo zjištěno, že psychoedukace je citlivá intervence, která vyžaduje pečlivé zvážení přístupu psychologa a respekt k jednotlivci. Implementací doporučení z této diplomové práce by mohl být proces psychoedukace srozumitelnější nejen samotným aktérům, ale také okolí a teoretickým výzkumníkům. Tento výzkum přináší nové podněty pro další bádání. Je představen nově zformulovaný koncept dynamické moderace informací, který je

prezentován jako ústřední koncept procesu psychoedukace a je následně vztažen k dalším zákonitostem tohoto procesu.

Teoretický model, který byl v rámci výzkumu vytvořen, je ve své podstatě velmi originální. Nejedná se ale o první výzkum, který by z kvalitativního hlediska posuzoval účinné faktory psychoedukace. Prezentované účinné faktory psychoedukace proto srovnáváme s dalším výzkumem, který zkoumal účinné faktory psychoedukačních programů. Bäuml, Frobose, Kraemer, Rentrop a Pitschel-Walz (2006) mezi účinné faktory psychoedukačních skupin zařadili následující: Bezpodmínečné přijetí ze strany terapeuta a skupiny; kvalitu terapeutického vztahu, empatické reakce na účastníky; napodobování terapeutů a členů skupiny, kteří úspěšně zvládají svou nemoc; prožitek solidarity ve skupině osob se stejným osudem, sdílení zkušeností s ostatními a respekt k odlišným názorům; poskytnutí naděje, ujištění a jistoty; objasnění aspektů nemoci, zjednodušení složitých a komplikovaných teorií; získání vhledu do nemoci a informací o potřebných léčebných opatřeních; zaměření se na potřeby účastníků a jejich zdroje, nikoli na deficity; apel na posílení postavení klienta; posílení ochranného potenciálu rodiny a blízkých. Rozdíly mezi seznamy účinných faktorů psychoedukace spočívají primárně v tom, že seznam prezentovaný Bäuml a kol. (2006) se více zaměřuje na terapeutický vztah a podporu ze strany skupiny, zplnomocnění klientů a posilování jejich podpůrných systémů a zdůrazňuje důležitost sdílení zkušeností a solidarity. Seznam vytvořený v rámci této diplomové práce se naopak zaměřuje více na budování dovedností a zvládání symptomů, zahrnuje kritický náhled a pochopení onemocnění a zdůrazňuje důležitost opakování a práce s odbornou komunitou. Oba seznamy zdůrazňují důležitost budování silných a důvěryhodných vztahů mezi terapeutem, klienty a členy skupiny, význam prostoru poskytovaného klientům pro sdílení zkušeností, vzájemnou podporu a zmírnění stigmatu spojeného s duševním onemocněním, důležitost respektu, oceňování klientů a jejich zkušeností, poznatek, že psychoedukace by měla klientům pomáhat snižovat strach a úzkost spojenou s jejich duševním onemocněním a důležitost poskytování přesných a užitečných informací o jejich duševním onemocnění a jeho léčbě.

Výzkum zdůrazňuje, že psychoedukace nemůže spočívat pouze v prostém sdělování informací, ale musí reagovat i na emoční potřeby pacienta. To koresponduje s předchozím

výzkumným zjištěním, že aby pacient přijal realitu onemocnění a přizpůsobil se nemoci, musí dostat nejen náležité informace, ale také emocionální podporu a vedení (Motlová, Balon, Beresin a kol., 2017).

Psychoedukace je podle zkušeností participantů cenný nástroj, který může pacientům se schizofrenií pomoci lépe zvládat jejich nemoc a zlepšit kvalitu života. Zároveň představuje určité nároky na psychology, kteří mohou být poskytovateli psychoedukace. Lepším zvědoměním těchto nároků se může stát situace psychoedukace pro psychology srozumitelnější a lépe zvladatelnější. Hlavní nárok psychoedukačního procesu na psychologa poskytujícího psychoedukaci je obsažen v ústředním konceptu prezentované teorie. Projevuje se hledáním správné míry toho, aby byly předávané informace bezpečné, protože pacienti jsou křehcí. Zároveň mají informace o onemocnění možnost zvýšit kompetence pacientů. Psychologové tedy oscilují mezi tím, že nesmí pacienty zatěžovat, ale musí jim umožňovat být v maximální možné míře kompetentní. Roubal (2014) se ve své disertační práci zabýval odlišným tématem *prožívání psychoterapeutů v průběhu psychoterapeutického sezení s depresivním klientem*. Zároveň s výzkumem této diplomové práce sdílel podobnost v tom, že se zaměřoval na perspektivu té strany dyadického vztahu, která poskytuje psychosociální intervenci. Stejně tak jeho výzkum dospěl k poznatku, že ústředním jevem v jím popisovaném procesu je oscilační pohyb (Roubal, 2014). To může vytvářet předpoklad, že psychosociální intervence v rukou psychologů v sobě nesou aspekty balancování a neustálého zvažování, které možná spočívají v podstatě profese psychologa. Tato domněnka by však musela být podrobněji prozkoumána prostřednictvím jiného výzkumu.

Limity výzkumu a implikace pro další výzkum

Mezi hlavní omezení studie patří velikost a homogenita výzkumného vzorku. Limity výzkumu jsou také spatřovány v bádání v kontextu nejasně vymezeného pojmu „psychoedukace“ a ve faktu, že výzkum pracuje s omezenou perspektivou, protože výrazně upřednostnil pohled jednoho aktéra (psychologa) procesu psychoedukace na úkor ostatních účastníků psychoedukačního procesu.

Studie zahrnuje pouze 9 respondentů, ačkoli pro podrobnou analýzu se doporučuje použít 20-30 účastníků (Creswell, Poth, 2017). Charmaz (2006) dokonce zmiňuje, že respondentů

může být i více. Hlavní doporučení, které by mohlo přispět k zobecnitelnosti zakotvené teorie, je rozšíření výzkumného vzorku. S tím souvisí i rozšíření lokálně vymezeného terénu.

Ačkoli pohlaví nebylo vnímáno jako klíčový faktor, další výzkum by měl zahrnovat i muže-psychoLOGY, aby se tento předpoklad ověřil. Do popisu výzkumného vzorku byl zahrnutý i psychoterapeutický směr, ke kterému se respondentky hlásily. Většina respondentek má absolvovaný gestalt PT výcvik. Vliv psychoterapeutického výcviku na proces psychoedukace považujeme za zásadnější než pohlaví participantů. Bylo by tedy přínosné cíleně rozšířit vzorek o absolventy odlišných psychoterapeutických výcviků.

Nejasně definovaný pojem nabízel možnost vytvoření vlastní teorie vynořující se z dat a zároveň představuje omezení výzkumu, protože kvůli nejasně definovanému pojmu psychoedukace byl pro jeho bližší pochopení vybrán velmi specifický kontext a vzniklá teorie procesu psychoedukace není tak široce zobecnitelná. Pro další výzkum by bylo potřeba zohlednit, že není nutnou podmínkou, aby psychoedukaci poskytoval psycholog. Naopak je řada psychoedukačních materiálů adresovaných zdravotním sestřám (Petr, 2011). Proto by pro zpracování obecného modelu psychoedukace bylo nutné rozšířit výzkumný vzorek do skutečně komplexní šíře.

Diplomová práce se zaměřuje pouze na perspektivu psychologů, ačkoli se nepřímě týká i pacientů. Tudíž pohled jednoho ze dvou hlavních aktérů v základním dyadického vztahu procesu psychoedukace pacientů se schizofrenií poskytované psychology nebyl v tomto výzkumu dostatečně zastoupen. Pro komplexnější pochopení problematiky by se další výzkum měl zaměřit také na perspektivu označených pacientů. Kvalitativní výzkum, který se zabývá pohledem pacientů na to, co funguje v psychoedukačních skupinách pro schizofrenii, je práce od kolektivu autorů Sibitz, Amering, Gössler, Unger, Katsching (2007). Podle tohoto výzkumu pacienti zdůrazňovali význam získaných informací a výměny informací s ostatními, kteří trpí stejnou poruchou. Byly zaznamenány pozitivní účinky na zvládnání, aktivaci a sociální interakci. Vnímáný přílišný důraz na informace týkající se nemoci vyvolal obranné reakce, zatímco začlenění témat týkajících se kvality života bylo oceňováno. Příjemná atmosféra ve skupině a klinická stabilita byly navrženy jako důležité determinanty úspěchu. Po srovnání identifikovaných cílů psychoedukace psychology z výzkumu realizovaného v rámci této diplomové práce a subjektivně pociťovaných přínosů

psychoedukace pacienty z výzkumu Sibitz a kol. (2007) nacházíme shodu v následujících bodech: v rámci procesu psychoedukace je důležité poskytnutí srozumitelných a užitečných informací o psychotickém onemocnění; pomoc klientům porozumět vlastní nemoci a jejímu dopadu na jejich život; vybavení klientů dovednostmi pro zvládání příznaků, stresu a budování zdravého životního stylu; vytvoření podpůrného prostředí pro sdílení zkušeností; snížení stigmatizace spojené s duševním onemocněním; podpora klientů při opětovném začlenění do běžného života, posílení jejich sociálních vazeb a dosažení osobních cílů.

Tento výzkum nabízí originální přístup ke zkoumání procesu psychoedukace, který má zároveň řadu omezení a limitů. Přesto je výsledná teorie podnětná jak pro praxi, tak pro další výzkum. Proto doufáme, že výsledná teorie bude nadále rozvíjena. Proces vytváření teorie není nikdy zcela ukončen a výsledná teorie by stále měla být otevřena modifikacím a doplňováním (Glaser, 1978).

Závěr

Předložená diplomová práce otevírá cestu k hlubšímu pochopení psychoedukace pacientů se schizofrenií v psychiatrické nemocnici. Celkově tato jedinečná výseč ze široké škály procesů, které lze zastřešit pojmem psychoedukace, nabízí nový pohled jak nad ústředním pojmem realizovaného výzkumu přemýšlet. Výsledky výzkumu poskytují cenné poznatky o tom, jak kliničtí psychologové vnímají psychoedukaci pacientů se schizofrenií. Předložená teorie odráží specifika psychoedukace v tomto kontextu, ale výzkumný vzorek by bylo vhodné rozšířit o další terény a profese, aby bylo možné jej důkladněji zobecnit.

Tento výzkum konfrontuje teoretický pojem psychoedukace s každodenní realitou praxe a následně prezentuje vlastní teorii, která je zakotvena v datech z výzkumného terénu. Vyšlo najevo, že psychoedukace, tedy takzvaná léčba informacemi, je citlivá forma intervence, a tedy vhodný nástroj pro pomoc lidem, kteří se ocitli ve zranitelné životní situaci, kvůli hospitalizaci v důsledku psychotického onemocnění. Zároveň tato intervence z hlediska výzkumu musí zahrnovat i další aspekty, než pouze informace o duševním onemocnění. Důležitým aspektem psychoedukace je také emoční podpora, pocit bezpečí, práce na sebepoznání v kontextu psychotického onemocnění, propojení souvislostí mezi kontextem psychotického onemocnění a vlastního života a sdílení zkušenosti s psychotickým onemocněním v rámci psychoedukačních skupin.

Tato diplomová práce přispívá k hlubšímu pochopení psychoedukace pacientů se schizofrenií v psychiatrické nemocnici z pohledu klinických psychologů. Vlastní teorie psychoedukace, která byla formulována na základě zjištěných dat, může být využita ke zlepšení praxe psychoedukace v tomto specifickém kontextu.

Seznam použitých informačních zdrojů

- AAFP (2004). Patient education. American academy of family physicians. 62(7), 1712–1714. American Academy of Family Physicians.
- Anderson, C., M., Hogarty, G., E., Reiss, D., J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6 (3), 490-505.
- APA. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition. American Psychiatric Association.
- Asen, E., Jones, E. (2004). Systemická párová terapie a deprese. Hradec Králové: Konfrontace.
- Barker, P. (2012). Rodinná terapie. Praha: Triton.
- Bäumel, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families, *Schizophrenia Bulletin*, 32 (1), 1-9.
- Beer, D. (1996). Psychosis: A history of the concept, *Comprehensive Psychiatry*, 37 (4), 273-291.
- Berkovitch, L., Dehaene, S., Gaillard, R. (2017). Disruption of Conscious Access in Schizophrenia. *Trends in Cognitive Sciences*. 21 (11), 878-892.
- Bighelli, I., Wallis, S., Reitmeir, C. et al. (2023). Effects of psychological treatments on functioning in people with Schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 273, 779–810.
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(3), 2.
- Burlingame, G. M., Svien, H., Hoppe, L., Hunt, I., & Rosendahl, J. (2020). Group therapy for schizophrenia: A meta-analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 57(2), 219–236.
- Clarke, A., E. (2005). *Situational analysis: Grounded theory after the postmodern turn*. Sage Publications, Inc.

Creswell, J., W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Creswell, J., W., Poth, C. (2017). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. 4th edition. Sage Publications, Inc.

Denzin, N., K., Lincoln, Y., S. (2005). *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed.). Sage Publications Ltd.

Dolan, N., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Siddell, E., Delgadillo, J. (2021). Effectiveness of stress control large group psychoeducation for anxiety and depression: Systematic Review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(3).

Donley, E., J. (1911). Psychotherapy and Re-education. *The Journal of Abnormal Psychology*. 5, 292-232.

Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada

Doubek, P., Praško, J., Hons, J., Herman, E. (2010). *Psychóza v životě. Život v psychóze*. Praha: Maxdorf.

Gearing, R., E. (2008). Evidence-based family psychoeducational interventions for children and adolescents with psychotic disorders. *Journal of Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 17(1), 2-11.

Glaser, B., G. (1978). *Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory*. Sociology Press.

Heckathorn, D., D. (1997). Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations. *Social Problems*, 44(2), 174–199.

Heckers, S., Barch, D., M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., Owen, M., J., Schultz, S., Tandon, R., Tsuang, M., Os, J., V., Carpenter, W. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophrenia Research*. 150 (1), 11-14.

Hendl, J. (2005) *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

Horáček J., a kol. (2003). *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Anepra.

- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. Practical Guide through Qualitative Analysis*. London: SAGE Publications.
- Chawala, S., K. a kol. (2015). A review on psychoeducation in psychiatric disorder. *International Journal of Social Sciences*. 3(4), 526-534.
- Janů, L., Racková, S. (2004). Compliance v léčbě schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 5, 245-249.
- Jarolímek, M. (2009). Vzdělávací projekt Coopera 2009. *Informační Bulletin*.
- Juřeníková, P. (2010). *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Grada Publishing, Praha, 2010.
- Keller, W. R., Fischer, B. A., & Carpenter, W. T., Jr (2011). Revisiting the diagnosis of schizophrenia: where have we been and where are we going? *CNS neuroscience & therapeutics*, 17(2), 83–88.
- Kratochvíl, S. (1998). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Laing, R., D. (1965). *The Divided Self: an existential study in sanity and madness*. London: Penguin Books.
- Larsen, J., A. (2004). Finding meaning in first episode psychosis: experience, agency, and the cultural repertoire. *Medical Anthropology*, 18 (4), rok vydání 2004, 447-71.
- Lieberman, J.A., First, M., B. (2018). Psychotic disorders. *The New England Journal of medicine*. 379 (3), 270-280.
- Malá, K., Navrátilová, H. (2006). Edukace při onemocnění psychózou. *Psychiatrie pro praxi*, 3, 137-139.
- Manjunatha, N., Ram, D., (2022). Psychoeducation: Need for an Alternative Generic, Destigmatized, and Patient-Friendly Term in Clinical Practice. *Indian Journal of Psychological Medicine*: 44(5):528-529.
- McCutcheon, R., A., Reis Marques, T., Howes, O., D. (2020). Schizophrenia—An Overview. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 201–210.

- McFarlane, W. (2016). Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A review. *Family Process*, 55(3): 460–482.
- Motlová, L. (2019). Rodinná psychoedukace v léčbě závažných duševních onemocnění. *Psychiatrie pro praxi*, 20(3), 111–113.
- Motlová, L. B., Balon, R., Beresin, E. V., Brenner, A. M., Coverdale, J. H., Guerrero, A. P. S., Roberts, L. W. (2017). Psychoeducation as an Opportunity for Patients, Psychiatrists, and Psychiatric Educators: Why Do We Ignore It? *Academic Psychiatry*, 41(4), 447–451.
- Motlová, L., B., Kitzlerová, E., Mudrová, H., Suchánek, P. (2011). Kuchařka pro nemocné psychózou. Praha: PCP Praha.
- Motlová, L., Koukolík, F. (2004). Schizofrenie. Neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén.
- Motlová, B. L., Španiel F. (2011). Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století. Praha: Mladá fronta, a. s.
- Motlová, L., Španiel, F., Kitzlerová, E., Vránová, J., Korcsog, P. (2007). PREDUKA. Preventivně edukační program proti relapsu psychózy. Evyan, s. r. o.
- Norcross, J., Prochaska, J. (1999). Psychoterapeutické systémy. Praha: Grada.
- Novotná, H., Špaček, O., Šťovíčková, M. (2019). Metody výzkumu ve společenských vědách. Praha: FHS UK.
- Nývltová, V. (2015). Psychologie učení. Praha: Ústav učitelství a humanitních studií, Vysoká škola chemicko-technologická v Praze.
- Obereignerů, R., Obereignerů, K., Divéky, T., Práško, J. (2011). Kognitivní deficit u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 12 (2).
- Pavlovský, P. (2013). Akutní psychotické poruchy, diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*, 14(2), 54–57.
- Petr, T. (2012). Jak získat pacienty se schizofrenií k lepší spolupráci při léčbě? Florence, 12.
- Pidrman V, Masopust J. (2002). Psychoedukační program PRELAPSE. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 161–167.

- Powell, L., A., Parker, J., Weighall, A., Harpin, V. (2021). Psychoeducation intervention effectiveness to improve social skills in young people with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 26(3), 340-357.
- Preiss, a kol. (1998). *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada.
- Průcha, J. (2009). *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru*. Praha: Portál.
- Rummel-Kluge, Ch., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Kissling, W. (2006). Psychoeducation in Schizophrenia. Results of a Survey of All Psychiatric Institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 765–775.
- Roubal, J. (2014). *Prožívání psychoterapeutů v průběhu psychoterapeutického sezení s depresivním klientem: zakotvená teorie*. Disertační práce. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika.
- Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: MUNI Press.
- Sarkhel, S., Singh, O., P., Arora, M. (2020). Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. *Indian J Psychiatry*, 62.
- Shindhe, S., S., a kol. (2014). Psychoeducation for mental illness: a systematic review. *Indian Journal of Psychiatric Nursing* 8(1), 46-52.
- Shokraneh, F., Adams, C., E. (2020). Cochrane Schizophrenia Group's Study-Based Register of Randomized Controlled Trials: Development and Content Analysis. *Schizophrenia Bulletin Open*, 1 (1).
- Sibitz, I., Amering, M., Gössler, R., Unger, A., & Katsching, H. (2007). Patient's perspectives on what works in psychoeducational groups for schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 909-915.
- Solmi, M., Croatto, G., Piva, G. et al. (2023) Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in schizophrenia: systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. *Mol Psychiatry* 28, 354–368.

- Srivastava, P., Pandey, R. (2017). Psychoeducation an Effective Tool as Treatment Modality in Mental Health Article in International Journal of Indian Psychology, 4(1).
- Strossová, I. (1984). Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi. Zprávy VÚPs.
- Syřišťová, E. (1965). Možnosti a meze psychoterapie schizofrenního onemocnění. Rozpravy Československé akademie věd, Sešit 4, ročník 75.
- Španiel, F., Vohlídka, P., Kožený, J., Novák, T., Hrdlička, J., Motlová, L., Čermák, J., Höschl, C. (2008). The Information Technology Aided Relapse Prevention Programme in Schizophrenia: an extension of a mirror-design follow-up. Int J Clin Pract. 62(12), 1943-6.
- Šedřová, K., Švaříček, R. (2014). Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál.
- Turková, T. (2014). Edukačně terapeutické skupiny pro osoby s psychotickým onemocněním. Magisterská práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra psychologie.
- Tursi, M., F., a kol. (2013). Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. Aust N Z J Psychiatry, 47(11), 1019-31.
- ÚZIS. (2008). Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Praha: ÚZIS.
- Vybíral, Z., Roubal, J. (2010). Současná psychoterapie. Praha: Portál.
- World Health Organization (2018) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Edition. Geneva: World Health Organization.
- Xia, J., Merinder, L., B., Belgamwar, M. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 37, 21-22.

Seznam příloh

Příloha 1 – Vlastní podklady pro polostrukturované rozhovory

Příloha 2 – Ukázka z analyzovaného psychoedukačního materiálu

Příloha 1 – Vlastní podklady pro polostrukturované rozhovory

Vaše zkušenost s psychoeducací psychotiků a obecně vaše pracovní zkušenost

Jaká je vaše zkušenost s psychotickými pacienty?

Jaká je vaše zkušenost s psychoeducací?

Jaká je vaše zkušenost s psychoeducací pacientů se schizofrenií?

Jak dlouho se tomuto typu práce věnujete? Proč? Byla to vaše volba? Těší vás tento typ práce?

Pracujete v tomto zařízení i s jiným typem pacientů? Je v kontextu toho práce s psychotickými pacienty to, co vás na vaší práci těší?

Organizace skupin ve vašem zařízení

Jak se sestavuje skupina? Jak je skupina podle vás ideálně velká? Jaké jsou podle vás ideální podmínky zařazení do skupiny? Jaké jsou kontraindikace?

S jakou formou péče se psychoeducace kombinuje? Vnímáte takový typ péče jako součást edukace nebo ho vnímáte odděleně jako součást chodu oddělení?

Jak aktuální stav pacienta ovlivňuje podobu terapie?

Kdo ve vašem zařízení může dělat psychoeducaci psychotiků?

Jak se k této formě práce s psychotiky dostane? Jak k tomu získává kompetence?

Jak vnímáte svoji roli terapeuta při edukačních skupinách?

Máte možnost pracovat s pacienty po ukončení léčby? Zpětná vazba?

Vnímáte relaps jako neúspěch/ návrat do léčby jako selhání?

Rozdíl první epizoda, chronické onemocnění?

Psychoedukace ve vašem podání

Proč realizujete skupinovou edukaci na vašem oddělení? Byla to vaše volba?

Jakým způsobem vy osobně organizujete psychoedukaci psychotiků?

Co je podle vás hlavním přínosem psychoedukačních skupin?

Jsou nějaké nevýhody psychoedukačních skupin?

Jaká je skupinová dynamika těchto skupin?

Jak z hlediska formy a obsahu skupinu organizujete?

Co je z vašeho pohledu pro pacienty užitečné?

V porovnání s prací s jiným typem pacientů, jaký specifický nárok na terapeuta vnímáte při terapii psychotiků?

Jaké sledujete účinné faktory psychoterapeutického procesu?

Jak byste definovala psychoedukaci ve vašem podání?

Příloha 2 - Ukázka analyzovaného psychoedukačního materiálu

Co je to psychóza?

Jako psychózu označujeme stavy, při kterých dochází k poruše kontaktu s realitou. Znamená to, že v psychóze jinak vnímáme, myslíme a prožíváme.

Psychóza je duševní onemocnění, které mění prožívání člověka ve vztahu k okolí a sobě samému. Psychotické poruchy jsou velmi různorodé a mají rozdílnou míru závažnosti.

Můžeme je rozdělit do několika skupin:

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

Ze skupiny psychotických duševních poruch je schizofrenie **nejčastější a nejzávažnější onemocnění s výraznou poruchou myšlení, vnímání, citů a chování.**

Jak se psychóza nejčastěji projevuje?

Mezi nejklašičtější psychotické příznaky patří bludy a halucinace.

Blud je falešná představa, která dotyčnému připadá naprosto pravdivá a nelze mu ji vymluvit. Např. může být nevyvratně přesvědčen, že proti němu kují ostatní spiknutí, nebo ho sleduje mafie, která se snaží dostat jeho i s celou rodinou. Nebo může být bludně přesvědčen, že je nadán nadpřirozenými schopnostmi, že je prorok, či spasitel, má dar druhé léčit. Pod vlivem těchto bludů nemocný i jedná, což mu působí další problémy.

Halucinace jsou produktem zkresleného vnímání okolní reality. Vycházejí z rozbouřené a nekontrolovatelné fantazie pacientů. Znamená to, že člověk vidí, slyší nebo cítí věci, které nejsou vidět, slyšet nebo cítit ostatními lidmi. Někdo může na místě kde je absolutně sám slyšet hlasy, které k němu nebo o něm hovoří, které mohou přicházet zvenčí nebo vycházet

z hlavy. Někdo zase vidí satany či mimozemšťany, kde ostatní nic nevidí, nebo cítí chuť jedu na jazyku v jídle, které ostatní bez problémů jedí. Zde je třeba zdůraznit, že člověk své halucinace většinou považuje za reálné, a je těžké ho přesvědčit o opaku, protože on je prožívá.

Mezi další typické příznaky pro schizofrenii patří **poruchy pozornosti**.

Člověk trpící psychózou mnohdy nedokáže rozlišovat podstatné informace od nepodstatných. Jako by mu v hlavě zmizel nějaký „filtr“, který normálně potlačuje vedlejší vjemy a myšlenky. Dotyčný se pak nemůže soustředit, protože má hlavu plnou nadbytečných vjemů a informací, v kterých se nedokáže orientovat.

Dalším častým příznakem je **oslabení či ztráta vůle**, kdy pacientovi činí potíže se o něčem rozhodnout něco si naplánovat, něco udělat. Dotyčný pak ztrácí zájem o věci, stahuje se do sebe. Nejde však o lenost či zlou vůli. Jde o stejný projev nemoci jako jsou například bludy či halucinace.

Neméně významné jsou **změny nálad a prožívání vůbec**. Někteří jsou depresivní, smutní, plačtiví s pocity méněcennosti, což může vyústit až v sebevražedné tendence. U jiných dochází naopak k projevům mánie, tj. zvýšené aktivitě, nadnesené náladě a nadměrnému sebevědomí. Narušen bývá často kontakt s ostatními, kdy pro nemocného jsou vztahy nadměrnou a ohrožující zátěží. Nemocný se často od ostatních izoluje.

Kdy vzniká a jak se psychóza vyvíjí?

Schizofrenní psychózou onemocní 2 lidé ze sta (**2 %**), a to nejčastěji **mezi 16. - 25. někdy až 30. rokem života**. Co se týče průběhu schizofrenii, je známo, že třetina takto nemocných lidí se plně uzdraví. U druhé třetiny se nemoc občas vrací, což může mít vliv na fungování takto nemocných lidí v reálném životě. Teprve u poslední třetiny se nemoc navrácí tak často, že intenzivněji zasahuje do života dotyčného jedince, do jeho fungování doma, v práci..... Nutno podotknout, že výsledek schizofrenii, tedy jak to s onemocněním dopadne u konkrétního jedince není dáno dopředu, ale z velké většiny to závisí na přístupu jedince ke své nemoci a samozřejmě reakcích a chování jeho okolí, zejména pak rodiny.

První projev schizofrenní psychózy se nazývá **ataka** neboli úder, kdy se naplno rozvinou výše uvedené příznaky schizofrenie. Atace často předchází tak zvané **prodromální období**, kdy se nemoc chystá, schyluje se k ní. Do tohoto období spadají takové projevy jako je úzkost, rozlady, podrážděnost, nespavost, pocity neskutečnosti, únava, nesoustředěnost apod. Tyto potíže postupně narůstají až vyústí v ataku. Tehdy jedinec např. přestane vycházet na ulici, z pokoje, nebo něco rozbije, někoho udeří, nebo se dostaví na policii a žádá o milost. Všechno toto jednání je pro jeho okolí překvapující a nepochopitelné. Je to proto, že logika jeho myšlení, cítění a jednání je logikou jeho vnitřního světa (např. že ho sleduje mafie, že je spasitel atd.) V takovém stavu bývá dotyčný většinou poprvé hospitalizován. Po ukončení hospitalizace téměř u každého pacienta přetrvávají některé tzv. zbytkové příznaky – snížená schopnost soustředit se, apatie, smutek, podezíravost, pocit vyhasnutí, pocit vnitřní prázdnoty atd. V tomto **období – odeznívajících příznaků** se pacient vrací do běžného života a velmi záleží na tom, s jakým přijetím se v reálném životě setká.

Schizofrenie je tzv. **epizodické onemocnění**. To znamená, že asi u 60 % se může vracet v nových epizodách nemoci, které se také nazývají **relapsy**. Nejdůležitější období je prvních 9 až 12 měsíců po ústupu nemoci. Kdy je dobré si uvědomit, že epizody psychózy většinou nevznikají náhodně, ale zpravidla bývají vyprovokovány nadměrným stresem. Pacient sám i jeho rodina ve spolupráci s odborníky mohou udělat mnoho proto, aby k nové epizodě nedošlo, nebo aby měla příznivější průběh. Je prokázáno, že čím častěji dochází k těmto návratům psychózy, tím horší je prognóza schizofrenie. Proto je velmi smysluplné se naučit tyto relapsy psychózy rozpoznávat, umět je včas zastavit a tím jim předcházet.

Příznaky psychózy, které nyní máte nebo které jste měli v minulosti

Halucinace:

- sluchové (např. „hlasy“)
- čichové
- chuťové
- zrakové
- hmatové
- tělové

Bludná – falešná přesvědčení:

- že ostatní o mně hovoří, více si mě všímají
- že o mě mluví v televizi, v radiu
- že mě někdo pronásleduje, sleduje, odposlouchává
- že moje rodina je proti mně, nebo do rodiny nepatřím
- že mám s někým nedosažitelným vztah
- že mi někdo čte, vkládá, nebo bere myšlenky
- že mě chce někdo dostat, potrestat
- že jsem někdo významný nebo vyvolený, že mám nadpřirozené schopnosti
- že nejsem nikdo, nebo že jsem se něčím provinil, že jsem špatný
- pohlcující víra v náboženství, parapsychologii, esoteriku, magii či filozofii

Změny nálad – depresivní-smutná nálada; nebo velmi dobrá-manická nálada; kolísání nálady

Nadměrné vzrušení, podrážděnost a popudlivost, neklid

Pocity odcizení, uzavírání se do sebe, izolace od ostatních

Myšlenkový chaos či nutkavé myšlenky

Nadměrné hledání souvislostí, nacházení významů či znamení v nepodstatných detailech

Poruchy pozornosti a soustředění; Zhoršení paměti, roztržitost

Oslabení či ztráta vůle

Nepřekonatelná únava

Poruchy spánku; Problémy s jídlem

Pocit nejistoty, či strach, že se něco stane, Pocit beznaděje

Myšlenková či pocitová prázdnota

Jestliže se Vám tyto příznaky objeví znovu, neprodleně kontaktujte svého psychiatra!