

**Diplomová práce**

**2022**

**Martina Podlipná**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Katedra sociální a charitativní práce

Diplomová práce

RESPEKT K DŮSTOJNOSTI ČLOVĚKA JAKO ZÁKLAD KVALITY  
SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

*Reflexe na zotavení zaměřeného přístupu – proces zotavení z duševního onemocnění  
jako usilování o důstojný život*

Vedoucí práce: doc. Jindřich Šrajfer, Dr. theol.

Autor práce: Martina Podlipná

Studijní obor: Etika v sociální práci

Forma studia: kombinovaná

2022

Prohlašuji, že jsem autorem této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

25. 3. 2022

## Poděkování

Děkuji vedoucímu diplomové práce doc. Jindřichu Šrajerovi, Dr. theol. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Dále děkuji konzultantovi Mgr. Karlu Šimrovi, Ph.D. a Mgr. & Mgr. Martinu Fojtíčkovi za inspirativní podněty ke zpracování zvoleného tématu.

## Obsah

Úvod	7
1. Důstojnost člověka a její etické a právní ukotvení	10
1.1. Kontingentní pojetí lidské důstojnosti	11
1.2. Inherentní pojetí lidské důstojnosti	12
1.2.1. Pojetí důstojnosti člověka v křesťanské teologii	13
1.2.2. Pojetí důstojnosti člověka v podání Immanuela Kanta	14
1.3. Komunitaristický koncept lidské důstojnosti	16
1.4. Shrnutí	17
1.5. Zakotvení pojmu důstojnost v právním systému vyspělých zemí	17
1.5.1. Lidská důstojnost jako samostatné lidské právo	18
1.5.2. Lidská důstojnost jako zdroj lidských práv	18
1.5.3. Důstojnost jako objektivní ústavní hodnota	19
1.5.4. Využití konceptu lidské důstojnosti	19
1.6. Vybrané lidskoprávní dokumenty	20
1.6.1. Všeobecná deklarace lidských práv	20
1.6.2. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicině)	20
1.6.3. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením	21
1.6.4. Listina základních práv Evropské unie (Charta základních práv EU)	22
1.6.5. Základní zákon Spolkové republiky Německo (Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland)	22
1.6.6. Ústava České republiky	23
1.6.6.1. Listina základních práv a svobod	23
1.6.6.2. Nález Ústavního soudu IV. 412/04	24
1.6.7. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)	25
1.6.8. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	25
1.7. Shrnutí	27
1.8. Etické kodexy v multidisciplinárním kontextu péče o duševní zdraví	27
1.8.1. Etický kodex profese lékař	28
1.8.2. Etický kodex profese zdravotní sestra	29
1.8.3. Práva pacientů	30
1.8.4. Etický kodex profese klinický psycholog	30
1.8.5. Etický kodex profese sociální pracovník	31
1.8.5.1. Prohlášení Mezinárodní federace sociálních pracovníků o etických principech	31

1.8.5.2.	Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků.....	33
1.9.	Shrnutí.....	34
2.	Na zotavení zaměřený přístup v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním – důstojné myšlení a jednání v kontextu na zotavení zaměřeného přístupu .....	36
2.1.	Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.....	36
2.1.1.	Definice sociální práce, podstata sociální práce .....	36
2.1.2.	Sociální práce s klientem s duševním onemocněním.....	37
2.1.3.	Péče o duševní zdraví.....	38
2.2.	Vybrané přístupy v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním.....	43
2.2.1.	Klinický (medicínský) model.....	43
2.2.2.	Rehabilitační model .....	46
2.2.3.	Recovery model – na zotavení zaměřený přístup.....	47
2.2.3.1.	Vymezení pojmu zotavení (recovery) .....	47
2.2.3.2.	Zotavení (recovery) jako nové paradigma .....	51
2.2.3.3.	Jazyk podporující zotavení.....	56
2.2.4.	Proces zotavení jako usilování o důstojný život .....	57
2.2.4.1.	Naděje.....	58
2.2.4.2.	Zplnomocnění .....	62
2.2.4.3.	Zodpovědnost za sebe sama.....	64
2.2.4.4.	Smysluplná životní role.....	67
2.2.5.	Shrnutí procesu zotavení jako usilování o důstojný život .....	68
2.2.6.	Shrnutí možností podpory osob s duševním onemocněním v jejich zotavování ze strany pomáhajících profesionálů.....	69
3.	Reflexe na zotavení zaměřeného přístupu ve vztahu k respektu k důstojnosti člověka jako základu kvality sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.....	71
3.1.	Přínos na zotavení zaměřeného přístupu ve vztahu k respektu k důstojnosti člověka.....	71
3.1.1.	Přínos na zotavení zaměřeného přístupu ve vztahu ke kontingentnímu pojetí důstojnosti člověka .....	71
3.1.1.1.	Identita člověka nad rámec pacienta s duševním onemocněním .....	72
3.1.1.2.	Ústřední je pohled pacienta/klienta .....	72
3.1.1.3.	Peer specialisté.....	72
3.1.1.4.	Zodpovědnost za své chování a jeho důsledky.....	73
3.1.2.	Přínos na zotavení zaměřeného přístupu ve vztahu k inherentnímu pojetí důstojnosti člověka .....	74
3.1.2.1.	Jedinečnost každého člověka .....	74
3.1.2.2.	Neposuzování připravenosti.....	74
3.1.2.3.	Nemožnost selhat.....	74

3.1.2.4.	Naděje.....	75
3.1.2.5.	Welcoming .....	75
3.1.2.6.	Medikace – vy-užívání léků místo užívání .....	75
3.1.2.7.	Riziko, protikrizové plány, přání pro případ krize.....	75
3.1.2.8.	Orientace na silné stránky člověka .....	76
3.1.3.	<b>Přínos na zotavení zaměřeného přístupu ve vztahu ke komunitaristickému konceptu lidské důstojnosti .....</b>	<b>76</b>
3.1.3.1.	Poskytování péče v komunitě .....	76
3.1.3.2.	Oděv, visačky, uspořádání prostoru .....	77
3.2.	<b>Úskalí na zotavení zaměřeného přístupu ve vztahu k respektu k důstojnosti člověka.....</b>	<b>77</b>
3.2.1.	Zotavení/recovery jako používaný termín, nikoliv jako v praxi uplatňovaný princip .....	78
3.2.2.	Měření zotavení .....	78
3.2.3.	Posuzování, kdo je v jaké fázi zotavení .....	78
3.2.4.	Vztah k ústavně poskytované péči o duševní zdraví a k medicínskému přístupu.....	79
3.2.5.	Pouze formální zapojení peer konzultantů do týmu .....	79
3.2.6.	Oživování naděje .....	79
	<b>Závěr</b>	<b>81</b>
	<b>Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>85</b>

## Úvod

Zdraví je podle Světové zdravotnické organizace „*stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení,*“<sup>1</sup> přičemž psychické zdraví je nedílnou a nezbytnou složkou celostně pojatého zdraví.

Péče o duševní zdraví prochází v posledních letech v celosvětovém měřítku významnými změnami. Důraz je kladen na naplňování práv lidí s duševním onemocněním a na kvalitu poskytovaných služeb. Tyto služby jsou poskytovány v multidisciplinárním kontextu – do podpory lidí s duševním onemocněním je zapojena řada odborných profesí i organizací. Spolupráce probíhá zejména na sociálně zdravotním pomezí, proto je praxe sociální práce s lidmi s duševním onemocněním výrazně ovlivněna systémem péče o duševní zdraví.

V České republice probíhá systémová změna organizace poskytování péče o duševní zdraví, v jejímž rámci se služby poskytované lidem s psychickým onemocněním přesouvají z nemocnic do komunity, rozvíjí se holistický model péče a mnohé z nabízených služeb se orientují nikoliv pouze na somatickou léčbu, nýbrž na celkové zotavení klientů. Obecným záměrem reformy péče o duševní zdraví je zlepšit kvalitu života lidí s psychickým onemocněním. Cílem péče o lidi s duševním onemocněním by pak mělo být dosažení plnohodnotného života těchto osob, bez ohledu na symptomy nemoci a na to, jestli dojde k tělesnému uzdravení.

Běžnou součástí každodenní praxe v poskytování služeb podporujících duševní zdraví se stává přístup zaměřený na zotavení (recovery). Analogicky k fázím smutku, jak je charakterizovala Elisabeth Kübler-Rossová, popsal psychiatr Mark Ragins zotavení z duševního onemocnění jako psychologický proces, v němž lidé usilují o důstojný život. Fázemi tohoto procesu jsou podle Raginse naděje, zplnomocnění, odpovědnost za sebe sama a smysluplné životní role.

*„Aby se mnou jednali s respektem a aby byla vždy zachována má důstojnost, abych se z nemoci uzdravil, abych viděl, jak společnost řeší otázku stigmatu a diskriminace...“*<sup>2</sup> Slova člověka s vážnou duševní nemocí, vyjadřující, co by si tento muž přál, jsou vhodným předznamenáním tématu této práce, jímž je respekt

---

<sup>1</sup> WHO. Posl. úpravy 08. 03. 2022 [cit. 2022-03-08] Dostupné na WWW: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>>

<sup>2</sup> TORESINI, L.; MEZZINA, R.; *Za zmi Deinstitutionalizace v evropských příkladech dobré praxe.* Praha: Fokus ČR, 2017, s. 32-33.



k důstojnosti člověka jako základ kvality sociální práce s lidmi s duševním onemocněním v kontextu na zotavení zaměřeného přístupu v péči o duševní zdraví.

V následujícím textu bude reflektován vztah na zotavení zaměřeného přístupu k respektu k důstojnosti člověka v oblasti sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Cílem diplomové práce je popsat tento koncept péče o duševní zdraví a zhodnotit, jaké jsou přínosy a úskalí tohoto přístupu v souvislosti s důstojností lidí s psychickými obtížemi.

Díličními cíli jsou popsat etické a právní ukotvení důstojnosti člověka, shrnout etické zásady vztahující se k důstojnosti člověka formulované v etických kodexech jednotlivých profesí zastoupených v multidisciplinárním týmu poskytujícím služby lidem s duševním onemocněním a představit další vybrané přístupy k péči o duševní zdraví – klinický model a rehabilitační model.

Předkládaná práce sleduje následující strukturu: v první kapitole jsou popsána tři pojetí lidské důstojnosti – inherentní, kontingentní a komunitaristické – u každého z nich je zároveň uvedeno, jakým způsobem se tento koncept může promítat do praxe sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Další část úvodní kapitoly je věnována tomu, jak se různé přístupy k pojmu lidské důstojnosti promítly v rovině práva a jak je pojem důstojnost zakotven v právním systému vyspělých zemí včetně toho, jak vybrané lidskoprávní dokumenty upravují práva a povinnosti v souvislosti s důstojností člověka. Následuje pasáž zaměřená na pravidla a principy etických kodexů jednotlivých profesí ve vztahu k lidské důstojnosti.

Ve druhé kapitole jsou přiblížena specifika sociální práce s klientem s duševním onemocněním, následuje popis vybraných přístupů k práci s touto cílovou skupinou a na závěr je představen na zotavení zaměřený přístup v péči o duševní zdraví.

Třetí kapitola obsahuje reflexi na zotavení zaměřeného přístupu ve vztahu k respektu k důstojnosti člověka jako základu kvality sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Nejprve jsou popsány přínosy tohoto přístupu, vztahené ke třem pojetím lidské důstojnosti. Další část závěrečné kapitoly pojednává o potenciálních úskalích na zotavení zaměřeného přístupu a o navržených možnostech, jak problémům spojeným s praktickým využíváním tohoto konceptu v péči o duševní zdraví předcházet.

Základními zdroji k této práci jsou kniha Cesta k zotavení a další texty M. Raginse, dále 100 způsobů, jak podporovat zotavení M. Sladea, Příručka jazyka zotavení a dokumenty Reforma psychiatrické péče, Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním, Národní akční plán pro duševní zdraví a Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním.

## 1. Důstojnost člověka a její etické a právní ukotvení

Úvodní část první kapitoly pojednává o dvou základních konceptech lidské důstojnosti – kontingentním a inherentním pojetí; v souvislosti s podmínkami péče o duševní zdraví bude zmíněno také komunitární pojetí lidské důstojnosti. Další část této kapitoly je věnována zakotvení pojmu důstojnost v právním systému vyspělých zemí a uvádí, jak se různé přístupy k pojmu lidské důstojnosti projevily v oblasti práva. Tato pasáž obsahuje také přehled právních norem a dokumentů, které jsou relevantní v kontextu péče o duševní zdraví, zejména s ohledem na to, jak právně upravují pojem důstojnost. Třetí část kapitoly prezentuje etické kodexy jednotlivých profesí, působících v multidisciplinárním týmu poskytujícím služby lidem s duševním onemocněním, přičemž v těchto dokumentech jsou akcentovány zejména pasáže související s tématem důstojnosti člověka.

Důstojnost (anglicky dignity, z latinského dignitas) člověka je absolutní hodnota lidské bytosti, projevuje se především ve svobodě a odpovědnosti a je také nutným předpokladem osobních vztahů.<sup>3</sup> Termín důstojnost patří mezi nejkonkrétnější a zároveň nejméně uchopitelné filosofické pojmy. Každý člověk vnímá, jestliže je mu důstojnost odírána nebo je snižována, avšak formulovat přesnou definici důstojnosti je obtížné. Také negativní definice lidské důstojnosti (např. lidská důstojnost jako ne-zcizitelná hodnota lidských bytostí jako lidských bytostí) a argumentace děsivými důsledky jejího nerespektování jsou problematické. *„Ani názornost válečných hrůz nevedla zdaleka všechny lidi k závěru stran nutnosti respektovat základní lidská práva. Ostatně války zpravidla ukončuje spíše porážka a vyčerpání válečných zdrojů než nesnesitelnost zabíjení lidí. Pokud se v době po válečných masakrech schvalují lidskoprávní deklarace, pak spíše proto, že většina, která vždy uznávala lidskou důstojnost a práva, náhle vidí nutnost prosadit je i v „pozitivní formě“ – ovšem právě proto, že je evidentní, jak mnozí ony ideje neuznávají a nerespektují.“*<sup>4</sup>

Pojetí důstojnosti se liší napříč jednotlivými historickými obdobími a kulturami. Pro účely této práce budeme vycházet ze dvou základních konceptů lidské důstojnosti – důstojnosti kontingentní (sociální, podmíněné) a důstojnosti inherentní (ontologické,

---

<sup>3</sup> Srov. MACHULA, T. *Důstojnost*. In MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013, s. 204.

<sup>4</sup> HEJDUK, T. *Nepolitická politika v díle Ladislava Hejdánka*, Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, 2018, s. 159.

nepodmíněné). V souvislosti s probíhající reformou psychiatrické péče, jejíž součástí je také proces deinstitucionalizace a humanizace služeb poskytovaných lidem s duševním onemocněním, bude zmíněno také komunitaristické pojetí důstojnosti vycházející z představy, že důstojný má být především život člověka, tj. podmínky, v nichž jedinec žije.

### **1.1. Kontingentní pojetí lidské důstojnosti**

Kontingentní pojetí důstojnosti požaduje pro přiznání důstojnosti určité konkrétní podmínky, které musí člověk naplňovat, aby mu byla důstojnost přiznána. Toto pojetí je spojováno s antickým světem, v němž dominoval koncept dignitas – důstojnosti či vážnosti ve smyslu cti nebo společenského statusu. Tato čest nenáležela všem lidem, nýbrž jen některým, v závislosti na jejich postavení ve společnosti.

Aristotelés ve svém díle *Politika I* předkládá filosofické zdůvodnění otroctví. Pojednává o těch, kteří jsou přirozeností určeni k vládě, neboť jsou s to svým myšlením předvídat, a o těch, kteří jsou svou přirozeností určeni k ovládnutí, protože jsou schopni pouze tělesné práce a jsou tedy svou přirozeností otroky. Otroky pak Aristotelés přirovnává k oduševnělé části majetku, tj. druhu nástroje, který náleží svému pánu. Někteří lidé tedy podle něj nemají dostatek rozumových schopností, které jsou potřeba ke svobodnému životu, a z tohoto důvodu jsou přirozeně předurčeni, aby byli otroky, plnícími pokyny jiných.<sup>5</sup>

Marcus Tullius Cicero předpokládá určitou důstojnost každého člověka. Člověk obdařený rozumem, na rozdíl od zvířete řízeného smysly, vnímá příčiny věcí, jejich podmínky a předpoklady. Podle něj je význačným atributem člověka zejména hledání a zkoumání pravdy. Síla lidské přirozenosti spočívá v tom, že jedině člověk rozumí tomu, co je řád, vnímá krásu a harmonii u věcí fyzických a usiluje o zachování krásy a řádu i v myšlenkách a činech. Pozorní a uctiví máme být dle Cicera k lidem, kteří si svými činy získali čest a slávu, mají zásluhy o obec a také k těm, kteří zastávají čestný úřad. Filozof píše také o zaměstnáních a živnostech, které lze pro člověka pokládat za důstojné a které nikoliv. Za jedno z těch čestných považuje lékařství, ze všech zaměstnání za to nejdůstojnější pro svobodného člověka považuje rolnictví.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Srov. ARISTOTELÉS: *Politika I*. Praha: OIKOYMENG, 1999, s. 49.

<sup>6</sup> Srov. CICERO, M. T.: *O povinnostech*. Praha: Svoboda, 1970, s. 82-84.

Ve svém díle Cicero pojednává mimo jiné o vnějších projevech lidské důstojnosti. S ohledem na důstojnost muže autor navrhuje vyvarovat se strojenosti v úpravě zevnějšku, v gestech či pohybech, dále udržovat přiměřenou čistotu a péči o oděv. Všímá si dokonce chůze a její vhodné rychlosti. Ještě více pozornosti než fyzickému vzezření Cicero radí věnovat duševním hnutím – v této souvislosti doporučuje nepodléhat rozčilení a strachu a naopak pamatovat na zachování slušnosti. Další instrukce směřuje Cicero k řeči – hovor by měl být umírněný a duchaplný a rozmluva by mj. neměla prozrazovat povahové vady mluvčího, k čemuž podle něj nejčastěji dochází tehdy, když se hanlivě mluví o nepřítomných.<sup>7</sup>

Kontingentní pojetí důstojnosti může inspirovat praxi sociální práce s lidmi s duševním onemocněním například v oblasti péče o oblékání (a to jak na straně pomáhajících profesionálů – mj. v otázkách týkajících se používání uniforem nebo bílých plášťů, tak klientů/pacientů a jejich oděvu při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení); dále v oblasti mluvy (o důležitosti respektujícího jazyka a komunikace vůbec bude řeč ve druhé kapitole). V této souvislosti je možné posuzovat také adekvátnost režimových opatření v konkrétních zařízeních. Potenciálním úskalím tohoto pojetí důstojnosti ve vztahu k duševnímu zdraví může být snižování důstojnosti a stigmatizace lidí s psychickým onemocněním.

Stigmatizace těchto osob je závažným problémem, vedoucím k diskriminaci a ke zvyšování jejich utrpení. Zdrojem této stigmatizace jsou pravděpodobně pocity ohrožení a odlišnosti, založené na stereotypech, které jsou předávány výchovou a udržovány médii. Například tím, že dojde-li ke spáchání trestného činu člověkem s duševním onemocněním, sdělovací prostředky tuto skutečnost zmíní, zatímco o jiných diagnózách pachatelů neinformují. To vede ke zkreslování postoje veřejnosti a k posilování předsudků. Stigmatizace lidí s psychiatrickým onemocněním je kromě strachu plynoucího z vnímané odlišnosti těchto pacientů udržována také přesvědčením o neléčitelnosti psychických nemocí.<sup>8</sup>

## **1.2. Inherentní pojetí lidské důstojnosti**

V inherentním pojetí lidské důstojnosti je důstojnost přiznávána každému člověku – je základní charakteristikou člověka, nezávislou na jeho schopnostech, výkonu nebo

---

<sup>7</sup> Srov. CICERO, M. T.: O povinnostech. Praha: Svoboda, 1970., s. 75-79.

<sup>8</sup> Srov. OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J. Stigmatizace a sebstigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 253-254.

podmínkách, v nichž člověk žije. Koncept inherentní důstojnosti přiblížíme v rámci křesťanského pojetí, v němž je důstojnost člověka, bytosti stvořené Bohem, dána jeho podobností s ním, a ve filosofii Immanuela Kanta, podle níž je člověk jako rozumová bytost účelem o sobě, absolutní hodnotou, kterou nelze ničím jiným zastoupit či nahradit – tato nenahraditelnost je podle Kanta základem lidské důstojnosti.

### 1.2.1. Pojetí důstojnosti člověka v křesťanské teologii

K tématu důstojnosti člověka se vztahují již úvodní pasáže Starého zákona. „*Písmo svaté totiž učí, že člověk byl stvořen „k Božímu obrazu“, dostal schopnost poznávat a milovat svého Stvořitele a byl od něho ustanoven pánem nad veškerým pozemským tvorstvem, aby mu vládl a užíval ho k Boží slávě.*“<sup>9</sup> „*I řekl Bůh: „Učiňme člověka, aby byl naším obrazem podle naší podoby. Ať lidé panují nad mořskými rybami a nad nebeským ptactvem, nad zvířaty a nad celou zemí i nad každým plazem plazícím se po zemi.“ Bůh stvořil člověka, aby byl jeho obrazem, stvořil ho, aby byl obrazem Božím, jako muže a ženu je stvořil.*“ (Gen 1,26–27). Paralelou k tomuto textu je osmý žalm: „*Hospodine, Pane náš, jak vznešené je Tvoje jméno po vší zemi! Svou velebnost vyvýšil jsi nad nebesa. Ústy nemluvnat a kojenců jsi vybudoval mocný val proti svým protivníkům a zastavil nepřítel planoucího pomstou. Vidím tvá nebesa, dílo tvých prstů, měsíc a hvězdy, jež jsi tam upevnil: Co je člověk, že na něho pamatuješ, syn člověka, že se ho ujímáš? Jen maličko jsi ho omezil, že není roven Bohu, korunuješ ho slávou a důstojností. Svěřuješ mu vládu nad dílem svých rukou, všechno pod nohy mu kladeš: všechen brav a skot a také polní zvířata a ptactvo nebeské a mořské ryby, i netvora, který se prohání po mořských stezkách. Hospodine, Pane náš, jak vznešené je tvoje jméno po vší zemi!*“ (Ž 8,1–10).

„*Zvláště významně je důstojnost člověka založena v jeho povolání ke společenství s Bohem. K rozhovoru s Bohem je člověk zván již od svého vzniku: existuje totiž jenom proto, že ho Bůh z lásky stvořil a neustále z lásky zachovává; jen tehdy žije plně podle pravdy, když tuto lásku svobodně uznává a dává se svému Stvořiteli.*“<sup>10</sup>

Biblické pojetí důstojnosti člověka tedy vychází z idey, že člověk byl stvořen k Božímu obrazu a že lidský jedinec má proto osobní důstojnost. Zároveň je člověk stvořen jako muž a žena, což poukazuje na jednotu a rovnost obou pohlaví. „*Muž i žena*

---

<sup>9</sup> Gaudium et spes, čl. 12.

<sup>10</sup> Tamtéž, čl. 19.

*mají nepomíjející důstojnost, kterou jim uděluje bezprostředně Bůh, jejich stvořitel. Muž a žena jsou, s touž důstojností, „Božím obrazem.“<sup>11</sup>*

Jedním ze základů křesťanské antropologie je nezcizitelná důstojnost lidské osoby, která je zaručena Božím stvořitelem záměrem. V Novém zákoně důstojnost člověka umocňuje tajemství vtělení Božího Syna. „*On (Kristus) je obraz Boha neviditelného, prvorozený všeho stvoření*“ (Kol 1,15). Slovy Kompendia sociální nauky církve: „*křesťanské zjevení vrhá nové světlo na identitu, povolání a konečné určení osoby i lidského rodu. Každá osoba je Bohem stvořena, milována a spasena v Ježíši Kristu a realizuje se tím, že vytváří množství vztahů lásky, spravedlnosti a solidarity s ostatními osobami, když rozvíjí svou mnohotvárnou aktivitu ve světě. Lidské jednání, které je zaměřeno na podporu důstojnosti a integrálního povolání člověka, na kvalitu podmínek jeho existence, na setkávání a solidaritu mezi národy, je v souladu se záměrem Boha, jenž nikdy nepřestává projevovat svou lásku a prozřetelnost vůči svým dětem.*“<sup>12</sup> Sám Ježíš se dokonce ztotožňoval s lidmi ubohými a nemocnými, například když za pozeňnané a spravedlivé označil ty, kteří dali jíst hladovému, oblékli nahého nebo navštívili nemocného: „*Amen, pravím vám, cokoliv jste učinili jednomu z těchto mých nepatrných bratří, mně jste učinili.*“ (Mt 25,40). Biblické pojetí člověka tedy přisuzuje nezrušitelnou důstojnost všem lidem bez rozdílu. Člověk podle něj není „*pouze tělesnou bytostí, nýbrž je také inteligencí, která hledá pravdu, svědomím a odpovědností, díky nimž musí směřovat k dobru, a to podle možností svého svobodného rozhodování.*“<sup>13</sup> Na těchto výsadách je založena důstojnost, která přísluší každému člověku a která musí být v každém respektována.

### **1.2.2. Pojetí důstojnosti člověka v podání Immanuela Kanta**

Dalším ze způsobů odůvodňování a výkladu pojmu lidské důstojnosti je Kantův kategorický imperativ. Kategorický imperativ, který „*by představil nějaké jednání jako objektivně nutné samo pro sebe, bez vztahu k jinému účelu*“<sup>14</sup> je pouze jeden jediný, v několika formulacích. První formule tohoto kategorického imperativu je vyjádřena následovně: „*jednej jen podle té maximy, u níž můžeš zároveň chtít, aby se stala*

---

<sup>11</sup> Katechismus katolické církve, čl. 369.

<sup>12</sup> Katolická církev. *Kompendium sociální nauky církve*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 39.

<sup>13</sup> *Dokumenty Mezinárodní teologické komise věnované morální teologii a etice*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010, s. 51.

<sup>14</sup> KANT, I. *Základy metafyziky mravů*. Praha: Oikoyment, 2014, s. 34.

*obecným zákonem,*<sup>15</sup> kde maximy znamenají subjektivní praktické zásady, které pokládáme za osvědčené a užitečné; konkrétní maximy jednání pak kategorický imperativ posuzuje ve vztahu k možnosti jejich univerzalizace.

V souvislosti s hledáním účelu sama o sobě, který má absolutní hodnotu, Kant píše: *„Pravím nyní: člověk a každá rozumná bytost existuje jako účel sám o sobě, nikoliv pouze jako prostředek k libovolnému použití tou či onou vůlí, nýbrž musí být ve všem svém jednání zaměřeném jak na sebe sama, tak i na jiné rozumné bytosti nahlížen vždy zároveň jako účel.“*<sup>16</sup> Tato druhá formule kategorického imperativu zakazuje instrumentalizaci člověka a jeho degradaci na pouhý objekt: *„jednej tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak i v osobě každého druhého vždy zároveň jako účel, nikdy pouze jako prostředek.“*<sup>17</sup>

Podle Kanta lze rozlišovat buďto cenu nebo důstojnost – to, co má cenu, je možné nahradit něčím jiným jako ekvivalentem, zatímco to, co je povzneseno nad jakoukoli cenu, tudíž je nahradit ekvivalentem nelze, má důstojnost. *„...to, co tvoří podmínku, za níž výhradně může něco být účelem samým o sobě, nemá pouze relativní hodnotu, tj. nějakou cenu, nýbrž vnitřní hodnotu, tj. důstojnost. Moralita je nyní tou podmínkou, za níž výhradně může být rozumná bytost účelem samým o sobě, protože jen díky ní je možné, aby tato bytost byla zákonodárným členem v říši účelů. Tedy jedině mravnost a lidství, nakolik je mravnosti schopné, má důstojnost.“*<sup>18</sup>

Lze tedy říci, že *„když ctíme člověka jako subjekt práv, to znamená jako bytost, vůči které máme absolutní povinnosti, propůjčujeme mu důstojnost a absolutní hodnotu.“*<sup>19</sup>

Inherentní pojetí důstojnosti může inspirovat českou praxi sociální práce s lidmi s duševním onemocněním například v souvislosti se stigmatizací pacientů s psychickou nemocí. *V ČR je oproti původním členským státům EU mimořádně vysoká stigmatizace, a to jak mezi veřejností, tak mezi specifickými subpopulacemi, jako jsou zdravotníci.*<sup>20</sup> Stigma spojené s psychickou nemocí zároveň může být také jednou z okolností ovlivňující celkovou kvalitu lidského života. *Většině lidí s problémy psychického*

---

<sup>15</sup> KANT, I. Základy metafyziky mravů. Praha: Oikoyment, 2014, s. 40.

<sup>16</sup> Tamtéž, s. 47.

<sup>17</sup> Tamtéž, s. 48.

<sup>18</sup> Tamtéž, s. 54.

<sup>19</sup> TUGENHADT, E. *Přednášky o etice*. Praha: Oikoyment, 2004, s. 115.

<sup>20</sup> *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 - 2030*, s. 40.



okruhu se nedostává soustavné odborné pomoci. Ti, kteří pomoc dostávají, mají závažné problémy v sociální oblasti a často žijí pod hranicí chudoby, k čemuž přispívá i současný systém zaměstnávání lidí s duševním onemocněním.“<sup>21</sup> Kýžená destigmatizace pacientů s duševním onemocněním v tomto kontextu spočívá v respektování lidské důstojnosti každého člověka „bez ohledu na jeho diagnózu“ a v přístupu ke klientovi jako k „účelu sám o sobě“ a nikoliv jako k „sociálnímu případu“.

### 1.3. Komunitaristický koncept lidské důstojnosti

V návaznosti na myšlenky francouzské revoluce se v politické filosofii 19. století rozvinul komunitaristický koncept lidské důstojnosti. Oproti individualistické koncepci člověka jako svobodného a nezávislého jedince nebyla pro kontinentální republikanismus svoboda výlučnou hodnotou, ale byly mu bližší ideály rovnosti a bratrství. Lidská důstojnost byla spojována se sociálními podmínkami, v nichž se člověk rozvíjí. Jednotlivec má v tomto pojetí nárok na důstojnou existenci.<sup>22</sup> Klíčovým tématem se stalo „důstojné bytí“, které je naplněno až v okamžiku, kdy člověk dosáhne určitého standardu svých osobnostních, politických, sociálních a dalších práv. Lidská důstojnost se tak stává obecně žádoucím stavem, kterého by se společnost měla snažit dosáhnout a který může být občany nárokován.<sup>23</sup>

V rámci strategie reformy péče o duševní zdraví se toto pojetí důstojnosti projevuje v oblasti tzv. humanizace prostředí psychiatrické péče, jejímž cílem je zlepšení podmínek ve stávajících zdravotnických zařízeních (psychiatrické nemocnice, léčebny) a zlepšení estetiky prostředí. Součástí humanizace a modernizace psychiatrických nemocnic mají být „rekonstrukce s cílem max. 3 lůžkových pokojů s příslušenstvím, zajištění srovnatelných podmínek jako u somaticky nemocných, zajištění financí na dostatečné množství personálu, aby byla možná individualizovaná péče o pacienta.“<sup>24</sup>

Koncept důstojného bytí poukazuje na to, že respekt k důstojnosti člověka se v kontextu ústavní péče o lidi s duševním onemocněním může projevovat také péčí o to, aby prostředí, v němž lidé pobývají, bylo důstojné. Potenciálním úskalím tohoto pojetí

---

<sup>21</sup> KONDRÁTOVÁ, L., CHRTKOVÁ, D., MLADÁ, K., JANOUŠKOVÁ, M., ŠTANGLOVÁ, A., ROBOCH, Z., PÁV, M., WINKLER, P. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2018, 114(4), s. 151-158.

<sup>22</sup> Srov. WAGNEROVÁ, E., ŠIMÍČEK, V., LANGÁŠEK, T., POSPÍŠIL, I. a kolektiv. *Listina základních práv a svobod. Komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, s. 56.

<sup>23</sup> Srov. HORÁK, F. *Lidská důstojnost. Kritická reflexe jejího postavení a funkcí v ústavním právu*. Praha: Leges, 2019, s. 17.

<sup>24</sup> Ministerstvo zdravotnictví ČR *Strategie reformy psychiatrické péče*. Verze 1.0, 2013, s. 45.

může být situace, kdy se pozornost zúží pouze na estetiku a technické parametry konkrétních zařízení, zatímco další aspekty, například jednání s klienty nebo používaný jazyk zůstanou mimo pozornost pomáhajících profesionálů.

V kontextu služeb v oblasti podpory bydlení poskytovaných extramurálně zároveň v posledních letech dochází k posunu v pojetí služeb pro řešení bezdomovectví lidí s duševním onemocněním. Místo přístupu známého jako „Housing Ready“, v němž člověk absolvuje trénink samostatného života dříve, než je mu bydlení poskytnuto, např. přes tréninkové bydlení (domy na půl cesty, chráněné bydlení) a přes sociální bydlení (užívání bytu je omezeno plněním podmínek, např. nutností plnit individuální plán), se rozšiřuje koncept „Housing First“, postavený na osmi základních principech. Těmi jsou: bydlení je lidské právo, možnost volby a kontroly ze strany uživatelů služeb, oddělení bydlení a podpory, minimalizace rizik, aktivní zapojení bez donucení, individuální plánování, flexibilní podpora na potřebnou dobu a zaměření na zotavení.<sup>25</sup> Koncept „Housing First“ ve vztahu ke komunitaristickému konceptu lidské důstojnosti přináší vyšší respekt k důstojnosti klientů – mimo jiné tím, že bydlení v bytě v běžné zástavbě dává větší míru svobody a soukromí než bydlení v sociálních zařízeních spojené s postupným nácvikem samostatného života.

#### **1.4. Shrnutí**

V kontextu péče o duševní zdraví se prolínají všechna tři pojetí důstojnosti. Inherentní pojetí přiznává důstojnost všem lidským bytostem bez ohledu na jejich další charakteristiky (jako je například psychický stav) a na jejich ne/užitečnost pro společnost. Kontingentní pojetí důstojnosti se v praxi sociální práce s lidmi s duševním onemocněním projevuje mj. v oblasti oblékání, mluvy či režimových opatření v zařízeních zdravotně-sociálních služeb. A konečně pojetí zaměřené na důstojný život může být ideovým základem pro úsilí o to, aby důstojné byly také prostředí a podmínky, v nichž je péče poskytována.

#### **1.5. Zakotvení pojmu důstojnost v právním systému vyspělých zemí**

Jak už bylo uvedeno výše, v historii lze najít tři různé přístupy k pojmu lidské důstojnosti – za první důstojnost ve smyslu dignitas, kterou může v určité míře člověk získat svým jednáním nebo postavením; za druhé důstojnost jako habitus člověka a za

---

<sup>25</sup> Srov. PLEASE, N. *Evropská příručka Bydlení především*. Praha: Úřad vlády ČR - Sekce pro lidská práva, 2017, s. 20.

třetí pojetí důstojnosti vycházející z představy, že důstojný má být především život člověka, tj. podmínky, v nichž jedinec žije.

V oblasti práva se tyto historické koncepce vyvinuly následovně: pojetí lidské důstojnosti jako dignitas se v dnešním právu zachovalo v podobě samostatného osobnostního práva; důstojnost jako přirozený atribut člověka se uplatňuje v podobě zdroje lidských práv a důstojnost ve smyslu důstojného života nachází vyjádření jako objektivní ústavní hodnota.<sup>26</sup>

### **1.5.1. Lidská důstojnost jako samostatné lidské právo**

Lidská důstojnost pojímaná jako samostatné lidské právo se specifickým obsahem vyjadřuje právo osoby na ochranu jejího společenského statusu; neexistuje nárok na stejnou důstojnost pro všechny, nýbrž pouze na stejnou úroveň ochrany důstojnosti, které již osoba nabyla. Důstojnost tedy v tomto kontextu znamená osobní čest, dobré jméno nebo dobrou pověst; zákon by měl upravovat obsah, rozsah a podmínky ochrany takto chápané lidské důstojnosti. Možnou námitkou pro používání pojmu důstojnost jako samostatného lidského práva může být to, že je tento pojem nadbytečný – místo obsahově neurčitého pojmu důstojnost je možné využívat jednoznačnější a přesnější výrazy jako osobní čest, dobré jméno a dobrá pověst.<sup>27</sup>

### **1.5.2. Lidská důstojnost jako zdroj lidských práv**

Lidskou důstojnost vnímanou jako habitus člověka lze najít v teorii důstojnosti jako zdroje lidských práv. Toto pojetí vychází z představy, že důstojnost je automaticky získaným atributem každého člověka, jediným kritériem je příslušnost k lidskému rodu/druhu. Člověk je představován jako bytost odlišná od ostatních živočišných druhů se speciálními atributy jeho postavení ve světě a ve společnosti. Logicky následujícím krokem pak je, že pokud člověk má přirozenou důstojnost, náleží mu také právo, aby byl jako důstojný uznán ostatními. Z toho je možné vyvodit existenci základních lidských práv a svobod jednotlivce i povinnost ostatních, včetně společnosti a státu, tyto svobody respektovat a chránit.<sup>28</sup>

Toto pojetí důstojnosti se však v platném právu téměř nevyskytuje, je spíše filosofickým odůvodněním existence lidských práv a slouží jako mravní korektiv pro

---

<sup>26</sup> Srov. HORÁK, F. Lidská důstojnost. Kritická reflexe jejího postavení a funkcí v ústavním právu. Praha: Leges, 2019, s. 23.

<sup>27</sup> Srov. tamtéž, s. 23-24.

<sup>28</sup> Srov. tamtéž, s. 24-25.

tvůrce zákonů a soudce. Takto pojatou důstojnost by bylo možné použít ve smyslu pomůcky k pochopení obsahu jednotlivých práv, ale už ne k určení jejich rozsahu. Negativa pojetí lidské důstojnosti jako zdroje lidských práv mohou být jednak v tom, že důstojnost není jediným možným zdrojem lidských práv (tím může být například svoboda nebo dokonce lidství jako takové), jednak abstraktní povaha a tím i neurčitý obsah lidské důstojnosti.<sup>29</sup>

### **1.5.3. Důstojnost jako objektivní ústavní hodnota**

Pojetí důstojnosti ve smyslu cíle lidského života se projevuje v současné teorii lidské důstojnosti jako objektivní hodnoty, které se dosahuje prostřednictvím uznání a ochrany lidských práv a svobod. O obsahu důstojnosti a o tom, jaká lidská práva přispívají k jejímu naplnění nejvíce, probíhá diskuze, v níž pro někoho jsou důležitější například sociální práva, pro jiného občanské svobody. Důstojnost ve smyslu objektivní hodnoty je představou konkrétního interpreta o důstojném životě a přenesením této představy do práva. Tato představa pak funguje jako interpretační pomůcka i jako nástroj při aplikaci práva, současně však není samostatným lidským právem. Zároveň není důstojnost jedinou objektivní hodnotou, dalšími mohou být svoboda, rovnost, spravedlnost nebo bezpečnost – důstojnost v tomto pojetí je tedy hodnotou objektivní, ale nikoliv absolutní nebo nedotknutelnou, jako je to u koncepce důstojnosti jako zdroje lidských práv.<sup>30</sup>

Problémem spojeným s tímto pojetím je nejednoznačný obsah pojmu důstojnost, vedoucí k nejednotnosti jeho interpretace a použití. V liberálních společnostech bude důstojnost pomáhat jedinci prosazovat jeho práva oproti omezujícím snahám státu, naproti tomu ve společnostech konzervativních povede k omezování těchto svobod s odkazem na to, že určité chování je nedůstojné, a tedy netolerovatelné.<sup>31</sup>

### **1.5.4. Využití konceptu lidské důstojnosti**

Koncept lidské důstojnosti se nejčastěji využívá v následujících kontextech: v zákazu nelidského zacházení s lidskými osobami (např. mučení); v oblasti individuální volby, autonomie a seberealizace člověka (otázka potratů); v oblasti identity a kultury (antidiskriminační normy v oblasti rasové nebo sexuální) a konečně v oblasti vytvoření

---

<sup>29</sup> Srov. HORÁK, F. Lidská důstojnost. Kritická reflexe jejího postavení a funkcí v ústavním právu. Praha: Leges, 2019, s. 25-27.

<sup>30</sup> Srov. tamtéž, s. 27-28.

<sup>31</sup> Srov. tamtéž, s. 28.

nezbytných podmínek pro naplnění základních životních potřeb člověka (právo na život).

## **1.6. Vybrané lidskoprávní dokumenty**

V kontextu multidisciplinární péče o duševní zdraví jsou relevantní následující právní normy a dokumenty: Všeobecná deklarace lidských práv, Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, Listina základních práv Evropské unie a Ústava jako základní zákon daného státu a nejvyšší právní norma jeho právního řádu. V České republice je to dále Listina základních práv a svobod, Nález Ústavního soudu IV. ÚS 412/04, Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

### **1.6.1. Všeobecná deklarace lidských práv**

Všeobecná deklarace lidských práv (dále jen Deklarace) byla vyhlášena Valným shromážděním Organizace spojených národů 10. prosince 1948.

Podle Deklarace, konkrétně její preambule *„uznání přirozené důstojnosti a rovných a nezcizitelných práv členů lidské rodiny je základem svobody, spravedlnosti a míru ve světě“* a článku 1 *„všichni lidé se rodí svobodní a sobě rovni co do důstojnosti a práv“*<sup>32</sup> je lidská důstojnost inherentní všem lidským bytostem. Články 22 a 23 spojují důstojnost lidské osoby také se sociální spravedlností – člověk je chápán nejen jako jednotlivec, ale také jako člen společnosti. Deklaraci je možné vnímat jako praktickou shodu mezi zastánci různých světonázorů, kteří v teoretické rovině (ve vztahu k založení a ospravedlnění lidských práv) vycházejí z protichůdných pozic.

### **1.6.2. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicíně)**

Úmluva o lidských právech a biomedicíně (dále také jen úmluva) byla přijata Radou Evropy 4. dubna 1997, jménem České republiky byla podepsána 24. června 1998 a pro ČR vstoupila v platnost 1. října 2001.

Přijetí úmluvy vyplynulo z vědomí zrychlujícího se vývoje medicíny a z obav, že radikální pokrok v biologických vědách může vést i k ohrožení jedince a budoucích generací. Úmyslem dokumentu je zajistit, aby výzkum a výsledky vědy nebyly zneužívány proti člověku a aby byl člověk chráněn před nepřiměřenými zásahy do jeho

---

<sup>32</sup> OSN. *Všeobecná deklarace lidských práv.*

integrity. Úmluva věnuje pozornost respektu k autonomii jedince, k jeho svobodnému a informovanému souhlasu s jakýmkoliv zákrokem v oblasti péče o jeho zdraví. Zvýšená pozornost je věnována ochraně jedinců, kteří nejsou schopni se samostatně rozhodovat, přičemž článek 7 se přímo týká ochrany osob s duševním onemocněním a uvádí, že „osoba s vážnou duševní poruchou může být podrobena zákroku bez svého souhlasu, je-li zákrok zaměřen na léčbu její duševní poruchy, pouze v případě, že by bez takovéto léčby se vší pravděpodobností došlo k závažnému poškození jejího zdraví.“<sup>33</sup> Pojem důstojnosti není v Úmluvě redukován pouze na autonomii člověka – inherentní důstojnost každé lidské bytosti je základem pro vše ostatní – „smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez diskriminace zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny. Zájmy a blaho lidské bytosti jsou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy“ (čl. 1 a 2).<sup>34</sup>

### 1.6.3. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

Úmluva byla přijata Valným shromážděním OSN 13. prosince 2006, pro Českou republiku vstoupila Úmluva v platnost dne 28. října 2009.

Účelem tohoto dokumentu je „podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti“<sup>35</sup>. Mezi osoby se zdravotním postižením jsou zahrnuty osoby „mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními“ (Čl. 1)<sup>36</sup>. Všeobecnými principy této Úmluvy jsou dle čl. 3 mimo jiné respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, zahrnující také svobodu volby, a samostatnosti osob; plné a účinné zapojení a začlenění do společnosti a respektování odlišnosti a přijímání osob se zdravotním postižením jako součásti lidské různorodosti a přirozenosti. Dokument vyjadřuje překonání přístupu, který se primárně orientoval na deficity člověka s postižením. Uplatňuje se v něm přístup rozmanitosti, kdy postižení

---

<sup>33</sup> Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně, ve znění platném k 20.2.2021.

<sup>34</sup> Tamtéž.

<sup>35</sup> Sdělení č. 10/2010 Sb. m. s. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, ve znění platném k 8.2.2022.

<sup>36</sup> Tamtéž.

vnímáme jako normální součást lidského života i společnosti a je také zdrojem možného kulturního obohacení. Respektování důstojnosti lidí se zdravotním postižením je akcentováno také v čl. 19 pojednávajícím o nezávislém způsobu života a zapojení do společnosti. Individuální autonomie a sociální inkluze jsou zde neoddělitelně spojeny – autonomie zároveň není síla jedince zcela odkázaného na sebe, nýbrž směřuje k sebeurčovanému životu v sociálních vztazích, sociální inkluze zároveň získává kvalitu v tom, že nabízí prostor pro osobní utváření života.

#### **1.6.4. Listina základních práv Evropské unie (Charta základních práv EU)**

Listina základních práv EU byla deklarována 7. prosince 2000, znění Listiny bylo novelizováno v roce 2007, po ratifikaci Lisabonské smlouvy se Listina základních práv EU stala právně závaznou.

V preambuli, která je obsahově směrodatná pro celý dokument, jsou uvedeny základní pilíře, o které se Listina opírá. Unie se podle této části Listiny „zakládá na nedělitelných a všeobecných hodnotách lidské důstojnosti, svobody, rovnosti a solidarity.“<sup>37</sup> V první kapitole nazvané Důstojnost jsou chráněna nezadatelná a nezcizitelná práva spojená se samotnou osobností člověka jako lidské bytosti, zejména lidská důstojnost Čl. 1 „*Lidská důstojnost je nedotknutelná. Musí být respektována a chráněna.*“<sup>38</sup>, právo na život či zákaz mučení, otroctví a nucených prací. Tato práva jsou deklarována v duchu přirozeněprávních zásad podobně jako u obdobných mezinárodně právních dokumentů tohoto typu. Čl. 3 Listiny zakotvuje právo na integritu (nedotknutelnost) osobnosti, přičemž tématu duševního zdraví se týkají především bod 1 „*Každý má právo na to, aby byla respektována jeho fyzická a duševní nedotknutelnost;* a bod 2 „*V lékařství a biologii se musí dodržovat zejména: a) svobodný a informovaný souhlas dotčené osoby poskytnutý zákonem stanoveným způsobem.*“<sup>39</sup>

#### **1.6.5. Základní zákon Spolkové republiky Německo (Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland)**

Základní zákon SRN byl vyhlášen 23. května 1949.

---

<sup>37</sup> Listina základních práv Evropské unie. [cit. 2022-02-08] Dostupné na WWW: <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/ALL/?uri=celex%3A12012P%2FTXT>>

<sup>38</sup> Tamtéž.

<sup>39</sup> Tamtéž.

Koncept důstojnosti v německém ústavním pořádku je obdobně jako ve Všeobecné deklaraci lidských práv chápán nejen pouze individualisticky, ale personalisticky, v rámci sociální komunity. Důstojnost lidské osoby je nejvyšší hodnotou Základního zákona SRN; povinností veřejné moci je zajistit respekt a ochranu důstojnosti člověka (čl. 1 odst. 1). Lidská důstojnost je nadřazena všem ostatním hodnotám, omezuje výkon ostatních základních práv. Důstojnost v rovině objektivního práva ukládá německému státu povinnost zajišťovat podmínky nezbytné pro realizaci důstojnosti člověka; v rovině subjektivního práva zabraňuje státu zasahovat do negativní svobody jednotlivců (např. ponižováním nebo mučením). V rámci celého německého právního řádu se bezvýhradně aplikuje princip, že osoba je cílem o sobě a člověk musí být vždy uznáván jako nezávislá osobnost, nikoliv pouze jako objekt. Lidská důstojnost je pak nepochybnitelnou základní hodnotou německého ústavního pořádku, která nemůže být zákonem omezována ani vyvažována jinými právy.<sup>40</sup>

#### **1.6.6. Ústava České republiky**

Ústava České republiky (dále jen Ústava) byla vyhlášena Českou národní radou dne 16. prosince 1992 pod číslem 1/1993. Ústava je polylegální – tvoří ji více dokumentů, zejména Listina základních práv a svobod, která byla v období federace přijata jako ústavní zákon č. 23/1991 Sb., v České republice pak znovu vyhlášena pod č. 2/1993 Sb.

V preambuli Ústavy je formulováno odhodlání občanů České republiky „*budovat, chránit a rozvíjet Českou republiku v duchu nedotknutelných hodnot lidské důstojnosti a svobody jako vlast rovnoprávných, svobodných občanů, kteří jsou si vědomi svých povinností vůči druhým a zodpovědnosti vůči celku.*“<sup>41</sup> Ve vztahu k nedotknutelným hodnotám lidské důstojnosti a svobody a k účtě k lidským právům je nezbytné odkázat zejména k Listině základních práv a svobod, v níž je kladen prvořadý důraz na neporušitelnost přirozených práv člověka a práv občana. Preambule Ústavy také zmiňuje povinnosti občanů vůči druhým a jejich zodpovědnost vůči celku.

##### **1.6.6.1. Listina základních práv a svobod**

Na Listině základních práv a svobod (dále jen Listina) se usneslo předsednictvo České národní rady dne 16. prosince 1992 a vyhlásilo Listinu jako součást ústavního pořádku České republiky.

---

<sup>40</sup> Srov. KLOKOČKA, V.; WAGNEROVÁ, E. Ústavy států Evropské unie. Díl první. Praha: Linde Praha, 2004, s. 57.

<sup>41</sup> Ústavní zákon č. 1/1993 Sb. Ústava České republiky, ve znění platném k 8. 2. 2022.



Lidská důstojnost je preambulí této Listiny deklarována za nedotknutelnou hodnotu. Zdůrazněním neporušitelnosti přirozených práv člověka a občana se tento dokument přiklání k přirozenoprávní koncepci lidských práv. Koncept lidské důstojnosti je zároveň základem celého řádu základních práv obsažených v právním řádu České republiky. Podstatou uznání hodnoty každého člověka, bez ohledu na jeho další charakteristiky či užitečnost pro celek, je rovnost každého jednotlivce v důstojnosti a právech vyjádřena v článku 1 Listiny. Stát má povinnost lidskou důstojnost respektovat, a v případě potřeby i chránit, neboť každý má nárok na respekt a uznání své osoby. Listina vyjadřuje rovnost všech lidských bytostí, každý člověk je cílem o sobě.<sup>42</sup>

O lidské důstojnosti se explicitně mluví také v článku 10 Listiny. Celý tento článek pojednává o právu na soukromí v širším slova smyslu; ve třech odstavcích chrání několik různých základních práv – lidská důstojnost, samotný základ chápání lidství, je uvedena společně s osobní ctí, dobrou pověstí a jménem, se soukromým a osobním životem. Tento výčet však nepokrývá vše, co je potřeba zahrnout pod ochranu zajištěnou právem na soukromí či soukromý život. Garance soukromého života může mít důležitou funkci ochrany výslovně nezmiňovaných práv – například v situacích, kdy zásahy do tělesné integrity nejsou tak závažné jako mučení či nelidské zacházení, ale zároveň vyjadřují nedostatek respektu k dané osobě.<sup>43</sup>

#### **1.6.6.2. Nález Ústavního soudu IV. 412/04**

V tomto nálezu ze dne 7. prosince 2005 bylo Ústavním soudem zdůrazněno, že centrem ústavního pořádku je jednotlivec a jeho práva, garantovaná tímto pořádkem.

*„Těžištěm ústavního pořádku České republiky je jednotlivec a jeho práva garantovaná ústavním pořádkem České republiky. Jednotlivec je východiskem státu. Stát a všechny jeho orgány jsou ústavně zavázány k ochraně a šetření práv jednotlivce. Pojetí naší ústavnosti se přitom neomezuje na ochranu základních práv jednotlivců (např. právo na život, zaručení právní subjektivity). V souladu s poválečnou změnou v chápání lidských práv (jež našla vyjádření např. v Chartě OSN či ve Všeobecné deklaraci lidských práv) se stala základní bází, z níž vychází interpretace všech základních práv, lidská důstojnost, která mimo jiné vylučuje, aby s člověkem bylo*

<sup>42</sup> Srov. WAGNEROVÁ, E., ŠIMÍČEK, V., LANGÁŠEK, T., POSPÍŠIL, I. a kolektiv. *Listina základních práv a svobod. Komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, s. 60-62.

<sup>43</sup> Srov. tamtéž, s. 277-283, 307-313.

*zacházeno jako s předmětem. Otázky lidské důstojnosti jsou v tomto pojetí chápány jako součást kvality člověka, součást jeho lidství. Garantování nedotknutelnosti lidské důstojnosti člověku umožňuje plně užívat své osobnosti. Tyto úvahy stvrzuje preambule Ústavy, která deklaruje lidskou důstojnost za nedotknutelnou hodnotu, stojící v základu ústavního pořádku České republiky. Stejně tak Listina garantuje rovnost lidí v důstojnosti (čl. 1) a garantuje subjektivní právo na zachování lidské důstojnosti (čl. 10 odst. 1).“<sup>44</sup>*

### **1.6.7. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)**

Na tomto zákoně se Parlament usnesl 6. listopadu 2011.

Předpis upravuje podmínky pro poskytování zdravotních služeb. V § 28 tohoto zákona jsou upravena práva pacienta, přičemž odstavec 3 uvádí, že *„pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb.“*<sup>45</sup> Pacient je plnohodnotným občanem, jehož práva mají být při poskytování zdravotních služeb v nejvyšší možné míře respektována. Jednání zaměstnanců s pacienty musí odpovídat principu úcty k lidským právům a k osobnosti člověka.

S tématem důstojnosti člověka souvisí dále § 38 a 39, které upravují hospitalizaci pacienta a poskytování zdravotních služeb bez souhlasu a použití omezovacích prostředků.

### **1.6.8. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**

Na tomto zákoně se Parlament usnesl 14. března 2006 a nabyl účinnosti 1. ledna 2007.

Předpis upravuje podmínky pro poskytování pomoci osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb. Předchozí právní úprava považovala tyto osoby spíše za objekt působení systému a *„nikoliv za aktivního činitele, jehož*

---

<sup>44</sup> Nález Ústavního soudu - IV. senátu složeného z předsedkyně senátu Michaely Židlické a soudců Miloslava Výborného a Elišky Wagnerové (soudce zpravodaj) ze dne 7. prosince 2005 sp. zn. IV. ÚS 412/04.

<sup>45</sup> Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění platném k 8. 2. 2022.

*objektivizované potřeby a projev vůle jak situaci řešit by měly být určující pro formu pomoci.*<sup>46</sup>

Zákon o sociálních službách definuje základní zásady poskytování sociálních služeb jako je zachování důstojnosti a lidských práv osob, které tyto služby využívají. Hlavní zásady jsou uvedeny v § 2 tohoto zákona; odstavec 2 konkrétně říká, že *„rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob.“*<sup>47</sup> Jedinec má na základě všeobecného principu solidarity ve společnosti právo na to, aby žádal pomoc a podporu od veřejné správy a poskytovatelů sociálních služeb v případě, že není sám schopen řešit svoji nepříznivou sociální situaci. Zároveň je zákonem garantováno, že poskytnutá pomoc musí zachovávat lidskou důstojnost, vycházet z individuálních potřeb člověka a směřovat k tomu, aby byla posilována schopnost sociálního začlenění.

Základní zásady zákona se prolínají do jeho dalších ustanovení a také do vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Jedná se například o § 88, upravující povinnosti poskytovatelů sociálních služeb – písmeno c) tohoto paragrafu říká, že poskytovatelé jsou povinni *„vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva, a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby“*<sup>48</sup> a písmeno e) stejného paragrafu uvádí povinnost *„zpracovat vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob, kterým poskytují sociální služby, na úroveň služeb, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby.“*<sup>49</sup> Vyhláška č. 505/2006 Sb. v příloze č. 2 upravuje obsah standardů kvality sociálních služeb ve vztahu k zachování důstojnosti člověka. Ohledně dodržování lidských práv a základních svobod je ve standardu č. 1 Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb definováno kritérium *„Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby.“*<sup>50</sup> Dále dle standardu

---

<sup>46</sup> Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, Digitální depozitář: *Sněmovní tisk 1102/0, část č. 1/4 Vládní návrh zákona o sociálních službách.* [cit. 18. února 2022] Dostupné na WWW: <<https://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=4&ct=1102&ct1=0>>

<sup>47</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění platném k 8. 2. 2022.

<sup>48</sup> Tamtéž.

<sup>49</sup> Tamtéž.

<sup>50</sup> Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění platném k 8. 2. 2022.

č. 2 Ochrana práv osob má mít poskytovatel sociálních služeb „*písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde.*“<sup>51</sup> Standard č. 13 Prostředí a podmínky jako kritérium kvality uvádí, že „*poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám.*“<sup>52</sup>

### **1.7. Shrnutí**

Lidskou důstojnost je možné vnímat jako zastřešující hodnotu, která dodává smysl konkrétním lidským právům. V současném ústavním právu může být lidská důstojnost pojímána jako samostatné osobnostní právo, jako zdroj lidských práv a jako objektivní ústavní hodnota.

Pojem důstojnost je ve vyspělých zemích zakotven v soustavě jednotlivých vrstev ochrany lidských práv – od ochrany vnitrostátní (Ústava, Listina základních práv a svobod a zákony), přes ochranu na úrovni Evropské unie (Listina základních práv Evropské unie) až po ochranu garantovanou univerzálními dokumenty ochrany lidských práv (Všeobecná deklarace lidských práv).

### **1.8. Etické kodexy v multidisciplinárním kontextu péče o duševní zdraví**

Existence etického kodexu je jedním z charakteristických rysů pomáhajících profesí a patří mezi základní podmínky profesionality daného oboru. Samotné formulování etického kodexu negarantuje etické chování, které vychází z individuální zodpovědnosti konkrétních zaměstnanců, ale tento dokument má velký význam pro příslušnou pomáhající profesi, pracovníky dané profese i pro uživatele zdravotně-sociálních služeb.<sup>53</sup>

Etický kodex podle Zuzany Herzogové „*vystihuje specifické postavení určité profesní skupiny, působí jako regulátor chování příslušníků dané profese, respektuje skupinové, kolektivní etické normy a principy.*“<sup>54</sup>

---

<sup>51</sup> Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění platném k 8. 2. 2022.

<sup>52</sup> Tamtéž.

<sup>53</sup> Srov. MÁTEL, A. *Teorie sociální práce I. Sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing, 2019, s. 47.

<sup>54</sup> HERZOGOVA, Z., *Policejní etika*. Praha: vlastním nákladem 2003, s. 69.

Tyto kodexy mají podle Heleny Haškovcové obsahovat „*etické zásady profese (instituce či organizace), specifické cíle a pravidla, jak jich dosáhnout s ohledem na cílovou skupinu klientů či občanů. Vzhledem k tomu, že ztráta cti již není zpravidla chápána jako dostatečný trest, je vhodné uvést též sankce, které nastanou v případě hrubého porušení vyhlášených cílů a pravidel.*“<sup>55</sup>

Multidisciplinární péče o duševní zdraví se týkají etické kodexy zejména následujících profesí: lékař, zdravotní sestra, klinický psycholog a sociální pracovník. Obdobně jako u jiných lékařských oborů je i v oblasti psychiatrie relevantní také etický kodex Práva pacientů.

### 1.8.1. Etický kodex profese lékař

V oblasti lékařské etiky je při řešení bioetických problémů možné vycházet ze čtyř principů, které v roce 1979 publikovali Beauchamp a Childress.

Těmito základními bioetickými principy jsou:<sup>56</sup>

- samostatnost/sebeurčení (autonomy), plynoucí z konceptu lidských práv, důstojnosti a svobody a umožňující pacientovi kontrolovat svoji situaci i v době nemoci;
- nepoškozování (non maleficence), znamenající, že lékař má předcházet rizikům v diagnostickém i léčebném procesu;
- spravedlnost (justice) v poskytování lékařské péče;
- směřování k dobru (beneficence), kdy tento princip obsahuje základní pravidla lékařského jednání, tj. „*ochrana života, obnovení zdraví, zlepšení kvality života a úleva od strádání a bolesti.*“<sup>57</sup>

V praxi dochází k uplatňování kombinace těchto pravidel, nicméně ukázalo se, že je potřeba tato základní pravidla rozšířit a konkretizovat. Proto byla v roce 2011 schválena Evropská charta lékařské etiky, obsahující 15 etických principů. O respektu k důstojnosti a o péči o duševní zdraví pojednává hned první z těchto principů: „*Lékař chrání jak fyzické, tak duševní zdraví lidí. Lékař zmírňuje lidské utrpení při respektování kvality života a důstojnosti člověka, a to bez jakékoli diskriminace v čase*

---

<sup>55</sup> HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2015, s. 71.

<sup>56</sup> Srov. BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F. *Principles of Bioethical Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 1979.

<sup>57</sup> KORENEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2004, s. 56.

*míru i za války.*<sup>58</sup> Tento princip zaručuje ochranu fyzického i duševního zdraví i respekt k důstojnosti každého člověka. Devátý princip: *„Ochrana zdraví je spojena s trvalým úsilím o zachování osobní integrity pacienta“*<sup>59</sup> vyjadřuje, že péče o zdraví je spojena se snahou o ochranu důstojnosti pacienta a jeho práv a svobod. Poslední, patnáctý princip pak říká, že *„Lékař vykonává své povolání v souladu se svým svědomím a s respektem k důstojnosti vlastní i ostatních lidí, a to vždy zcela nezávisle a svobodně.“*<sup>60</sup>

Česká lékařská komora (dále též ČLK), samosprávná profesní organizace lékařů, vydala svůj stavovský předpis č. 10 – Etický kodex České lékařské komory. Tento dokument nabyl účinnosti dne 1. ledna 1996, poslední novelizace nabyla účinnosti dnem 2. prosince 2019.

Etický kodex ČLK je uveden Preambulí obsahující Lékařský slib. Člen lékařského stavu v něm mj. slavnostně, svobodně a na svou čest slibuje, že bude *„respektovat autonomii a lidskou důstojnost svého pacienta, budu zachovávat nejvyšší možný respekt k lidskému životu.“*<sup>61</sup> V obecných zásadách tohoto kodexu je v prvním odstavci dále rozvedeno, že *„Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.“*<sup>62</sup> Konečně v sedmém odstavci § 2 pojednávajícím o výkonu povolání lékaře čteme, že *„Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení.“*<sup>63</sup>

### **1.8.2. Etický kodex profese zdravotní sestry**

Mezinárodní etický kodex sester byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Poslední revize byla provedena v roce 2005. Kodex byl přijat Etickou komisí České asociace sester a jejím prezidiem a je platný od 11. února 2012.

V úvodu ke kodexu ICN je ve druhé větě jako neodmyslitelná součást ošetrovatelské péče uvedeno *„respektování lidských práv, včetně kulturních práv, práva*

---

<sup>58</sup> Evropská charta lékařské etiky in *Tempus medicorum*, 2011, roč. 20, č. 9, s. 29.

<sup>59</sup> Tamtéž.

<sup>60</sup> Tamtéž.

<sup>61</sup> Etický kodex České lékařské komory.

<sup>62</sup> Tamtéž.

<sup>63</sup> Tamtéž.

na život a možnost volby, práva na důstojnost a úctu.“<sup>64</sup> V samotném kodexu ICN je pak v článku Sestry a lidé následující formulace související s respektem k člověku: „*Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.*“<sup>65</sup> Důstojnost je zmíněna také v článku Sestry a ošetrovatelská praxe, a to následovně: „*Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby používání moderních technologií a uplatňování vědeckého pokroku bylo v souladu s bezpečností, důstojností a právy občanů.*“<sup>66</sup> K multidisciplinární péči o duševní zdraví se vztahuje ustanovení článku Sestry a spolupracovníci, kde se píše, že sestra udržuje kooperativní vztah s kolegy z oboru ošetrovatelství i s kolegy dalších oborů.

Součástí Mezinárodního etického kodexu sester je také část, která předkládá návrhy na využívání tohoto etického kodexu. Ke každému článku tohoto kodexu je vytvořena tabulka, která by měla sestřám pomoci převést tyto normy do praxe.

### **1.8.3. Práva pacientů**

Definitivní verzi Práv pacientů formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky dne 25. února 1992.

Tento kodex se o důstojnosti pacienta přímo nezmiňuje, nicméně obsahově se k respektu k důstojnosti vztahují body 2 a 5 tohoto dokumentu. Oba dva zmiňují právo na soukromí pacienta, pátý bod dále formuluje právo nemocného, aby byl brán ohled na jeho stud. Dále uvádí, že „*rozbor jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně.*“<sup>67</sup>

### **1.8.4. Etický kodex profese klinický psycholog**

Etický kodex Asociace klinických psychologů (dále též AKP) nabyl platnosti dnem 16. listopadu 2018. Tento dokument je revidován jednou za čtyři roky a dle svých úvodních slov slouží k ochraně pacienta před poškozením a zároveň k ochraně člena Asociace klinických psychologů tím, že vytváří standardy chování, vyjasňující hranice profesní činnosti klinického psychologa a vymezující jeho zodpovědnost.

---

<sup>64</sup> Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester.

<sup>65</sup> Tamtéž.

<sup>66</sup> Tamtéž.

<sup>67</sup> HAŠKOVCOVÁ, H., Práva pacientů. Havířov-město: 1996.

První dva odstavce § 1 s názvem Obecné zásady tohoto etického kodexu úzce souvisejí s naším tématem. První z nich s nadpisem Péče o duševní zdraví uvádí, že *„Povinností člena AKP ČR je pečovat o duševní zdraví v nejširším slova smyslu, a to u jednotlivce, rodiny či jiné skupiny. Do profesních činností člena AKP ČR patří psychodiagnostika, psychoterapie, konzultační, posudkové, vědeckovýzkumné, vzdělávací a osvětové aktivity.“*<sup>68</sup> Druhý pojednává o respektování lidských práv: *„Člen AKP ČR uplatňuje rovný přístup ke všem pacientům. Respektuje a zachovává svobodu a důstojnost každého pacienta bez rozdílu pohlaví, věku, národnosti, rasové příslušnosti, vyznání, sexuální orientace, politického a sociálního zařazení.“*<sup>69</sup> V § 3 Člen AKP ČR a pacient je první odstavec nadepsán Respekt a uvádí: *„Člen AKP ČR má vždy na paměti nejlepší prospěch pacienta. Respektuje důstojnost a hodnotu každého člověka. Člen AKP ČR respektuje pacienta jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy a povinnostmi, včetně jeho zodpovědnosti za své zdraví.“*<sup>70</sup>

### **1.8.5. Etický kodex profese sociální pracovník**

Ve vztahu k této profesi budou předmětem zájmu Prohlášení Mezinárodní federace sociálních pracovníků o etických principech a Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR.

#### **1.8.5.1. Prohlášení Mezinárodní federace sociálních pracovníků o etických principech**

Prohlášení Mezinárodní federace sociálních pracovníků o etických principech (dále jen Prohlášení) bylo schváleno v Dublinu v červenci 2018 valnou hromadou Mezinárodní federace sociálních pracovníků a valným shromážděním Mezinárodní asociace škol sociální práce. V dokumentu jsou stanoveny základní hodnoty a principy sociální práce, které se sociální pracovníci, pedagogové, studenti a vědečtí pracovníci přijetím tohoto prohlášení zavazují bezpodmínečně udržovat.

Prvním deklarovaným principem je princip uznání přirozené lidské důstojnosti: *„Sociální pracovníci uznávají a respektují přirozenou důstojnost a hodnotu všech lidských bytostí tím, jak k nim přistupují, mluví s nimi a konají v jejich prospěch.“*<sup>71</sup> V souvislosti s recovery přístupem k péči o duševní zdraví si ve formulaci prvního

---

<sup>68</sup> Etický kodex Asociace klinických psychologů.

<sup>69</sup> Tamtéž.

<sup>70</sup> Tamtéž.

<sup>71</sup> Prohlášení Mezinárodní federace sociálních pracovníků o etických principech.



principu všimneme slovesa „mluví“. V oblasti duševního zdraví totiž jazyk, který používáme, odráží náš pohled a porozumění této oblasti. Volbou slov a jejich spojení může sociální pracovník proces zotavení z vážného duševního onemocnění podporovat nebo ho naopak blokovat. „*Tím, co říkáme, otevíráme prostor pro naději, zplnomocnění, zodpovědnost za sebe a vytváření smysluplných životních rolí, nebo naopak posilujeme pasivitu, pocit beznaděje a v roli „expertů“ přebíráme zodpovědnost a z-nemocňujeme.*“<sup>72</sup> Tato formulace principu tedy vyjadřuje, že respekt k přirozené důstojnosti člověka se projevuje nejen tím, jak sociální pracovník ke klientovi přistupuje a co koná, ale také tím, jak s ním (a o něm) mluví.

Druhým principem je prosazování lidských práv: „*Sociální pracovníci prosazují základní a neodcizitelná lidská práva všech lidských bytostí. Sociální práce je založena na respektu k přirozené hodnotě a důstojnosti všech lidí, a individuálních sociálních/občanských právech, která z toho vyplývají. Sociální pracovníci často pomáhají lidem nalézt vhodnou míru rovnováhy mezi konkurenčními lidskými právy.*“<sup>73</sup> Druhý princip Prohlášení tedy formuluje základ sociální práce, tj. respekt k důstojnosti a hodnotě všech lidí bez rozdílu.

Tématu péče o duševní zdraví se týká také 7. princip Prohlášení – jednání s lidmi jako celostními bytostmi: „*Sociální pracovníci uznávají biologický, psychologický, sociální a duševní rozměr života lidí a berou člověka jako celostní bytost a podle toho s ním jednají.*“<sup>74</sup> Jinak řečeno, předmětem zájmu sociálního pracovníka jsou podle Prohlášení nejen biologické, psychologické a sociální parametry života člověka, ale také jeho duševní zdraví.

Prohlášení ve svém devátém principu týkajícím se profesionální integrity vyjadřuje, že zodpovědností „*národních asociací a organizací je rozvíjet a pravidelně aktualizovat vlastní etické kodexy a pokyny tak, aby byly v souladu s tímto prohlášením s ohledem na místní situaci.*“<sup>75</sup> V této souvislosti můžeme zmínit to, že Sarah Banks v roce 1995 provedla srovnání etických kodexů 15 členských zemí IFSW (International Federation

---

<sup>72</sup> BRYNYCH, L. STROSSOVÁ, I., FRANZOVÁ, D., GOLDMANOVÁ, H. *Příručka jazyka zotavení*. Ministerstvo zdravotnictví.

<sup>73</sup> Prohlášení Mezinárodní federace sociálních pracovníků o etických principech.

<sup>74</sup> Tamtéž.

<sup>75</sup> Tamtéž.

of Social Workers/Mezinárodní federace sociálních pracovníků). Dle jejího zjištění všechny tyto kodexy obsahují variace základního principu úcty k lidské osobě.<sup>76</sup>

Devátá zásada Prohlášení zdůrazňuje také uplatnění etického hlediska přímo vůči sociálním pracovníkům (rozvíjet a udržovat požadované dovednosti a kompetence; nezneužívat je; profesionálně i osobně se o sebe starat na pracovišti, v soukromém životě i ve společnosti) – a to jak ze strany zaměstnavatelů a veřejnosti, tak ze strany samotných sociálních pracovníků.<sup>77</sup>

### **1.8.5.2. Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků**

Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků (dále jen Etický kodex) byl schválen 19. května 2006 a nabyl účinnosti dne 20. května 2006.

V odstavci 1.1 jsou uvedeny základní hodnoty sociální práce, tj. demokracie, lidská práva a sociální spravedlnost, a hlavní dokumenty a zákony, které jsou směrodatné pro práci sociálního pracovníka. Těmito jsou především Všeobecná deklarace lidských práv, Charta Organizace spojených národů a Úmluva o právech dítěte, dále Ústava a Listina základních práv a svobod.

Budeme-li pokračovat v textu Etického kodexu, odstavec 1.2 slovo důstojnost přímo nezmiňuje, nicméně pojednává o respektování jedinečnosti každého člověka, bez ohledu na jeho konkrétní charakteristiky jako je původ, rasa, pohlaví, přesvědčení i bez ohledu na jeho zapojení do fungování společnosti. Obdobná formulace je obsažena také v první větě Čl. 3 Listiny základních práv a svobod.

Pojem důstojnost je v Etickém kodexu explicitně vyjádřen pouze v bodě 2.1.2, a to následovně: „*Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.*“<sup>78</sup> S ohledem na multidisciplinární péči o duševní zdraví a recovery přístup zmíníme ještě formulaci pravidla etického chování sociálního pracovníka v bodě 2.1.3: „*Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit, a tak podporuje jejich zmocnění.*“<sup>79</sup> Právě

---

<sup>76</sup> Srov. BANKS, S., Ethics and Values in Social Work. London: Macmillan Press, 1995.

<sup>77</sup> Srov. ELIHOVÁ, M. Sociální práce. Aktuální otázky. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 41.

<sup>78</sup> Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR.

<sup>79</sup> Tamtéž.

multidisciplinární tým umožňuje při péči o klienta respektovat bio-psycho-socio-spirituální model zdraví a nemoci. Empowerment (zmocnění) je pak druhou ze čtyř etap procesu zotavení z duševního onemocnění.

V návrzích na dopracování a doplnění Etického kodexu autoři textu Etický kodex jako nástroj podpory řešení etických dilemat sociální práce uvádějí mj. následující doporučení. Mezi dokumenty, vyjmenované v bodě 1.1, o které se má především opírat etika sociální práce, by bylo vhodné doplnit Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením. Etický kodex by měl dále také ošetřit a podporovat rozměr multidisciplinární spolupráce a měl by deklarovat potřebu etické spolupráce ve vztahu ke klientovi i ke spolupracujícím organizacím.<sup>80</sup> Ve vztahu k bodu 2.1.2, který říká „*Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.*“<sup>81</sup> považuje autorka za vhodné směřovat formulaci této části k vytváření podmínek pro zachování důstojnosti a lidských práv klientů a k aktivnější roli sociálního pracovníka. Zároveň upozorňuje na to, že by se nemělo jednat pouze o klienty daného sociálního pracovníka, ale obecně o všechny klienty. Bod 2.1.2 by tedy mohl být formulován následovně: „*Sociální pracovník chrání důstojnost a lidská práva klientů.*“<sup>82</sup>

## 1.9. Shrnutí

Respekt k důstojnosti člověka patří mezi základní etické principy všech profesí, podílejících se na multidisciplinární péči o duševní zdraví, a je nezbytnou součástí kvalitní profesionální péče, poskytované specialisty jednotlivých povolání. Etické kodexy všech profesí multidisciplinárního týmu explicitně reflektují, že každému pacientovi/klientovi, bez ohledu na jeho fyzické nebo psychické zdraví, náleží nezcizitelná důstojnost zakládající jeho nevýslovnou hodnotu.

S výjimkou Prohlášení Mezinárodní federace sociálních pracovníků o etických principech není ve výše uvedených kodexech zásadní etický pojem lidské důstojnosti vztažen také přímo k osobě pomáhajícího profesionála. V tomto ohledu by inspirací mohl být Etický kódex sociálního pracovníka a asistenta sociální práce Slovenskej republiky, který zodpovědnost sociálního pracovníka formuluje: „*Sociální pracovník a asistent sociální práce má nejen právo, ale i povinnost provést nezbytné kroky v profesionální a osobní péči o sebe, aby byl schopen poskytovat kvalitní služby*

<sup>80</sup> Srov. JANEBOVÁ, R.: Etický kodex jako nástroj podpory řešení etických dilemat sociální práce.

<sup>81</sup> Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR.

<sup>82</sup> JANEBOVÁ, R.: Etický kodex jako nástroj podpory řešení etických dilemat sociální práce, s. 39.

*klientům.* <sup>83</sup> Těmito kroky jsou myšleny sebereflexe, soustavné vzdělávání, pravidelná supervize, konzultace s kolegy i odborníky z jiných profesí a psychohygienu.<sup>84</sup>

Ve zmíněných kodexech zároveň nejsou uvedeny sankce, které by byly uplatňovány v případě hrubého porušení pravidel daného kodexu.

V souvislosti s etickými kodexy pomáhajících profesí může být dalším úskalím skutečnost, na kterou poukázal Karel Kopřiva, a sice, že etické kodexy neupravují situace, kdy se pomáhajícímu některý z požadavků nedaří naplňovat. Podle něj by v etických kodexech pomáhajících profesí měla být uvedena ještě jedna zásada, která v nich zatím uvedena nebývá: „*Pomáhající je připraven kdykoliv vnímat a akceptovat svou nedokonalost, slabost a zranitelnost, kterou pomáhání vyjevuje, a pomocí sebereflexe a supervize napomáhat vývoji k lepšímu stavu, než je ten současný.*“<sup>85</sup>

V souvislosti s aktuální praxí v oblasti péče o duševní zdraví je možné vnímat výše uvedený návrh na doplnění Etického kodexu profese sociální pracovník o rozměr spolupráce v rámci multidisciplinárních týmů a o potřebu etické spolupráce ve vztahu nejen ke klientovi, ale také ke spolupracujícím organizacím, jako velmi podnětný. Ve spojitosti s tématem této práce by další možností mohlo být vytvoření etického kodexu vycházejícího z principů na zotavení zaměřeného přístupu, který by byl společný pro všechny profese, zapojené do multidisciplinární péče o duševní zdraví.

---

<sup>83</sup> Slovenská komora sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce. Etický kódex sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce. [cit. 2022-02-13] Dostupné na WWW: <[https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:U2M45UySFvUJ:https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialna-praca/eticky-kodex\\_final-3.pdf+&cd=2&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=firefox-b-d](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:U2M45UySFvUJ:https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialna-praca/eticky-kodex_final-3.pdf+&cd=2&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=firefox-b-d)>

<sup>84</sup> Srov. tamtéž.

<sup>85</sup> KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese. Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese. Praha: Portál, 1999, s. 91.

## **2. Na zotavení zaměřený přístup v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním – důstojné myšlení a jednání v kontextu na zotavení zaměřeného přístupu**

### **2.1. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním**

Ve druhé kapitole bude nejprve definována sociální práce a formulována její podstata, dále budou popsána specifika práce s klientem s duševním onemocněním. Následující část je věnována péči o duševní zdraví, reformě probíhající v této oblasti a posunu paradigmatu v přístupu k lidem s duševním onemocněním. Dále budou představeny tři modely péče o duševní zdraví – klinický model, rehabilitační model a recovery model (na zotavení zaměřený přístup). Závěrečná část kapitoly je věnována procesu zotavení, pojatému jako usilování o důstojný život a přiblížení fází tohoto procesu, kterými jsou naděje, zplnomocnění, zodpovědnost za sebe sama a smysluplná životní role.

#### **2.1.1. Definice sociální práce, podstata sociální práce**

Sociální práce je Mezinárodní federací sociálních pracovníků definována jako: *„profese založená na praxi a akademická disciplína, která podporuje sociální změny a rozvoj, sociální soudržnost a posílení a osvobození lidí. Principy sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní odpovědnosti a respektu k rozmanitosti jsou pro sociální práci ústřední.“*<sup>86</sup> Hlavními zásadami sociální práce jsou podle této federace respekt k přirozené hodnotě a důstojnosti a prosazování lidských práv a sociální spravedlnosti.

V České republice je sociální práce definována Oldřichem Matouškem jako *„společensko-vědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Opírá se jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají utvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky.“*<sup>87</sup>

V souvislosti s na zotavení zaměřeným přístupem, orientovaným na kvalitu života klienta, nikoliv na jeho deficit či diagnózu, uvádíme také definici Petera Brnuly a kol., která nevychází ze sociální patologie nebo problému, nýbrž z potenciálu růstu a zlepšování: *„Sociální práce je pomáhající činnost, jejímž cílem je humánním*

---

<sup>86</sup> IFSW a IASSW, Globální definice sociální práce, 2014, dostupné na <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

<sup>87</sup> MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. Praha: Portál, 2008, s. 200-201.

*způsobem zvyšovat nebo stabilizovat kvalitu života lidí, u nichž je kvalita života ohrožena nebo omezena, a to tak, aby proces pomoci byl v souladu s jejich potřebami a představami a vedl ke svépomoci.*“<sup>88</sup>

Kvalita života je Evou Drahomíreckou popsána jako „*vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, který vyjadřuje, jak člověk sám hodnotí svou životní situaci. Využívá se ke sledování účinnosti komplexně zaměřených psychosociálních a zdravotnických intervencí.*“<sup>89</sup>

Podstatou sociální práce a jejím zásadním východiskem je zaměření na naplňování hodnoty lidství, neboť „*sociální práce je profesionální práce s člověkem a pro člověka speciálními pracovními metodami, jejímž základním kritériem a požadavkem je humanita. Lidská důstojnost tak pro oblast sociální práce představuje základní etický pojem, který v sobě zahrnuje základní požadavky humanity.*“<sup>90</sup>

### **2.1.2. Sociální práce s klientem s duševním onemocněním**

Spolupráce s klientem s duševním onemocněním klade podle Gabriely Mahrové následující požadavky na schopnosti, znalosti a dovednosti sociálních pracovníků:

- navázání vztahu založeného na důvěře;
- schopnost přizpůsobit se potřebám klienta;
- přijetí a respekt ke klientovi;
- profesionální vztah zároveň spojený s empatií, otevřeností a autenticitou;
- práce s hranicemi a přiměřená míra osobní angažovanosti.<sup>91</sup>

Lidé, kteří užívají služeb sociálního pracovníka, se v sociální práci označují termínem klienti. Klient vystupuje vůči sociálnímu pracovníkovi v roli partnera a spolupracovníka. Toto pojetí vztahu mezi klientem a pracovníkem vychází z psychosociálního pojetí sociální práce, v němž konečná volba způsobu života závisí na klientovi a jeho rozhodnutí je respektováno. V některých situacích však nejsou tyto

---

<sup>88</sup> BRNULA, P., GABURA, J., LABÁTH, V., VASKA, L. Sociální práce - dve dekády existencie študijného odboru sociálna práca. In: Kol. aut. Quo vadis, univerzitné vzdelávanie, veda a výzkum na pedagogických fakultách? Bratislava: UK, 2011, s. 234.

<sup>89</sup> DRAGOMIRECKÁ, E. Kvalita života. In MATOUŠEK, O. a kol. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál, 2013, s. 223.

<sup>90</sup> ŠRAJER, J. Lidská důstojnost a sociální práce. *Sociální práce/Sociálna práca*. Ročník 2006, č. 2, s. 111.

<sup>91</sup> Srov. MAHOVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada Publishing, 2008.

předpoklady splněny – například právě v situaci lidí s duševním onemocněním, kteří jsou zároveň v roli pacienta (někdy dokonce i nedobrovolně hospitalizovaného) nebo je jejich způsob života ovlivněn nemocí natolik, že je ohroženo jejich sociální fungování, zdraví a život. Sociální pracovník by měl usilovat o vytvoření spolupracujícího vztahu s klientem a podporovat jeho zdravý potenciál a posilovat odpovědnost klienta za svá rozhodnutí.<sup>92</sup>

Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je poskytována v multidisciplinárním kontextu, v jehož rámci je do hledání řešení problémů a naplňování potřeb lidí s duševním onemocněním zapojena řada odborných profesí i organizací. Spolupráce probíhá zejména na sociálně zdravotním pomezí, z tohoto důvodu je praxe sociální práce s lidmi s duševním onemocněním významně ovlivněna systémem péče o duševní zdraví.

### **2.1.3. Péče o duševní zdraví**

Oblast péče o duševní zdraví prochází v celosvětovém měřítku významnými změnami – kromě kvality poskytovaných služeb je akcentováno naplňování a posilování práv lidí s psychickým onemocněním. Dochází k procesu deinstitucionalizace, to znamená k ústupu od služeb poskytovaných ve velkých zdravotnických zařízeních směrem ke službám nabízeným a realizovaným v přirozeném prostředí klientů. Důležitá je také koordinace jak jednotlivých profesí, tak různých typů podpory a poskytovaných služeb. Model péče vychází z celostního pojetí člověka a je zaměřený na zotavení lidí s duševním onemocněním. Zároveň dochází k proměně paradigmatu, v němž lidé s duševním onemocněním nejsou vnímáni jako „objekty“ zdravotní péče a sociální ochrany, nýbrž jako „subjekty“ – jako lidé, kteří jsou schopni uplatňovat nároky na svá práva, činit svobodná rozhodnutí a být aktivně zapojeni do života společnosti.<sup>93</sup>

V České republice nyní probíhá reforma psychiatrické péče, jejímž strategickým záměrem je naplňovat lidská práva lidí s duševním onemocněním v nejširším možném

---

<sup>92</sup> Srov. MAHOVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada Publishing, 2008.

<sup>93</sup> Srov. KRBCOVÁ MAŠÍNOVÁ, L., PFEIFFER, PAPEŽOVÁ, S., URBÁNKOVÁ M. a kol. Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním. Ministerstvo zdravotnictví. [cit. 2022-01-17] Dostupné na WWW: <<https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/metodika-zavadeni-multidisciplinariho-pristupu-v-peci-podpore-lidi-s-dusevnim-onemocnenim>>, s. 6.

výkladu. Cílem strategie této reformy je zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním, přičemž strategickými cíli jsou:

- *„Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou jejího poskytování.*
- *Omezit stigmatizaci lidí s psychickým onemocněním a oboru psychiatrie obecně.*
- *Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování lidí s duševním onemocněním do společnosti (zejména zlepšení podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání, bydlení aj.).*
- *Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.*
- *Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).*
- *Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.*
- *Humanizovat psychiatrickou péči.*“<sup>94</sup>

Dále byl vládou České republiky v lednu 2020 schválen Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030. Tento dokument reaguje na dosavadní průběh reformy psychiatrické péče a formuluje hlavní směry vývoje péče o duševní zdraví. Vize Národního akčního plánu je shrnuta do pěti strategických cílů:

- *„Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.*
- *Zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku.*
- *Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována.*
- *Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby.*
- *Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví.*“<sup>95</sup>

---

<sup>94</sup> Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče*. Verze 1.0, 2013, s. 30.

<sup>95</sup> Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030, s. 21.



Ve vztahu k na zotavení zaměřenému přístupu je možné zmínit, že zatímco dokument Strategie reformy psychiatrické péče z roku 2013 pojmy „recovery“ ani „zotavení“ neobsahoval, Národní akční plán pro duševní zdraví naproti tomu uvádí, že v roce 2030 jsou „vytvořeny a implementovány postupy zlepšující kvalitu psychiatrické péče v návaznosti na lidská práva a principy zotavení, a vedou tak ke zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním, jejich aktivního zapojení se do společnosti a snížení psychosociální zátěže u jejich rodin a blízkých osob.“<sup>96</sup>

Podle Národního akčního plánu by také v roce 2030 součástí profesní přípravy všech odborností v oblasti péče o duševní zdraví měly být i znalost principu zotavení (recovery) nebo osvojení si práce s rizikem.<sup>97</sup>

Probíhající reforma je z významné části zaměřena na cílovou skupinu lidí se závažným duševním onemocněním (v zahraničí definovanou termínem severe mental illness, dále též jen SMI). Jedním z pilířů pro naplnění cílů reformy je vznik Center duševního zdraví (dále také jen CDZ). Cílem CDZ je zajistit komunitní a multidisciplinární služby zaměřené na prevenci hospitalizace nebo její zkracování a nápomoc k reintegraci osob se závažným duševním onemocněním do komunity. Tým CDZ pracuje formou case managementu, přičemž velká část služeb je klientům poskytována v jejich přirozeném prostředí.<sup>98</sup>

Podle Standardu služeb poskytovaných v CDZ jsou jejich funkcemi:

- *„Flexibilní, kontinuální péče a podpora osob se SMI v jejich přirozeném prostředí. Cílem je asistence v procesu zotavení těchto osob orientovaná na zplnomocňování a všechny jejich potřeby vyplývající z aktuální situace (oblast zdravotní, bydlení, příjmu, rodiny a sociálního zázemí, volného času). ...*
- *Asertivní vyhledávání a kontaktování.*
- *Integrovaná péče o osoby s duální diagnózou.*

---

<sup>96</sup> Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030, s. 19.

<sup>97</sup> Srov. tamtéž.

<sup>98</sup> Srov. Ministerstvo zdravotnictví ČR, Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR. Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI). Praha: MZČR, 2021, s. 3.

- *Systematické zaměření multidisciplinárního týmu na včasnou detekci a prevenci.*<sup>99</sup>

Standard uvádí také personální kritéria, jejichž naplnění je pro CDZ nezbytné. Zdravotní služby takzvaného komplexního CDZ zajišťují psychiatr, psycholog ve zdravotnictví, všeobecné sestry a sestry pro péči v psychiatrii; sociální služby zajišťují sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a další odborní pracovníci dle § 115 odst. 1 písm. e) zákona o sociálních službách.

*„Multidisciplinárním přístupem je ... myšlen způsob práce, jakým různé profese, různé organizace partnersky spolupracují, efektivně vzájemně komunikují a plánují tak, aby byl maximálně využit jejich společný potenciál znalostí, zkušeností a intervencí ve prospěch jednotlivce či celé skupiny.*“<sup>100</sup> Spolupráce specialistů v rámci multidisciplinárního týmu CDZ směřuje k maximální podpoře lidí s duševním onemocněním v jejich procesu zotavení. Na rozdíl od mnoha zdravotnických pracovišť není tým CDZ organizován v hierarchickém systému. Každý člen týmu přináší do spolupráce týmu svoji odbornost a specifické dovednosti. Tým také spolupracuje s dalšími organizacemi, institucemi a s lidmi ze sociálních sítí klientů.<sup>101</sup>

Pro systémové řešení ucelené péče o duševní zdraví je nezbytná vzájemná propojenost a dostupnost zdravotní a sociální péče. Propojení zdravotních a sociálních služeb je tematizováno také v dokumentu Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025, v němž je definováno deset strategických cílů, přičemž k tématu péče o duševní zdraví a propojování zdravotní a sociální péče se vztahují zejména tyto:

- *„Zajistit přechod od institucionálního modelu péče k podpoře osob v přirozeném prostředí.*

---

<sup>99</sup> Ministerstvo zdravotnictví ČR, Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR. Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI). Praha: MZČR, 2021, s. 6.

<sup>100</sup> KRBCOVÁ MAŠÍNOVÁ, L., PFEIFFER, PAPEŽOVÁ, S., URBÁNKOVÁ M. a kol. Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním. Ministerstvo zdravotnictví. [cit. 2022-01-17] Dostupné na WWW: <<https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/metodika-zavadeni-multidisciplinariho-pristupu-v-peci-podpore-lidi-s-dusevnim-onemocnenim>>, s. 4.

<sup>101</sup> Srov. tamtéž, s. 4, 20.

- *Prostřednictvím dostupných sociálních a zdravotních služeb naplňovat potřeby uživatelů/pacientů.*<sup>102</sup>

První strategický cíl je charakterizován přechodem od ústavní péče směrem ke službám poskytovaným v komunitě, což je spojeno jak se snížením kapacity ústavních sociálních služeb, tak (ve spolupráci s kraji a obcemi) se zajištěním potřebné kapacity služeb poskytovaných v přirozeném prostředí. Pro veřejnost je deinstitucionalizace naplněna, když své členy – uživatele sociálních služeb, vnímá prostřednictvím jejich běžných společenských rolí a jako nedílnou součást obce; společnost by měla vnímat potřeby lidí, závislých na pomoci druhých, rozumět podobě, účelu a ceně poskytované podpory, být ochotna zahrnout tyto lidi do sdílené a neformální podpory, být citlivá k právům lidí závislých na pomoci druhých a zasazovat se o jejich ochranu a naplňování.<sup>103</sup>

Druhý uvedený strategický cíl je zaměřen na dlouho neřešenou oblast služeb na sociálně-zdravotním pomezí. Součástí tohoto cíle je také navýšení počtu sociálních pracovníků ve zdravotnictví a ucelená podpora jejich zapojení v rámci multidisciplinárního řešení case managementu. Praktickým výstupem by pro uživatele sociálních a zdravotních služeb mělo být mimo jiné to, že jim budou poskytovány návazné služby, bude srozumitelné, jaké pomoci a podpory se má těmto uživatelům dostávat, a bude k dispozici odpovídající personál.<sup>104</sup>

K propojení sociálních a zdravotních služeb se vyjadřuje také Programové prohlášení vlády České republiky z ledna 2022, kde se mimo jiné uvádí:

- *„Konkrétními opatřeními podpoříme rozvoj domácí sociální a zdravotní péče, terénních služeb a vznik služeb pro rodiny a domácnost.*
- *Zasadíme se o provedení systémových změn k integraci a provázání sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče.*“<sup>105</sup>

Několik bodů aktuálního Prohlášení vlády se týká přímo oblasti péče o duševní zdraví:

---

<sup>102</sup> POSPÍŠIL, D. a autorský tým. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2016.

<sup>103</sup> Srov. tamtéž, s. 57.

<sup>104</sup> Srov. tamtéž, s. 59.

<sup>105</sup> Programové prohlášení vlády České republiky, Praha: 2022, s. 13. [cit. 2022-01-31] Dostupné na WWW: <<https://www.vlada.cz/cz/programove-prohlaseni-vlady-193547/>>

- „Aktivním přístupem k reformě psychiatrické péče zefektivníme a zmodernizujeme léčbu duševních onemocnění a snížíme jejich dopady na společnost, a to i pro dětské pacienty.
- Zvýšíme dostupnost preventivních intervencí, díky čemuž dokážeme snížit výskyt psychiatrických onemocnění a jejich dopad na zdravotní systém.
- Posílením terénních služeb a vhodnějším ukotvením CDZ (center duševního zdraví) zlepšíme regionální pokrytí a dosah sítě psychiatrické péče.“<sup>106</sup>

## 2.2. Vybrané přístupy v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním

Od sedmdesátých let minulého století se péče o duševní zdraví posunula od úzkého klinického modelu založeného na nemoci a její léčbě směrem k širšímu pojetí, jež zahrnuje celého člověka, jeho život a komunitu, v níž žije. První část této podkapitoly je věnována klinickému modelu péče o duševní zdraví, druhá část prezentuje rehabilitační model, ve třetí části je představen na zotavení zaměřený přístup.

### 2.2.1. Klinický (medicínský) model

Na medicínském přístupu je založena Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, publikovaná Světovou zdravotnickou organizací. Tato klasifikace popisuje onemocnění na základě skupin znaků a příznaků vyskytujících se společně, v daném souboru se odlišují od ostatních a nereprezentují jinou nemoc. Jedenáctá revize této klasifikace byla schválena WHO v květnu 2019 a vstoupila v platnost dne 1. ledna 2022. Poruchy duševní a poruchy chování tvoří v rámci této klasifikace samostatnou kapitolu.

Podle klinického pojetí je spolehlivá a reprodukovatelná charakteristika úzdravy dána kombinací psychopatologických a funkčních kritérií. Klíčovým pojmem je symptomatická remise, tj. vymizení příznaků a projevů nemoci. V roce 2005 navrhla skupina lékařů vedená Nancy C. Andreasenovou kritéria pro stanovení remise u schizofrenie. Remise byla definována trváním (minimálně šest po sobě jdoucích měsíců) a stupněm závažnosti příslušných schizofrenních syndromů (syndrom zkreslení reality).<sup>107</sup> Dosažení remise podle těchto kritérií nevypovídá o sociální nebo pracovní

<sup>106</sup> Programové prohlášení vlády České republiky, Praha: 2022, s. 13. [cit. 2022-01-31] Dostupné na WWW: <<https://www.vlada.cz/cz/programove-prohlaseni-vlady-193547/>>.

<sup>107</sup> Srov. ANDREASEN, N. C., CARPENTER W. T. Jr., KANE, J. M., LASSER, R. A., MARDER, S. R., WEINBERGER, D. R. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *The American Journal of Psychiatry*. 2005, 162: 441-449.

situaci a potenciálu pacientů. Hodnocení psychických, sociálních a pracovních funkcí je zahrnuto pod pojem funkční remise, pro kterou je nezbytné dosažení úrovně fungování srovnatelné s běžnou populací bez ohledu na příznaky schizofrenie. K posouzení funkční remise se používají psychometrické škály, například GAF (Global Assessment of Functioning), což je diagnostické měřítko, hodnotící úroveň psychických, sociálních a pracovních funkcí a zahrnující pozorované chování, výkon sociálních rolí, celkovou míru postižení a provádění každodenních činností.

Charakteristikami medicínského modelu jsou zaměření se na kontrolu symptomů a nebezpečného chování, silná víra v účinek psychofarmak, snaha o vyhýbání se rizikům, hierarchické autoritativní rozhodování a přesvědčení, že hospitalizovaní pacienti v akutním stavu nejsou zodpovědní za své chování.<sup>108</sup>

Tento přístup je některými klinickými pracovníky kritizován pro svůj deskriptivní charakter, který nezahrnuje dynamiku obtíží a redukuje individuální příběh člověka trpícího duševním onemocněním na standardizovanou diagnózu.

Americká psycholožka Patricia E. Deeganová v této souvislosti konstatuje, že osoby, kterým byla diagnostikována psychotická porucha, jsou především lidskými bytostmi. Tito lidé zároveň nejsou jen pasivními objekty, které je třeba opravit nebo vyléčit – i v situaci, kdy prožívají psychózu, se snaží něco dělat (například poslouchat hudbu, aby odvedli pozornost od rušivých hlasů) a aktivně řešit své problémy.<sup>109</sup>

Podle psychiatra Marka Raginse je klinický model založen na diagnostice psychiatrických onemocnění, léčení symptomů a pomoci lidem v návratu ke zdraví a produktivnějšímu a smysluplnějšímu životu. Toto paradigma podle něj ale neřeší některé z obav lidí s duševním onemocněním – někteří nesouhlasí s tím, že nějakou nemoc (přinejmenším v tom smyslu jak je definována klinickým modelem) mají a často je obtížné zapojit tyto osoby do léčby. Dokonce i s vynikající léčbou mnozí z těchto lidí nepocítují takovou úlevu od příznaků nemoci, aby se cítili dostatečně zdraví k návratu do života. I po zmírnění většiny symptomů psychického onemocnění mohou lidem

---

<sup>108</sup> Srov. KRBCOVÁ MAŠÍNOVÁ, L., PFEIFFER, PAPEŽOVÁ, S., URBÁNKOVÁ M. a kol. Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním. Ministerstvo zdravotnictví. [cit. 2022-01-17] Dostupné na WWW: <<https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/metodika-zavadeni-multidisciplinariho-pristupu-v-peci-podpore-lidi-s-dusevnim-onemocnenim>>, s. 17.

<sup>109</sup> Srov. DEEGAN, P. E., Prescribing Hope for Recovery. *Psychiatric Times*, 2020: Vol. 37, No 6., 12–13.

zůstávat značné obtíže způsobené jinými faktory (například nízkou inteligencí, nedostatkem vzdělání nebo sociální ostrakizací) nemluvě o dlouhodobém vlivu nedobrovolných nebo vynucených léčebných intervencí.<sup>110</sup>

#### KLINICKÝ MODEL



Obr. č. 1 Schematické vyjádření klinického modelu péče o duševní zdraví, RAGINS, M., What's Different About Recovery?

Duševní zdraví zároveň není pouze absence duševního onemocnění, ale základní komponenta zdraví, tj. stavu fyzické, mentální a sociální pohody. Duševní zdraví je stav, který umožňuje lidem prožívat smysluplný život, štěstí a naplňující vztahy, uvědomovat si a „realizovat vlastní potenciál, vypořádat se s normální životní stresovou zátěží, produktivně pracovat a přispívat k blahobytu společnosti.“<sup>111</sup>

Psycholog Martin Seligman k tématu duševního zdraví a s ním související duševní pohody, uvádí pět základních prvků, které se na duševní pohodě podílejí. Jsou to pozitivní emoce, zaujetí činností, pozitivní vztahy, úspěšný výkon a smysluplnost.<sup>112</sup> V tématu smysluplnosti života se Seligmanova teorie well-beingu prolíná s konceptem zotavení podle M. Raginse, v němž smysluplná životní role je jednou z etap zotavení.

V posledních letech se tedy v oblasti péče o duševní zdraví pozornost obrací od úzkého zaměření se na nemoci a poruchy k potenciálu duševní pohody, psychického zdraví člověka a k maximalizaci možností lidí starat se o sebe, samostatně se rozhodovat a mít kontrolu nad svým životem.

<sup>110</sup> Srov. RAGINS, M., *What's Different About Recovery? A Case Study Exploring Recovery: The Collected Village Writings of Mark Ragins*. [cit. 2022-01-10] Dostupné na WWW: <<https://www.markragins.com/section-2>>

<sup>111</sup> WHO, *Mental health: strengthening our response*. [cit. 2022-01-08] Dostupné na WWW: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>>

<sup>112</sup> Srov. SELIGMAN, M., *Vzkvétání. Nové poznatky o podstatě štěstí a duševní pohody*. Brno: Jan Melvil Publishing, 2014, s.37.

### 2.2.2. Rehabilitační model

Moderní psychiatrická psychosociální rehabilitace se začala rozvíjet po druhé světové válce. Na její vývoj měly vliv mj. programy pracovní rehabilitace, objev psychofarmak, boj za lidská práva, hnutí deinstitucionalizace, dále rozvoj komunitně poskytované péče a svépomocných skupin.

Světová zdravotnická organizace definuje psychosociální rehabilitaci jako proces, který dává člověku příležitost dosáhnout optimální úrovně nezávislého fungování ve společnosti. Cílem je zajištění optimální úrovně fungování jednotlivců a společenství a minimalizace postižení a znevýhodnění s důrazem na možnost rozhodování jednotlivců o úspěšném životě v komunitě.<sup>113</sup> Cíli psychosociální rehabilitace jsou podle tohoto dokumentu WHO redukce symptomů, zlepšení sociálních kompetencí, snížení diskriminace a stigmatizace, sociální podpora a empowerment uživatelů.

Oproti psychiatrické diagnóze popisující symptomatologii, zahrnuje rehabilitační diagnóza také popis dovedností klienta a úroveň podpory okolí v oblasti bydlení, práce, vzdělávání a volného času.

Existují tři hlavní školy současné psychiatrické rehabilitace, v praxi jsou tyto přístupy také kombinovány:

- Anglická škola, jejíž hlavními principy jsou kompenzace, reedukace a reorientace; tento přístup je vhodný zejména u starých lidí nebo u osob, jejichž aktivity jsou nemocí výrazně omezeny.
- Losangeleská, tzv. libermanovská škola orientovaná na chování a na trénink dovedností.
- Bostonská škola, jejíž model klinické rehabilitace má být zaměřen na rozvoj klientových dovedností a na podporu okolí, přičemž klíčovými koncepty jsou rozvoj a vzdělávání klienta.<sup>114</sup>

Zástupci Bostonské školy definovali poslání psychiatrické rehabilitace následovně: *„Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením, aby mohli*

---

<sup>113</sup> Srov. SARACENO, B., BERTOLOTE, J. M. (eds.) Psychosocial Rehabilitation. A consensus document. WHO/MNH/MND/96.2 Genewa: WHO, 1996.

<sup>114</sup> Srov. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.) Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2010, s. 139.

*zvýšit svoji schopnost fungovat do té míry, že budou úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu, a to s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.*“<sup>115</sup>

U nás začíná historie psychiatrické rehabilitace v šedesátých letech dvacátého století, kdy v psychiatrických léčebnách vznikají specializované psychoterapeutické přístupy.<sup>116</sup> V současné době je téměř v každé nemocnici oddělení nabízející program, který kombinuje farmakoterapii, skupinovou i individuální terapii a specifické terapeutické intervence se sociální rehabilitací.

### **2.2.3. Recovery model – na zotavení zaměřený přístup**

V úvodu této části vymezíme pojem zotavení (recovery) a představíme vybrané definice zotavení. Dále budou popsány základní charakteristiky na zotavení zaměřeného přístupu v péči o duševní zdraví. Závěr subkapitoly bude věnován popisu zotavení z duševního onemocnění jako procesu usilování o důstojný život.

#### **2.2.3.1. Vymezení pojmu zotavení (recovery)**

V kontextu závažných duševních onemocnění můžeme hovořit o pojmu zotavení (recovery) ve dvou základních významech – ve smyslu „zotavení z nemoci“ (recovery from) a ve smyslu „zotavování při duševním onemocnění“ (being in recovery).

První pojetí - „zotavení z nemoci“ - odkazuje ke klinickému modelu duševního onemocnění, kdy se člověk po propuknutí nemoci vrací zpátky ke zdravému stavu, obdobně jako člověk zotavený z infekce nebo zlomené nohy. Zotavení z nemoci je spojeno s jasnými kritérii příznaků a deficitů onemocnění, které umožňují definovat bod remise a/nebo zotavení.

Druhé pojetí – „zotavování při duševním onemocnění“ – označuje proces minimalizace obtíží a negativních účinků závažného duševního onemocnění na život člověka, který se zároveň učí s touto nemocí žít a zvládat ji, neboť ho tato nemoc může provázet po dlouhou dobu, ne-li po zbytek života. *„Toto pojetí zotavení proto odkazuje v první řadě na člověka s diagnózou závažného duševního onemocnění, který usiluje o znovuzískání svého práva na bezpečný, důstojný, pro něj samotného smysluplný*

---

<sup>115</sup> ANTHONY, W. A., COHEN, M., FARKAS, M., CAGNE, Ch. Psychiatric rehabilitation. Boston: Center for psychiatric rehabilitation, Trustees of Boston University, 2002, s. 101.

<sup>116</sup> Srov. KALINA K. Psychoterapie II. – Psychoterapie u psychóz 1979. Zprávy VÚPs č. 44.



*a uspokojující život ve společnosti i navzdory svým duševním potížím.*“<sup>117</sup> Toto pojetí má kořeny ve hnutích za občanská práva a nezávislost v 60. a 70. letech minulého století a bylo ovlivněno také koncepcí zotavení, která je nedílnou součástí programu svépomocných skupin lidí zotavujících se ze závislostí.

Používání termínu „recovery“ (zotavení) v těchto dvou pojetích a zároveň v různých oblastech – při výzkumu dopadů duševního onemocnění, v osobních narativích konkrétních lidí, v diskusi o podobě služeb a systémové reformě péče o duševní zdraví – je problematické. Zotavení je popisováno jako něco, co jednotlivec zažívá, co služby zajišťují a co systém péče o duševní zdraví usnadňuje, ale co přesně a jak má být zažíváno, zajišťováno či usnadňováno, často úplně nechápou ani klienti, kteří se mají zotavit, ani profesionálové a tvůrci strategií, kteří jim mají pomáhat.<sup>118</sup>

Otázkou je také podstata vztahu mezi významy recovery jako procesu a recovery jako výsledku. V rámci hnutí „recovery“ existují na tento problém rozdílné odpovědi. Ve svém článku z roku 2007 vyslovili D. Roe, A. Rudnick a K. J. Gill obavu, že *„nedostatek kritiky konceptu zotavení jako procesu způsobil nebezpečnou situaci. Tento termín je používán tak široce a volně, že se pomalu stává bezvýznamným.*“<sup>119</sup> Tito autoři zastávají pozici, že pro to, aby byl zachován smysl procesu, musí být zotavení jako proces vázáno na koncept zotavení jako výsledku. Proces zotavování je podle nich možné považovat za zotavování (oproti pouhému žití nebo zvládnání nemoci) jedině v situaci, kdy vede k optimálnímu klinickému výsledku. Označování někoho, komu se zhoršují symptomy onemocnění nebo zvládnání všedního života, za člověka v procesu zotavování, vnímají jako problematické.<sup>120</sup>

Oproti tomu je z pohledu L. Davidsona, J. Tondorové a P. Ridgewayové<sup>121</sup> pro pochopení zotavení jako procesu nutné nejprve odpojit proces zotavení od všech představ o žádoucích výsledcích. Tohoto odpojení je podle nich možné dosáhnout několika způsoby. Jednak přijetím toho, že pro člověka je jediným reálným a trvajícím

---

<sup>117</sup> DAVIDSON, L. a kol.: *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení*, Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017, s. 27.

<sup>118</sup> Srov. JACOBSON, N., GREENLEY, D.: What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services*, 2001: Vol. 52 No. 4: 482-485.

<sup>119</sup> ROE, D., RUDNICK, A., GILL, K. J.: The concept of „being in recovery“. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2007: 30(3), 171–173.

<sup>120</sup> Srov. tamtéž.

<sup>121</sup> Srov. DAVIDSON, L., TONDORA, J., RIDGWAY P.: Life Is Not an “Outcome”: Reflections on Recovery as an Outcome and as a Process, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 2010: 13:1, 1-8.

„výsledkem“ jeho konečná smrt. V kontextu závažných duševních onemocnění je tento postoj podložen studii, které ukazují, že jejich vývoj je nelineární a jejich symptomy se proměňují, přibývají i ubývají.<sup>122</sup> Dalším způsobem pro odpojení procesu zotavení od spojení s jeho výsledky spočívá v přijetí faktu, že duševní onemocnění může mít u některých lidí charakter trvalého postižení. U těchto osob nemusí v průběhu času docházet ke změnám klinických hodnot, jejich život se ale může zásadně měnit jinými způsoby. Autoři používají přirovnání k vývojovému postižení, při kterém by člověk nebyl nucen nejprve získat vyšší hodnotu IQ, aby bylo možné konstatovat, že se jeho život zásadně zlepšil. Lidé s vývojovými vadami se mohou naučit orientovat se ve své komunitě nebo chodit do školy, aniž by došlo ke změně v hodnotě jejich inteligenčního kvocientu. Obdobně je to možné u člověka s psychickým onemocněním, aniž by došlo ke změnám v jeho nemoci. „*V tomto smyslu být v procesu zotavování znamená snažit se aktivně účastnit smysluplného a příjemného života v rámci omezení způsobených nemocí.*“<sup>123</sup> Tito autoři tedy preferují zaměření na proces zotavování, tj. na podporu lidí s duševním onemocněním v jejich snaze vést smysluplný a naplněný život navzdory psychickým obtížím.

Z výše uvedeného vyplývá, že nejednoznačné používání termínu „recovery“ může vést k nedorozumění. Problémy přináší jak velmi úzká definice, spojující zotavení jako proces s konceptem zotavení jako výsledkem, která by vylučovala zotavení u lidí, kteří prožívají zkušenost s neúspěchem a relapsem duševního onemocnění, tak příliš široká definice zotavení, která může vést k tomu, že pojem „zotavení“ nebude v konečném důsledku znamenat vůbec nic.

Z perspektivy jedinečnosti individuálních životních příběhů lidí s duševním onemocněním a na základě toho, že důstojnost každého člověka není závislá na tom, jakých výsledků v procesu zotavení dosahuje, je přiléhavější akcentovat při definování pojmu „recovery“ spíše proces zotavení než jeho výsledek. V návaznosti na to jsou vybrány dále uvedené definice zotavování.

---

<sup>122</sup> Srov. STRAUSS, J. S., CARPENTER, W. T. Prediction of outcome in schizophrenia: III. Five-year outcome and its predictors. *Archives of General Psychiatry*, 1977: 34(2), 159–163. STRAUSS, J. S., HAFEZ, H., LIEBERMAN, P., HARDING, C. M. The course of psychiatric disorders. III: Longitudinal principles. *British Journal of Psychiatry*, 1985: 155, 128–132.

<sup>123</sup> DAVIDSON, L., TONDORA, J., RIDGWAY P.: Life Is Not an “Outcome”: Reflections on Recovery as an Outcome and as a Process, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 2010: 13:1, s. 2.

Současné představy o zotavení z duševního onemocnění mají počátek v osmdesátých letech dvacátého století, kdy byly uveřejněny výsledky dlouhodobé studie dokládající, že průběh závažného duševního onemocnění nesměruje k nevyhnutelnému zhoršování<sup>124</sup> a osobní příběhy lidí, popisující jejich zkušenost s diagnostikovaným duševním onemocněním, kterým prošli a dokázali se zotavit.<sup>125</sup>

Existuje řada definic zotavování, jak těch, které vycházejí z osobních zkušeností lidí, tak těch, které formulovali specialisté v oblasti péče o duševní zdraví. Priscilla Ridgwayová na základě životních příběhů lidí s osobní zkušeností se zotavováním sestavila následující definici:

- „Zotavování znamená trvalou cestu sebeuzdravování a přerodu.
- Zotavování znamená znovu získat pozitivní vnímání sama sebe navzdory obtížím spojeným s psychiatrickými symptomy či stavy.
- Zotavování znamená aktivní řízení svého života a duševního zdraví tak, aby měl člověk pod kontrolou psychiatrické symptomy, vytvořil si zdraví prospěšný způsob života a dostal se celkově do lepší kondice.
- Zotavování znamená znovu v životě vstupovat i do jiných rolí než jen někoho, kdo využívá služeb v systému péče o duševní zdraví.“<sup>126</sup>

Autorem současné nejrozšířenější definice recovery je William A. Anthony, podle kterého zotavení je „hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná.“<sup>127</sup>

P. Deeganová pojmenovala podstatné charakteristiky zotavení následovně:

- „Proces zotavení je z velké části procesem vnitřním.

---

<sup>124</sup> Srov. HARDING C. M., BROOKS G. W., ASHIKAGA, T. et al: The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: II. long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 1987, 144: 727–735.

<sup>125</sup> Srov. např. DEEGAN P. E: Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1988, 11(4): 11–19.

<sup>126</sup> RIDGWAY, P. a kol.: *Cesty k zotavení*, University of Kansas School of Social Welfare, 2014.

<sup>127</sup> ANTHONY, W. A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993, 16(4), 11–23.

- *Nejedná se o přímočarý proces; cesta vedoucí k zotavení je lemována mnoha pády a opětovnými vzestupy.*
- *Klíčem k zotavení je přijetí skutečnosti, že co je pryč, již nelze vrátit.*
- *Přijetí je aktivní proces, který vyžaduje značné osobní úsilí.*
- *Proces zotavení je především procesem učení a zrání.*
- *V aktivní snaze o překonání následků onemocnění mohou být další lidé zapojeni např. v roli partnera či učitele.*<sup>128</sup>

K procesu zotavování pak P. Deeganová doplňuje, že „*cílem procesu zotavení není stát se normálním. Cílem je uchopit naše lidské poslání toho, že se máme stát hlouběji, plněji lidskými.*“<sup>129</sup>

### **2.2.3.2. Zotavení (recovery) jako nové paradigma**

Obhajování zaměření na osobní zotavení je obhajováním změny paradigmatu, v němž mj. porozumění zotavení vychází nikoliv od profesionálů v oblasti podpory duševního zdraví, nýbrž od lidí, kteří mají zkušenost s duševním onemocněním, a pohled pacienta, který byl dříve na okraji zájmu, se stává ústředním.<sup>130</sup>

Zásadní charakteristikou péče o duševní zdraví orientované na zotavení je participace lidí v procesu zotavování a jejich blízkých na poskytování péče ve všech aspektech a ve všech fázích – od počáteční identifikace problémů přes vyhodnocování potřeb a možností až po poskytování péče a její evaluaci. Vzhledem k tomu, že zotavování je něčím, co člověk s duševním onemocněním sám dělá, a ne tím, co by poskytovatel služby mohl dělat pro klienta nebo za něj, jsou lidé zotavující se z duševního onemocnění v rámci na zotavení zaměřeného přístupu vnímáni jako odborníci na to, co sami potřebují pro zvládnutí své nemoci. Péče orientovaná na zotavení staví na zapojování zotavujících se z duševního onemocnění ve všech prvcích systému péče o duševní zdraví – od individuálního plánování konkrétních klientů přes vyvíjení a evaluaci programů až k utváření politiky péče o duševní zdraví.<sup>131</sup>

---

<sup>128</sup> DEEGAN, P.: Recovery as a journey of the heart. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1996; 19:91-97

<sup>129</sup> Tamtéž.

<sup>130</sup> Srov. SLADE, M. *100 způsobů, jak podporovat zotavení*. 2nd edition. London: Rethink Mental Illness, 2013, s. 35.

<sup>131</sup> Srov. DAVIDSON, L., TONDORA, J. a kol. *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017, s. 97.

Dalšími charakteristikami recovery modelu jsou celostní přístup k člověku; orientace na jeho silné stránky a jejich posilování; přesvědčení, že člověk s duševním onemocněním je v každé situaci zodpovědný za své chování, a měl by tedy být konfrontován i s jeho důsledky; připravenost k přijímání řešení, která přinášejí určitá rizika, ale otvírají i možná řešení a nabývání zkušeností, přičemž rizika nejsou překážkou na cestě k zotavení; flexibilita v tom, kdy a kde je pacientovi/klientovi pomoc poskytována; zaměření se na individualizované řešení potřeb konkrétního člověka s duševním onemocněním a sdílené týmové rozhodování.<sup>132</sup>

Pro služby zaměřené na zotavení je důležité nejen zaměřit se na to, co se v nich dělá, ale také jakým způsobem – hodnoty, na kterých je práce založena, jsou klíčové. Jaké jsou hlavní hodnoty služby pro podporu duševního zdraví zaměřené na zotavení? Někdy jsou formulovány jednoduše. Například W. A. Anthony navrhl tuto: „*lidé s vážným duševním onemocněním jsou lidmi.*“<sup>133</sup>

Jindy jsou hodnoty popsány obsáhleji. M. Slade navrhuje následující tři hodnoty: „*1. Hlavním cílem služeb pro podporu duševního zdraví je podporovat osobní zotavení. 2. Kroky pracovníků se zaměří v první řadě na identifikaci, propracování a podpůrnou práci směrem k cílům daného člověka. 3. Služby pro podporu duševního zdraví fungují tak, že respektují, že člověk je, případně bude (až překoná krizi) odpovědný za svůj život.*“<sup>134</sup>

M. Ragins uvádí hodnoty důležité pro lidi v různých fázích napojení na poskytované služby – některé z nich jsou důležité během léčby, jiné jsou významnější v jiných fázích zotavování. První skupinou jsou lidé nezapojení, neangažovaní – takoví, kteří o službu nestojí, nevědí, k čemu by jim mohla být užitečná nebo byli do služby posláni někým jiným (např. úřadem nebo rodinou). Pro tuto skupinu lidí jsou podle něj důležité následující parametry služby:

---

<sup>132</sup> Srov. KRBCOVÁ MAŠÍNOVÁ, L., PFEIFFER, PAPEŽOVÁ, S., URBÁNKOVÁ M. a kol. Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním. Ministerstvo zdravotnictví. [cit. 2022-01-17] Dostupné na WWW: <<https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/metodika-zavadeni-multidisciplinariho-pristupu-v-peci-podpore-lidi-s-dusevnim-onemocnenim>>, s. 17.

<sup>133</sup> ANTHONY, W. A. The Principle of Personhood: The Field's Transcendent Principle. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2004, 27:205.

<sup>134</sup> SLADE, M. *100 způsobů, jak podporovat zotavení*. 2nd edition. London: Rethink Mental Illness, 2013, s. 16.

- Neexistují „špatné dveře“ – lidé se nemusí vyznat v systému služeb poskytovaných organizací a vědět, kam mají jít pro to, co požadují – ten, kdo s nimi mluví jako první, je zodpovědný za to, že se klienti dostanou přesně k té službě, kterou potřebují.
- Každý ze zaměstnanců vítá ty, kteří přicházejí – to, aby se člověk cítil přijatý, má přednost před pravidly přijetí do služby nebo hlídáním kapacity služby.
- „Alternativní kultura přijetí“ – řada lidí s duševním onemocněním zažila mnohá odmítnutí – aby pro ně služby byly užitečné, je potřeba, aby v nich byli přijímáni i lidé, kteří mimo služby pro lidi s duševním onemocněním přijímání nejsou.
- Dobrá léčba je založena na dobrém vztahu – je potřeba využít všech prostředků budujících dobrý vztah (naslouchání, respektování, sdílení času a aktivit i mimo léčbu).<sup>135</sup>

Druhá skupina zahrnuje klienty, kteří už jsou zapojeni do služeb, ale ne úplně samostatní. Pro tuto skupinu lidí jsou podle Raginse důležité následující charakteristiky služby:

- Podporovat, ale nepečovat – přestože lidé často preferují, aby někdo jiný zařizoval a domlouval věci za ně, neposiluje to jejich zodpovědnost a zotavování a je potřeba klienty učit, aby sami uměli pojmenovat služby, které potřebují a sami si je uměli zajistit.
- Služby jsou mobilní – životy lidí, jejich cíle a problémy nejsou v kancelářích, ale venku ve světě, proto tam musí být také poskytované služby. Je vhodné rozvíjet dovednosti tak, že je děláme společně tam, kde mají být udělány, a ne povídáním si o nich v kanceláři.
- Služby jsou dostupné – lidé s duševním onemocněním mohou mít problém přijít na domluvenou schůzku, s ohledem na potřebu flexibility je vhodné pracovat v týmu, neboť se tím zvyšuje pravděpodobnost, že se příchozímu bude moci někdo věnovat.
- Služby jsou integrované, „vše v jednom“ – jestliže si klient vytvoří vztah s týmem, je větší šance, že získá podporu ve všech oblastech, kde ji potřebuje.

---

<sup>135</sup> Srov. RAGINS, M., LEGERE, S. Excerpts from Creating a Welcoming Program, dostupné na: <https://www.markragins.com/section-4>

- Služba je taková, že v ní klient nemůže selhat – místo vylučování klientů ze služeb nebo přebírání zodpovědnosti za jejich život v případě, že si nevedou dobře, je žádoucí zaměřit se na to, co se lidé mohou naučit ze svých chyb a co mají změnit. Místo uzavření jejich případu se pomáhající profesionálové snaží znovu je do služeb zapojit.<sup>136</sup>

Třetí skupinou jsou uživatelé, kteří jsou už zcela samostatní. Služby pro ně by měly mít tyto parametry:

- Vytvořit přirozenou podporu a role v místní komunitě – podporovat klienty, aby si našli přátele, kteří je budou podporovat, a místa, kam by patřili, mimo poskytované služby, aby zastávali důstojnější role než jen být „dobrymi pacienty“.
- Podporovat svépomoc – učit lidi zvládat své symptomy a propojovat je s dalšími lidmi, kteří se zotavují a se kterými se mohou navzájem podporovat.
- Podporovat klienty, aby dávali zpět (vraceli) – lidé by nadále neměli být pouze „uživatelé“ služeb, měli by i dávat zpět – mohou být následováníhodnými vzory, které přinášejí naději druhým, někteří mohou i pracovat v oblasti duševního zdraví.
- Vytvořit zakončovací rituály a služby – je důležité, aby existovaly pozitivní rituály při odchodu ze systému služeb (i když třeba člověk nadále užívá medikaci). Je třeba mít na paměti, že úplné zotavení je častější a reálnější než si představujeme.<sup>137</sup>

Přehledné srovnání modelu zotavení s medicínským modelem nabízí následující tabulka:

---

<sup>136</sup> Srov. RAGINS, M., LEGERE, S. Excerpts from Creating a Welcoming Program, dostupné na: <https://www.markragins.com/section-4>

<sup>137</sup> Srov. Tamtéž.

Tab. 1 Rozdíly v konceptu, jazyce a hodnotách mezi modelem zaměřeným na zotavení a medicínským modelem<sup>138</sup>

<b>Model zotavení</b>	<b>Medicínský model</b>
Úzkost vzbuzující zkušenost	Psychopatologie
Životopis	Popis patologie
Zájem orientovaný na osobu	Zájem orientovaný na diagnózu
Pro zdraví	Proti nemoci
Založený na silných stránkách	Založený na léčbě
Odborníci skrze zkušenost	Doktoři a pacienti
Osobní význam	Diagnózy
Porozumění	Rozpoznání
Založený na hodnotách	(Zdánlivě) hodnot prosté
Humanistické	Vědecké
Růst a objevování	Léčba
Volba	Dodržování
Formované na hrdinech	Podepřené meta analýzou
Řízené příběhy	Náhodné, kontrolované studie
Proměna	Návrat k normálu
Sebe-řízení	Odborná péče
Sebe-kontrola	Uvedení pod kontrolu
Osobní zodpovědnost	Profesionální zodpovědnost
V sociálním kontextu	Dekontextualizace

K tomu, aby práce zaměřená na zotavení prostoupila systém podpory duševního zdraví, je potřeba, aby došlo k převrácení některých tradičních předpokladů tak, aby například:

- prožitek duševního onemocnění byl součástí života daného člověka, nikoliv že tento člověk je psychiatrický pacient;
- cíle zotavení určoval klient a při jejich dosahování ho podporovali kromě jiného také pomáhající profesionálové, nikoliv že poskytovatel služby stanoví cíle léčby a uživatel je bude naplňovat;

<sup>138</sup> ROBERST, G., WOLFSON, P. New directions in rehabilitation: learning from recovery movements. In Roberst, G. et al. (eds.), 2006, 23.



- zastávání smysluplných životních rolí snižovalo výskyt hospitalizací, nikoliv, že člověk potřebuje léčbu až do doby než je schopen převzít odpovědnost za svůj život a zastávat své životní role.<sup>139</sup>

### 2.2.3.3. Jazyk podporující zotavení

Významnou roli v oblasti péče o duševní zdraví hraje používaný jazyk – volbou slov je možné podporovat proces zotavení z duševního onemocnění a otevírat prostor pro naději, zplnomocnění, zodpovědnost sama za sebe a vytváření smysluplných životních rolí, nebo procesu zotavení naopak bránit a posilovat pasivitu a pocit beznaděje. V rámci reflexe používaného jazyka je potřeba zaměřit pozornost nejen na používaná slova, ale také na jeho strukturu – na druhy vět a jejich spojení (rozkaz, popis, přání) i na literární styl (příběh, zážitek versus anamnéza, protokol).<sup>140</sup>

Podle Příručky jazyka zotavení je tento jazyk založen na následujících principech:

- Jedinečnost každého člověka – zotavení vytváří jedinečný životní příběh, který není možné zredukovat na zápis do složky klienta nebo jeho zdravotní karty.
- Nic o nás bez nás – největším odborníkem na problém je ten, kdo se s tímto problémem potýká; každý má právo rozhodovat o svém životě a o sobě sám.
- Zaměření se na silné stránky – poskytovatelé péče by se měli soustředit na rozvoj toho, co je v člověku zdravého a aktivního – na jeho přání, ambice, snahu něco dokázat.
- Srozumitelnost – místo specifického profesního žargonu používat jazyk člověka, se kterým mluvíme.
- Odborník je pomáhající profesionál, nikoliv soudce – i přes expertní znalosti pomáhajícím profesionálům nepřísluší člověka posuzovat a hodnotit.<sup>141</sup>

V praxi jazyka podporujícího zotavení je základním pravidlem tzv. people-first language – jazyk, v němž je na první místě člověk. Nejdříve je označena osoba, teprve poté přichází podmínka nebo obtížná životní zkušenost tohoto člověka. Příkladem může být označení „člověk s osobní zkušeností s duševním onemocněním“ namísto méně vhodného „duševně nemocný“. Takto se do centra pozornosti dostává člověk jako

<sup>139</sup> Srov. SLADE, M. *100 způsobů, jak podporovat zotavení*. 2nd edition. London: Rethink Mental Illness, 2013, s. 35.

<sup>140</sup> Srov. BRYNYCH, L. STROSSOVÁ, I., FRANZOVÁ, D., GOLDMANOVÁ, H. *Příručka jazyka zotavení*. Ministerstvo zdravotnictví, s. 3,5.

<sup>141</sup> Srov. tamtéž, s. 6-7.

jedinečná individualita, která není redukována a dehumanizována na psychiatrickou diagnózu nebo případ. Jazyk podporující zotavení také nepoužívá označení, která redukují člověka na roli nebo nálepkou (např. psychiatrický pacient). Nevhodné je také užívání zevšeobecnujících pojmů, které přenášejí zkušenosti s jednotlivcem na celou skupinu, například „člověk se schizofrenií nezvládne pracovat na celý úvazek“, chybou je i uplatňování nízkých nároků a očekávání na všechny lidi s duševním onemocněním. Dalším doporučením je podle Příručky jazyka zotavení vyhýbat se expertnímu nebo ústavnímu slovníku a naopak používat běžný civilní jazyk tak, aby užívaný jazyk nevytvářel umělé hranice mezi pomáhajícími a těmi, kterým se pomáhá. Příhodné je vyhýbat se slovům asociujícím prostředí armády (např. hlášení, propustka, večerka apod.), protože tyto výrazy by mohly posilovat atmosféru slepé poslušnosti a popírání individuality, a slovům spojeným s mateřskou nebo základní školou (výtvarka, svačinka, domácí úkol atp.). K odlištění a posílení asymetrického vztahu vede také používání hovorového profesního jazyka, tzv. žargonu. Slova jako „organik, oploštělý katatonik, chroňák“ apod. posilují jak stigmatizaci lidí se zkušeností s duševním onemocněním, tak stigmatizaci psychiatrie jako oboru. Nevhodná je také infantilizace – jednání s dospělými klienty jako s dětmi, které posiluje pasivitu a snižuje důstojnost. Praktickým návrhem této příručky pro používání jazyka je to, že řečeno/zaznamenáno je jen to, co lze říci před pacientem/uživatelé sociální služby. Například při psaní dokumentace je možné představovat si, že nám člověk, kterého se zápis týká, nahlíží přes rameno, a podle toho pak volit konkrétní výrazy a formulace.<sup>142</sup>

#### **2.2.4. Proces zotavení jako usilování o důstojný život**

Psycholožka Elisabeth Kübler-Rossová se věnovala výzkumu v oblasti umírání a smrti. Kübler-Rossová zahájila proces detabuizace smrti, usilovala o důstojné umírání, její práce transformovala lékařskou péči a inspirovala hospicové systémy péče. V rámci procesu vyrovnávání se s umíráním Kübler-Rossová popisuje pět fází – stadium popírání a izolace, stadium zlosti, stadium smlouvání, stadium deprese a stadium akceptace – jimiž člověk prochází, jestliže je konfrontován s tragickými zprávami. Ve své první knize Kübler-Rossová mj. píše: „*Pacient, jehož příběh tu vyprávím, byl stále lidskou bytostí, jen nedokázal unést svůj život, protože sám neuměl využít to málo (fyzických) schopností, jež mu (ještě) zbývaly. Společným úsilím se ovšem i z té trochy*

---

<sup>142</sup> Srov. BRYNYCH, L. STROSSOVÁ, I., FRANZOVÁ, D., GOLDMANOVÁ, H. *Příručka jazyka zotavení*. Ministerstvo zdravotnictví, s. 7-20.

*dá vytěžit mnoho, pokud se nenecháme zaplašit tím, jak bezmocně takový trpící člověk vypadá. Jinými slovy, snad nemocným můžeme ulehčit (umírání) právě tím, že jim budeme pomáhat žít a nenecháme je jen osaměle a nedůstojně přežívat.*<sup>143</sup>

Na fázích smutku tak, jak je charakterizovala Kúbler-Rossová, založil psychiatr M. Ragins popis zotavení jako psychologického procesu s pružnými fázemi, v němž lidé usilují o důstojný život. Zotavení je podle něj normálním adaptivním pochodem, který následuje po tragické události, obdobně jako je smutek obvyklým adaptivním stavem následujícím po ztrátě. Fázemi procesu zotavení jsou podle Raginse naděje, zplnomocnění, odpovědnost za sebe sama a smysluplné životní role. Řada lidí zároveň uvádí, že součástí jejich procesu zotavení bylo prožití pěti fází smutku; oba tyto procesy se tedy často vzájemně doplňují. Jednotlivé fáze zotavení jsou přiblíženy v následující podkapitole.

#### **2.2.4.1. Naděje**

První fází procesu zotavení z duševního onemocnění je naděje. Charles R. Snyder ji definoval následovně: „*Naděje je souhrnem vnímaných schopností nacházet cesty k vytyčeným cílům a vnímanou snahou těchto cest použít.*“<sup>144</sup>

Každý člověk prožívající zoufalství potřebuje naději – pocit, že může být a bude lépe. Naděje je silným motivačním prvkem v případě, že je více než jen ideálem – nezbytná je konkrétní rozumná vize toho, jaké by to mohlo být, kdyby to bylo lepší, přičemž smyslem není, aby člověk s duševním onemocněním přesně naplnil vizi, kterou si vytvořil, nýbrž aby měl jasnou představu o svých budoucích možnostech dříve, než podnikne kroky ke změně.<sup>145</sup>

Prvním z prvků, kterými může podle Raginse pomáhající profesionál přispívat k posilování naděje v souvislosti se zotavením z duševního onemocnění, je zpochybňování tradičních přístupů. Takovým zpochybňováním může být revize dřívějších závěrů, že schizofrenie je chronická zhoršující se nemoc, a oproštění se od negativních a beznadějných stereotypů spojených s tímto duševním onemocněním. C. M. Hardingová mluví o nejméně sedmi v psychiatrii zažitých mýtech o schizofrenii,

---

<sup>143</sup> KÚBLER-ROSS, E. O smrti a umírání. Co by se lidé měli naučit od umírajících. Praha: Portál, 2015, s. 31.

<sup>144</sup> SNYDER, C. R. Handbook of Hope: Theory, Measures and Applications. New York: Academic Press, 2000, s. 8.

<sup>145</sup> Srov. RAGINS, M. Cesta k zotavení. Praha: Fokus Praha, 2018, s. 20.

kteře ovlivňují vnímání pacientů a jejich léčbu. Tyto mýty byly zpochybněny výzkumnými studiemi, přesto přetrvávají napříč obory pečujícími o duševní zdraví. Hardingová se ve svém textu snaží nabídnout vyváženější a aktuálnější pohled na osoby se schizofrenií. První mýtus ve vztahu k tomuto onemocnění je formulován jako „jednu schizofrenií, vždycky schizofrenií“. K této iluzi dochází, když kliničtí pracovníci opakovaně vidí několik nejvážněji nemocných jako své typické klienty, zatímco tito lidé reprezentují jen malou část spektra. Skutečností místo tohoto mýtu je stále se rozšiřující heterogenita výsledků napříč časem i jednotlivými studiemi.

Druhým mýtem je podle Hardingové představa, že každého člověka s diagnózou schizofrenie je možné vnímat stejně z hlediska léčby i výzkumu. Skutečností je různorodost v rámci této skupiny, daná pohlavím pacientů, věkem, úrovní vzdělání, přítomností symptomů či reakcemi na stresové situace, takže realitou je široká individuální heterogenita v této diagnostické kategorii.

Třetím mýtem ve vztahu ke schizofrenii je to, že rehabilitace by měla být poskytnuta až po stabilizaci. Tento přístup byl populární v rámci jedné verze medicínského modelu, v němž „skutečná léčba“ spočívá v posouzení, diagnóze a medikaci, cokoliv dalšího, jako například rehabilitace musí počkat až do stabilizace pacientova stavu – skutečností podle Hardingové je to, že rehabilitace by měla začít hned první den.

Čtvrtým mýtem je neúčinnost psychoterapie při léčbě schizofrenie. Realitou podle Hardingové naopak je to, že realistický a vhodný přístup k použití psychoterapie v celkovém léčebném plánu může usnadnit zotavení pacientů jednak integrací jejich zkušeností života přerušného těžkou nemocí, jednak pomocí při jejich učení se strategiím zvládnání stresu.

Pátým mýtem je přesvědčení, že pacienti musí užívat léky celý život. Skutečností naopak je, že neexistují data, která by tento mýtus potvrdovala. Analýza výsledků dlouhodobé studie ukázala, že značná část lidí, kteří neužívali medikaci, netrpěla příznaky schizofrenie a fungovala dobře.

Předposledním mýtem je názor, že lidé se schizofrenií mohou vykonávat pouze nízké a nenáročné pracovní pozice. Realita je podle Hardingové taková, že lidé se schizofrenií mohou a fungují na všech pracovních úrovních.

Konečně sedmým mýtem je, že rodiny jsou etiologickým faktorem onemocnění. Podle Hardingové neexistuje důkaz, že rodinné psychosociální klima, komunikační vzorce nebo rodičovské praktiky jsou primárními příčinami schizofrenie. Skutečností je, že rodiny jako spolupracovníci mohou poskytovat důležité informace a zajistit prostředí snižující vulnerabilitu svých členů.<sup>146</sup>

Další možností, jak posilovat naději, je věřit v možné zlepšení a neříkat lidem, že něco nejsou schopni udělat. Jednoduché fráze typu „To bude dobré.“ nebo „Nevzdávej to!“ v bezvýchodných situacích nefungují, není vhodné ani chlácholení či popírání faktů. Naději naopak mohou podpořit příklady zvládnání či překonání nemoci nebo sdílení příběhů lidí, kteří byli v obdobné situaci a dokázali nalézt cestu k řešení svých problémů. Vhodné je také zaměřit se v rozhovoru na malé, ale reálné kroky ke změně a mluvit tak, jako kdyby budoucnost záležela zejména na člověku samotném. Během rozhovoru zaměřujeme pozornost na silné stránky, možnosti a zdroje klienta a vyhýbáme se výrazům a formulacím, které vedou k pasivitě a bezmoci. V některých případech může být vhodnější naopak neříkat nic, pouze klienta vyslechnout a vyjádřit mu tím, že není v obtížné situaci sám.<sup>147</sup>

Pracovníci mohou vytváření naděje podporovat také například tím, že budou mluvit o zotavení a budou používat strategie pro podporu naděje, uvedené v tabulce.

---

<sup>146</sup> Srov. HARDING, C. M., ZAHNISER, J. H. Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994: 90 (384), s. 140-146.

<sup>147</sup> Srov. BRYNYCH, L. STROSSOVÁ, I., FRANZOVÁ, D., GOLDMANOVÁ, H. *Příručka jazyka zotavení*. Ministerstvo zdravotnictví, s. 11-12.

Tab. 2 Strategie pro podporu naděje<sup>148</sup>

	Využívání interpersonálních zdrojů	Aktivování vnitřních zdrojů	Přístup k vnějším zdrojům
Hodnoty pracovníků	Oceňování člověka jako jedinečné lidské bytosti	Selhání je pozitivním signálem zapojení se a účasti, přispívá k sebepoznání	Zaměření snahy na podporu daného člověka, aby udržoval vztahy a sociální role
	Důvěra v pravdivost toho, co daný člověk říká	Být člověkem znamená mít omezení – výzvou je překračovat nebo je přijmout	Nalezení lidí, kteří uvidí a ocení jedinečnost, silné stránky a velké úsilí daného člověka
Postoje pracovníků	Víra v potenciál a sílu člověka	Zármutek ze ztrát je třeba si odžít	Klíčovými vnějšími zdroji jsou bydlení, práce a vzdělání
	Přijetí člověka jako toho, kým opravdu je	Člověk potřebuje najít smysl ve svém duševním onemocnění a o to víc ve svém životě	Využívání zotavených uživatelů služeb a dřívějších uživatelů služeb jako vzorů
	Vnímání propadů a "recidivy" jako součástí zotavení		
Chování pracovníků	Naslouchání bez hodnocení	Podporování člověka při nastavování a dosahování osobně ceněných cílů	Uspřádání kontaktu s peer vzory a svépomocnými skupinami
	Tolerování nejistoty ohledně budoucnosti daného člověka	Podporování jej při vytváření si lepších postojů	Bytí k dispozici v době krize
	Vyjádřování a projevení skutečného zájmu o duševní pohodu člověka	Pomoc člověku, aby si vzpomněl na dřívější úspěchy a pozitivní zkušenosti	Podporování přístupu k celé nabídce léčby a informací
	Přiměřené a vhodné používání humoru	Podporování a aktivní povzbuzování ke zkoumání duchovního života	Podporování blízkých vztahů

<sup>148</sup> SLADE, M. *100 způsobů, jak podporovat zotavení*. 2nd edition. London: Rethink Mental Illness, 2013, s. 23.

#### 2.2.4.2. Zplnomocnění

Druhou fází procesu zotavení z duševního onemocnění je zplnomocnění. K tomu, aby lidé dělali pokroky, je podle Raginse třeba, aby věřili ve své vlastní schopnosti a byli si vědomi své vlastní moci. Naděje by měla být zaměřena spíše na to, co pro sebe mohou udělat sami klienti, než na nové léky nebo metody, které pro ně budou objeveny někým jiným.<sup>149</sup>

Pojem Empowerment/zplnomocnění je v oblasti péče o duševní zdraví často používán, tento koncept je ale definován různě a k jeho dosažení jsou používány různé postupy. Judi Chamberlinová vyjmenovává 15 klíčů ke zplnomocnění, mezi nimi také:

- Možnost rozhodovat se – odborníci v oblasti péče o duševní zdraví podle ní často předpokládají, že jejich klienti nemají schopnosti pro to správně se rozhodovat, řada programů je postavena paternalisticky a omezuje množství nebo kvalitu rozhodnutí, která klienti mohou činit – je například možné, aby klienti rozhodovali o tom, co budou mít k večeři, ale nikoliv o celkovém průběhu své léčby. Bez možnosti rozhodovat se jsou však klienti udržováni v dlouhodobě závislém vztahu.
- Přístup k informacím – člověk se nejlépe rozhoduje, když má dostatek informací pro zvážení důsledků různých variant; obdobně se i zde objevuje paternalistický postoj pečujících odborníků, že omezení přístupu k informacím je v klientově nejlepším zájmu. To se však může stát sebenaplňujícím proroctvím, protože bez adekvátních informací se klienti mohou rozhodovat impulzivně, čímž se potvrdí přesvědčení pečujícího o neschopnosti klienta se rozhodovat.
- Asertivita – u osob bez diagnózy duševního onemocnění je tato kvalita oceňována, u lidí s psychickým onemocněním je často označována jako „manipulativnost“. Tento příklad ukazuje, že psychiatrická nálepka může vést k tomu, že pozitivní vlastnosti jsou u lidí s duševním onemocněním redefinovány negativně. Asertivita – schopnost jasně vyslovit svá přání a stát si za svým, pomáhá jedinci získat to, co si přeje.

---

<sup>149</sup> Srov. RAGINS, M. Cesta k zotavení. Praha: Fokus Praha, 2018, s. 20.

- Učení se kritickému myšlení včetně redefinování toho, kdo jsem a co mohou udělat, pozitivní sebeobraz a překonání stigmatu.<sup>150</sup>

Pro to, aby se klienti cítili zplnomocnění, tedy potřebují mít přístup k informacím a možnost rozhodovat se sami. Někteří z nich možná budou zpočátku potřebovat podporu, aby se přestali trápit svými neúspěchy a zaměřili se raději na svoje silné stránky. Do té doby, než si bude člověk sám sebou natolik jistý, aby si sám věřil, někdy potřebuje, aby v něj věřil i někdo jiný. Čekání na okamžik, kdy bude člověk s duševním onemocněním připravený udělat krok vpřed, může vést ke stagnaci a ke „z-nemocnění“. Připravenost se často může dostavit až při pohledu nazpět, proto musejí lidé mnohdy nejdříve zažít úspěch a pak uvěří, že mohou být úspěšní.<sup>151</sup>

Podle Raginse je pro zplnomocnění zásadní „vidět člověka, ne případ“, což znamená nikoliv přehlížet jeho nemoc, ale léčit nemoc jako součást celého života klienta. Prvkem zplnomocňování je také přehodnocení role lékaře a uplatňování spolupráce při předepisování léků. Odborníci by měli využívat vědomostí o medikaci k tomu, aby danému člověku pomohli dojít k volbě, která pro něj bude tou nejlepší – mělo by tedy jít o vy-užívání medikace k nějakému účelu místo užívání medikace.<sup>152</sup>

Mike Slade doplňuje další způsoby, jak je možné podporovat užívání medikace jako nástroje k zotavení. Přispívá k tomu např. vnímání medikace jako „vyměnitelné ochrany proti recidivě“, při níž jak farmakologické, tak psychosociální přístupy vytvářejí pro jedince ochrannou zónu proti recidivě, a zaměření se na podporu resilience, na níž rozhodně záleží, spíše než na medikaci, která může, ale nemusí být podstatná. S lidmi, kteří zažívají nejistotu kolem užívání medikace, je možné diskutovat o tom, jak medikace přispívá k cílům zotavení, a poskytovat jim nezaujaté informace včetně údajů o vedlejších účincích léků. Vhodné je také podporovat osoby, které si přejí vysadit medikaci, například tím, že jim poskytneme informace o výhodách a nevýhodách, a seznámíme je s tím, jaké alternativy mají (pokračování medikace po pevně danou dobu a poté nové přezkoumání vhodnosti medikace, identifikování

---

<sup>150</sup> Srov. CHAMBERLIN, J. A *Working Definition of Empowerment*. [cit. 2022-02-20] Dostupné na WWW: < <https://power2u.org/a-working-definition-of-empowerment/> >

<sup>151</sup> Srov. RAGINS, M. *Cesta k zotavení*. Praha: Fokus Praha, 2018, s. 20-21.

<sup>152</sup> Srov. tamtéž, s. 32.



včasných varovných signálů a společné krizové plány před vysazením, odstupňované vysazení atd.).<sup>153</sup>

Inspirací pro posílení statusu pacientů jsou podle Raginse porodnictví a onkologie, kde k transformaci došlo bez dramatických technických či medicínských změn. Lékaři v těchto oborech přestali nahlížet na těhotenství, porod nebo život s rakovinou jako na diagnózu, a začali je vnímat jako zkušenost, která může život zásadně proměnit. Důležité začalo být i to, jak pacienti takové chvíle prožívají. Obdobně i vážné duševní onemocnění znamená hlubokou životní zkušenost, která ovlivňuje téměř všechny oblasti života, a to, jak člověk tyto události prožívá, je stejně důležité jako způsob jeho léčby. Změny v porodnictví a v onkologii vedly k pěti praktickým zplnomocňujícím změnám: k větší spolupráci při léčbě – je kladen větší důraz na to, aby byl pacient poučen o svém stavu a o možnostech a zároveň aby se sám rozhodoval, místo aby pouze plnil pokyny lékaře; k častějšímu využívání technik vedoucích pacienta k samostatnosti – pacienti jsou povzbuzováni k hledání svépomocných technik, které by mohly léčbu doplnit; ke zvýšenému využívání přirozené podpory – rodinných příslušníků či přátel; ke zvýšenému využívání domácího prostředí namísto nemocničního a konečně ke zvýšenému využívání podpory osob se stejnou zkušeností, tzv. peer support.<sup>154</sup>

Pro skutečné zplnomocnění je potřeba, aby lidé získávali zkušenosti se „skutečným“ světem. Smyslem empowermentu není vytváření situací, v nichž člověk jakoby uspěje, nebo přeceňování bezvýznamných situací, což by mohli klienti vnímat spíše jako projev blahosklonnosti než jako zplnomocňování. Důležité je také věřit lidem i přes opakovaný neúspěch, dodávat jim odvalu ke zkoušení nových věcí a podporovat je v jejich úsilí. Postoj zaměstnanců služby by neměl být určován strachem z rizika a vyhýbáním se odpovědnosti – pouze zplnomocnění zaměstnanci mohou zplnomocnit lidi, se kterými pracují.<sup>155</sup>

#### **2.2.4.3.       Zodpovědnost za sebe sama**

Třetí fází procesu zotavení je odpovědnost za sebe sama. Přebírání odpovědnosti za vlastní život znamená začít riskovat, zkoušet nové věci a učit se z vlastních chyb. Zároveň jde také o to odpoutat se od pocitů viny, zklamání a hněvu, které jsou

---

<sup>153</sup> Srov. SLADE, M. *100 způsobů, jak podporovat zotavení*. 2nd edition. London: Rethink Mental Illness, 2013, s. 28.

<sup>154</sup> Srov. RAGINS, M. *Cesta k zotavení*. Praha: Fokus Praha, 2018, s. 37-39.

<sup>155</sup> Srov. tamtéž, s. 41.

s duševním onemocněním často spojeny. Tato etapa je jak pro lidi s duševním onemocněním, tak pro poskytovatele služeb náročná, protože předpokládá změnu stereotypu závislosti – je nezbytné podporovat klienty, aby nezůstávali v jednoduché a bezpečné roli toho, o koho se druzí starají, a sami vzali život do svých rukou. Naučit se zodpovědnosti sám za sebe po lidech s duševním onemocněním vyžaduje, aby zásadně změnili způsob, jakým vnímají sami sebe, své blízké, pečovatele, svou nemoc i svoji budoucnost.<sup>156</sup>

Převzít větší odpovědnost za sebe sama mohou lidé udělat poté, co získali dostatečnou naději, vytvořili si vlastní vizi své budoucnosti a cítí se zplnomocnění. V souvislosti s přejímáním odpovědnosti klienta za sebe sama je pro pomáhající profesionály dobré přehodnotit jedno z častých doporučení klientům, a sice že se mají vyhýbat stresu. Argumentace pro důraz na stabilizaci stavu a nikoliv na zotavení je taková, že stres vede k relapsům a opětovným hospitalizacím. To je však podle M. Raginse jen obtížně dokazatelné, podle něj se vyhýbáním se stresu spíše snižuje možnost zotavení, nikoliv relapsu.<sup>157</sup>

Závazek Hippokratovy přísahy „primum non nocere“ (hlavně neškodit) není možné používat jako omluvu pro vyhýbání se rizikům nezbytně spojeným s péčí orientovanou na zotavení. Je třeba mít na paměti, že velké škody jsou ve skutečnosti lidem s duševním onemocněním způsobovány každý den, kdy jsou tito lidé marginalizováni a demoralizováni, kdy přicházejí o kontrolu nad svým vlastním životem a pozbývají odpovědnosti sami za sebe. Příčinou těchto škod je jak skutečnost, že jim je odíráno právo činit vlastní rozhodnutí, tak to, že je posilována obecně sdílená představa, že taková osoba zůstane nemocí postižená, místo toho, aby bylo podporováno vědomí, že „je v první řadě člověkem, který se může naučit a také se naučí svou disabilitu zvládat natolik, aby si mohl dál žít svůj život.“<sup>158</sup>

Nakládání s rizikem je nedílnou součástí lidského života. Lidé potřebují být vystaveni riziku, aby se mohli vyvíjet a měnit se. Ve službě zaměřené na zotavení se odlišuje riziko škodlivé – vztahující se k nezákonnému nebo antisociálnímu chování, týkající se osobní nezodpovědnosti nebo sebepoškozujících vzorců chování. Tomuto

---

<sup>156</sup> Srov. RAGINS, M. Cesta k zotavení. Praha: Fokus Praha, 2018, s. 21, 52.

<sup>157</sup> Srov. tamtéž, s. 42-43.

<sup>158</sup> Srov. DAVIDSON, L., TONDORA, J. a kol. Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017, s. 94.

škodlivému riziku je třeba se vyhýbat. Druhým typem rizika je riziko pozitivní, vztahující se k chování, v jehož rámci člověk přijímá výzvy vedoucí k osobnímu růstu a rozvoji. Patří sem například zkoušení toho, o čem si člověk není jistý, že zvládne, vytváření nových zájmů nebo přijímání nových rolí. Obvykle je s vystavením se pozitivnímu riziku spojen přínos i v případě, kdy se něco nepodaří – osobnost člověka je zkoušením i selháním posilována. Podjímání tohoto pozitivního rizika je potřebné k dosažení mnoha cílů zotavení.<sup>159</sup>

Procesy, při nichž lidé přebírají primární odpovědnost za svůj přerod z člověka s duševním onemocněním v člověka, který se zotavuje, můžeme označit také pojmem „přebírání kontroly“. Při přebírání kontroly mohou poskytovatelé služeb podporovat lidi na cestě zotavení tím, že budou nabízet příležitosti k výběru a dostatek variant, z nichž je možné si vybrat; budou přiznávat klientům právo dělat chyby; budou se vyhýbat přístupu „profesionál to ví nejlépe“ a budou přistupovat ke klientům jako k sobě rovným.<sup>160</sup>

Přístup ke klientům se projevuje také skrze používaný jazyk, který vyjadřuje vztah k mluvčímu. Zda jde o vztah nadřazený nebo partnerský se může projevovat zvolenými slovesy – výběr nevhodných sloves může posilovat dehumanizaci a redukci člověka na diagnózu, případ nebo věc. Zvolené sloveso ukazuje, zda o sobě rozhoduje člověk sám, např. ve formulaci „dohodli jsme se, že bude využívat služby jiného zařízení, které je blíže k jeho bydlišti“, nebo za tohoto člověka rozhodují jiní lidé – např. „byl přeložen do jiného střediska dle spádu.“<sup>161</sup>

Ve vztahu ke krizi se přístup zaměřený na zotavení snaží předcházet zbytečným krizím. Jestliže ke krizi dojde, je úsilí zaměřeno na minimalizaci ztráty osobní odpovědnosti v době krize a na podporu identity dotyčného člověka v době krize i po ní. Pro snižování pravděpodobnosti vzniku krize je důležité rozvíjet klientovy dovednosti self-managementu, mezi něž patří například schopnost rozpoznat příznaky duševního onemocnění a reagovat na ně. Ve vztahu ke krizím by měli pomáhající profesionálové umět předávat dvě sdělení. Tím prvním je skutečnost, že ne každý životní neúspěch je

---

<sup>159</sup> Srov. SLADE, M. *100 způsobů, jak podporovat zotavení*. 2nd edition. London: Rethink Mental Illness, 2013, s. 30.

<sup>160</sup> Srov. DAVIDSON, L., TONDORA, J. a kol. *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017, s. 67.

<sup>161</sup> Srov. BRYNÝCH, L., STROSSOVÁ, I., FRANZOVÁ, D., GOLDMANOVÁ, H. *Příručka jazyka zotavení*. Ministerstvo zdravotnictví, s. 12-13.

indikátorem potenciální recidivy. Odborníci by měli člověka s duševním onemocněním podpořit v rozvíjení takových dovedností ke zvládnání životních situací, které mu pomohou nepříznivé situace zvládat spíše než se těmto situacím vyhýbat. Druhým sdělením je fakt, že recidiva (ve smyslu vracení se zpět) je normální a že při snaze o změnu chování nebo emočních vzorců dochází k propadům, obdobně jako se například kuřákům, kteří chtějí přestat s kouřením, často nepovede začít a vytrvat v abstinenci napoprvé.<sup>162</sup>

#### **2.2.4.4. Smysluplná životní role**

Čtvrtou fází procesu zotavení je etapa nazvaná smysluplná životní role.

K úplnému zotavení je nezbytné, aby člověk s duševním onemocněním získal v životě jinou roli, než je role psychiatrického pacienta nebo role oběti. Je potřeba, aby se naděje, důvěra a odpovědnost sama za sebe projevovала v rolích rodiče, souseda, zaměstnance a podobně.<sup>163</sup>

Obtíže spojené s duševním onemocněním mohou vést k tomu, že lidé odejdou ze školy, mají problémy v zaměstnání nebo ve vztazích a přicházejí o role spojené se studiem nebo prací. V rámci systému péče o duševní zdraví se těmto lidem nabízí často pouze role chronického pacienta. Podle M. Raginse je to, že člověk připustí, že má duševní onemocnění, většinou prospěšné, naproti tomu smíření se s rolí chronicky duševně nemocného je podle něj téměř vždy škodlivé. Ragins zároveň pojmenovává oblasti, které je možné nabídnout ke hledání pozitivních rolí. Jsou to například práce, rodina nebo spiritualita. Práce je podle něj důležitá v každé fázi procesu zotavení a hraje významnou roli ve zplnomocnění klienta. Naopak bez práce je velmi obtížné vystoupit z role chronického pacienta. Rodina klienta je podle Raginse z klinického pohledu důležitá především v tom, jak působí na duševní onemocnění svého člena; oproti tomu z hlediska na zotavení zaměřeného přístupu je rodina důležitá jako skutečná rodina konkrétního člověka – pozornost pomáhajících profesionálů není zaměřena na disfunkční rodinnou dynamiku – jejich podpora směřuje k tomu, aby klient mohl zaujmout svou normální rodinnou roli syna, bratra, otce. Co se týká vztahu spirituality a smysluplné životní role, Ragins doporučuje vytvářet takové prostředí, kde se může dařit pozitivním duchovním hodnotám, a jestliže si člověk zvolí duchovní cestu, po které se

---

<sup>162</sup> Srov. SLADE, M. *100 způsobů, jak podporovat zotavení*. 2nd edition. London: Rethink Mental Illness, 2013, s. 31.

<sup>163</sup> Srov. RAGINS, M. *Cesta k zotavení*. Praha: Fokus Praha, 2018, s. 21.

chce vydat, podporovat ho v zapojení se do života náboženského společenství v okolí tohoto člověka.<sup>164</sup> Zapojení se do širší komunity a setkávání se s lidmi mimo kontext péče o duševní onemocnění vede k ukončení izolace a pomáhá lidem s duševním onemocněním zotavit se a začít žít svůj vlastní život.

### 2.2.5. Shrnutí procesu zotavení jako usilování o důstojný život

V procesu zotavení získávají lidé naději, tvoří si vlastní vizi budoucnosti, jsou zplnomocňováni, přebírají zodpovědnost sami za sebe a získávají jiné role než je role psychiatrického pacienta nebo role oběti. U člověka procházejícího procesem zotavení nemoc přestává být dominantní determinantou jeho osoby, ale stává se jedním z prvků jeho osobního příběhu, jehož součástí jsou smysluplné životní role jako například manžel a otec rodiny, kolega v zaměstnání, fanoušek sportovního klubu nebo člen společenství. Schematické vyjádření tohoto procesu ukazuje obrázek č. 2.

## MODEL ZOTAVENÍ



Obr. č. 2 Schematické vyjádření procesu zotavení, RAGINS, M., What's Different About Recovery?

<sup>164</sup> Srov. RAGINS, M. Cesta k zotavení. Praha: Fokus Praha, 2018, s. 53-62.

### **2.2.6. Shrnutí možností podpory osob s duševním onemocněním v jejich zotavování ze strany pomáhajících profesionálů**

Poskytovatelé služeb mohou podporovat lidi v jejich zotavování tím, že mluví o naději a neztrácejí ji, i když ji ztrácejí klienti; zaměřují se na silné stránky klientů; podporují vytváření jejich kontaktů s komunitou a s přirozenými zdroji podpory; přiznávají klientům právo riskovat, dělat chyby a učit se z nich; přistupují k lidem jako k celistvým lidským bytostem, nikoliv pouze skrze jejich onemocnění, a podporují tyto osoby v zaujímání smysluplných sociálních rolí.

Podle „deseti top tipů“ pro praxi zaměřenou na zotavení by se zároveň po každém jednání s klientem měl profesionál v oblasti podpory duševního zdraví zeptat sám sebe:

- *„Naslouchal jsem klientovi aktivně, abych mu pomohl porozumět jeho psychickým potížím?”*
- *Pomáhal jsem klientovi nacházet a upřednostňovat jeho osobní cíle zaměřené na zotavení/recovery, ne moje profesní cíle?”*
- *Ukázal jsem, že věřím, že klient může dosáhnout těchto cílů s využitím svých stávajících silných stránek a zdrojů?”*
- *Uvedl jsem příklady z mé vlastní zkušenosti nebo ze zkušenosti jiných klientů, které inspirují k naději a potvrzují její důležitost?”*
- *Věnoval jsem zvláštní pozornost těm cílům, které vyvádějí klienta z „role pacienta“ a umožňují mu obohatit život jiným?”*
- *Upozornil jsem klienta na zdroje mimo systém služeb pro duševně nemocné – přátele, známé, organizace – klíčové pro dosažení jeho cílů?”*
- *Podpořil jsem klientovu schopnost samostatně zvládat potíže s nemocí (poskytnutím informací, posílením strategií zvládání potíží, které se mu již osvědčily atd.)?”*
- *Nabízel jsem klientovi při diskusi nad jeho potřebami terapeutické intervence (psychologická podpora, alternativní terapie, krizové plánování, ...), s respektem k jeho přáním kdykoli to bylo možné?”*
- *Vyjadřovalo mé jednání po celou dobu postoj respektu k osobě klienta, touhu po rovnocenném partnerství při společné práci a ochotu „udělat něco navíc“?”*

- *Přestože je budoucnost nejistá a mohou přijít nezdary, vytrval jsem ve vyjadřování podpory v dosažení cílů, které si klient určil, živil jsem naději a pozitivní očekávání?*<sup>165</sup>

---

<sup>165</sup> SHEPHERD, G., BOARDMAN, J., SLADE, M. *Making Recovery a Reality*, Sainsbury Centre for Mental Health, 2008, s. 9.

### **3. Reflexe na zotavení zaměřeného přístupu ve vztahu k respektu k důstojnosti člověka jako základu kvality sociální práce s lidmi s duševním onemocněním**

Třetí kapitola je věnována reflexi toho, jakým způsobem na zotavení zaměřený přístup v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním respektuje důstojnost člověka – klienta zdravotně-sociálních služeb. V úvodní části jsou popsány přínosy tohoto přístupu, vztahené ke třem pojetím lidské důstojnosti. Druhá část kapitoly pojedná o potenciálních úskalích na zotavení zaměřeného přístupu a o možnostech, jak případně problémům spojeným s praktickým využíváním tohoto konceptu v péči o duševní zdraví předcházet.

#### **3.1. Přínos na zotavení zaměřeného přístupu ve vztahu k respektu k důstojnosti člověka**

Následující část reflektuje, jak na zotavení zaměřený přístup v praxi sociální práce s lidmi s duševním onemocněním respektuje důstojnost člověka. Východiskem na zotavení zaměřeného přístupu je hledání způsobů, jak mohou lidé s duševním onemocněním vést důstojný, samostatný a bezpečný život navzdory své nemoci. V praxi zaměřené na zotavení se prolínají všechna tři zmíněná pojetí lidské důstojnosti. V návaznosti na úvodní etické ukotvení důstojnosti člověka budou popsány přínosy na zotavení zaměřeného přístupu nejprve ve vztahu ke kontingentnímu pojetí lidské důstojnosti, dále ve vztahu k inherentnímu pojetí lidské důstojnosti a na závěr ve vztahu ke komunitaristickému konceptu lidské důstojnosti. Níže uvedené principy a charakteristiky na zotavení zaměřeného přístupu byly podrobněji popsány v předchozím textu, zde je stručně shrnuto, jak přispívají k posilování respektu k důstojnosti člověka s duševním onemocněním.

##### **3.1.1. Přínos na zotavení zaměřeného přístupu ve vztahu ke kontingentnímu pojetí důstojnosti člověka**

Antický koncept dignitas – důstojnost nebo vážnost ve smyslu cti nebo společenského statusu, nepřiznával čest všem lidem, nýbrž jen některým, v závislosti na jejich postavení ve společnosti. Obsahem následující části bude reflexe toho, o jaké role pro lidi s vážným duševním onemocněním usiluje na zotavení zaměřený přístup ve srovnání s jejich rolí v rámci klinického, případně rehabilitačního modelu péče o duševní zdraví.



### **3.1.1.1. Identita člověka nad rámec pacienta s duševním onemocněním**

Pro člověka zotavujícího se z duševního onemocnění je zásadní, jestli je podporován, přijímán a pokud možno i milován jako lidská bytost mající svou hodnotu, a ne pouze jako psychiatrický pacient. Lidé v procesu zotavení prochází proměnou osobní identity směrem k přesažení výrazně omezené role pacienta nebo klienta. K tomu dochází mj. tím, že se lidé s duševním onemocněním zapojují do činností jako je dobrovolnictví, zaměstnání, sportování nebo chození do kostela, přičemž poskytovatelé služeb je podporují v úsilí zaujímat hodnotné sociální role.<sup>166</sup>

Role člověka nacházejícího své místo v komunitě a zapojujícího se do jejího života více respektuje důstojnost člověka než role pouhého pacienta a příjemce péče.

### **3.1.1.2. Ústřední je pohled pacienta/klienta**

V rámci na zotavení zaměřeného přístupu je uplatňován model společného rozhodování, v němž je středem pacient/klient. Tento model vychází z toho, že se setkávají dva experti – odborník-pomáhající profesionál a odborník se zkušeností s duševním onemocněním (expert by experience), přičemž expertnost pomáhajícího profesionála spočívá více v oblasti terapie a diagnostiky, zatímco klientova expertíza je založena na prožitých zkušenostech s nemocí, na znalosti systému péče o lidi s duševním onemocněním a na vědomí toho, co konkrétně jeho životu dává smysl, hodnotu a kvalitu. Zároveň platí, že individuální plánování je metodickým nástrojem, nikoliv cílem poskytování podpory a služeb.<sup>167</sup>

Role experta by experience setkávajícího se s odborníkem-specialistou více respektuje důstojnost člověka než role pacienta setkávajícího se se svým lékařem nebo klienta v interakci se svým klíčovým pracovníkem.

### **3.1.1.3. Peer specialisté**

Součástí praxe zaměřené na zotavení je zapojování peer specialistů do týmů poskytujících služby v oblasti péče o duševní zdraví. Spolupráce peer konzultantů v rámci multidisciplinárního týmu je ve vztahu k důstojnosti člověka s duševním onemocněním možné nahlížet ve dvou rovinách.

---

<sup>166</sup> Srov. DAVIDSON, L., TONDORA, J. a kol.: Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017, s. 51-58.

<sup>167</sup> Srov. KRBCOVÁ MAŠÍNOVÁ, L., PFEIFFER, PAPEŽOVÁ, S., URBÁNKOVÁ M. a kol. Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním. Ministerstvo zdravotnictví, s. 24-25.

Tou první je role peer specialisty ve vztahu přímo k sobě samému jako k člověku s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Funkce člena týmu nabízejícího zdravotně-sociální služby klientům s sebou přináší důstojnější roli než je situace pouhého příjemce těchto služeb.

Druhou rovinou je vztah k ostatním pomáhajícím profesionálům zapojeným do péče o duševní zdraví, i k celé společnosti. V týmu má peer konzultant nezastupitelnou pozici. Její přínos leží mimo jiné ve schopnosti navazovat s klienty týmu vztahy, přinášející blízkost a naději. Do práce týmu vnáší peer konzultant podněty, názory a pohled lidí se zkušeností s duševním onemocněním a poskytuje zpětnou vazbu na práci multidisciplinárního týmu s využitím svých vlastních znalostí. Plnohodnotné zapojení peer konzultanta do práce multidisciplinárního týmu a využívání jeho expertnosti přispívá ke snižování stigmatizace lidí s duševním onemocněním (jak mezi pomáhajícími profesionály, tak mezi lidmi obecně), a tím zároveň posiluje respekt k důstojnosti osob s vlastní zkušeností s duševním onemocněním.

#### **3.1.1.4.        Zodpovědnost za své chování a jeho důsledky**

Základním předpokladem praxe orientované na zotavení je, že zodpovědnost nese v první řadě sám člověk se závažným duševním onemocněním, pomáhající profesionálové se zaměřují na podporu a facilitaci úsilí klienta. Služby se v na zotavení zaměřeném přístupu rozvíjejí metodou „zdola nahoru“ – jejich rozvoj začíná potřebami, prioritami a cíli člověka v procesu zotavování, a to nejen na úrovni osobního zotavování konkrétního člověka, ale i na úrovni systému jako celku. Služby a podpora poskytované v rámci péče zaměřené na zotavení by měly být takové, které umožní lidem trpícím závažným psychickým onemocněním vést důstojný, bezpečný a pro ně uspokojující život, pokud možno i nad rámec nemoci.<sup>168</sup>

Role člověka usilujícího o naplnění vlastních cílů více respektuje důstojnost člověka než role pacienta/klienta plnícího léčebný nebo rehabilitační plán vytvořený poskytovatelem. Na zotavení zaměřený přístup zároveň oproti klinickému modelu péče vychází z přesvědčení, že člověk s duševním onemocněním je v každé situaci zodpovědný za své chování a měl by být konfrontován i s důsledky svého chování v akutním stavu.

---

<sup>168</sup> Srov. DAVIDSON, L., TONDORA, J. a kol.: *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017, s. 46.

### **3.1.2. Přínos na zotavení zaměřeného přístupu ve vztahu k inherentnímu pojetí důstojnosti člověka**

V inherentním pojetí lidské důstojnosti je důstojnost základním habitem člověka, nezávislým na jeho zdravotním stavu, podávaném výkonu nebo podmínkách, v nichž člověk žije. Tato část je věnována reflexi toho, jakým způsobem přístup zaměřený na zotavení akcentuje koncept inherentní důstojnosti člověka.

#### **3.1.2.1. Jedinečnost každého člověka**

Na zotavení zaměřená péče vychází z bio-psycho-socio-spirituálního přístupu. V centru pozornosti je klient se svým jedinečným životním příběhem, nikoliv zobecňující diagnóza. Pracovníci se orientují na silné stránky člověka s duševním onemocněním, a ne pouze na jeho disabilitu. Chování člověka je vnímáno v širších souvislostech než jen v kontextu jeho nemoci, a je zaměřeno více na podporu pozitivních vzorců chování než na kontrolu. Vnímání osoby jako celostní bytosti, která aktivně utváří svůj život, je ve vztahu k inherentnímu pojetí důstojnosti člověka přiléhavější než situace pacienta s odborníkem přidělenou diagnózou.

#### **3.1.2.2. Neposuzování připravenosti**

Prvkem přístupu zaměřeného na zotavení není posuzování toho, jestli je konkrétní člověk „zralý“ na to, aby mohl pracovat nebo žít samostatně mimo pobytové zařízení. Místo postupného procházení „posloupností služeb“ se vychází z toho, že klient je „připraven dostatečně“ a hledá se míra a způsob podpory, kterou klient v konkrétní situaci potřebuje. Tento přístup se uplatňuje v oblasti bydlení – v již zmíněném principu „Housing First“ nebo v oblasti práce, kde se využívá tzv. IPS (Individual Placement and Support), spočívající v intenzivní individuální podpoře při hledání zaměstnání. Tato podpora je otevřená pro každého, kdo chce pracovat, a jejím cílem je, aby člověk s duševním onemocněním získal placenou práci pokud možno v souladu se svými preferencemi. Přístup vycházející při spolupráci s klientem z jeho přání a představ, nikoliv z výsledků posouzení jeho připravenosti v určité oblasti, více respektuje důstojnost tohoto člověka.

#### **3.1.2.3. Nemožnost selhat**

Součástí přístupu zaměřeného na zotavení je úsilí o nastavení spolupráce s klientem tak, aby případný neúspěch nevedl k vyloučení člověka s duševním onemocněním ze služby ani k převzetí zodpovědnosti za něj, ale aby byl pro klienta příležitostí učit se i ze svých

chyb a hledat jiné varianty řešení. Role člověka, který v okamžiku neúspěchu neselhal, ale učí se zkoušet nové věci, je spojena s vyšším respektem k jeho důstojnosti, než situace klienta, za kterého je v situaci nezdaru přejímána zodpovědnost nebo se kterým je v takovém případě ukončena spolupráce na naplňování jeho cílů.

#### **3.1.2.4. Naděje**

Pro na zotavení zaměřený přístup je jednou z klíčových oblastí naděje – orientace na to, co by bylo možné, nikoliv pouze na aktuální stav konkrétní osoby. Důležitá je otevřenost ke všem možnostem vývoje další životní dráhy člověka. To znamená, že se některé varianty neuzavírají předem jenom proto, že člověk prošel nebo prochází zkušeností s duševním onemocněním. Tématem není jen to, co je pravděpodobné – používaný jazyk otevírá prostor pro to, co je v životě klienta možné. Jednání s člověkem jako s osobou, jejíž budoucnost je otevřená, spojená s nadějí a na níž se tato osoba aktivně podílí, je ve vztahu k inherentnímu pojetí důstojnosti člověka případnější, než když je vnímání člověka a jeho budoucnosti redukováno na pravděpodobný vývoj jeho nemoci v závislosti na diagnóze tohoto člověka.

#### **3.1.2.5. Welcoming**

V praxi na zotavení zaměřeného přístupu je důležitý tzv. welcoming, kultura přijetí těch, kteří přicházejí. Součástí welcomingu je nastavení, že každý příchozí je vítán a zároveň každý z pracovníků vítá. Mnoho lidí s duševním onemocněním zažilo zkušenost s nepřijetím ze strany společnosti, na zotavení zaměřené služby však staví na respektu k důstojnosti všech, kteří přicházejí, a na jejich přijetí jako vítaných osob.

#### **3.1.2.6. Medikace – vy-užívání léků místo užívání**

Součástí služeb podporujících duševní zdraví může být nabídka medikace. Medikace je však jen jedním z mnoha způsobů podpory procesu zotavení. V rámci na zotavení zaměřeného přístupu směřuje spolupráce k tomu, aby kontrolu nad medikací měl klient a zvolil si variantu, v níž by vy-užíval výhody spojené s medikací, nikoliv pouze užíval léky, které mu předepsal lékař. Role člověka, který se aktivně rozhoduje, jaká z variant je pro něj nejvhodnější, více respektuje důstojnost člověka než situace, kdy je pouze „pacientem, který pasivně užívá předepsané tablety“.

#### **3.1.2.7. Riziko, protikrizové plány, přání pro případ krize**

Součástí na zotavení zaměřeného přístupu je připravenost k hledání různých variant řešení, tedy i těch spojených s možným rizikem. Riziko není překážkou na cestě

k zotavení. Součástí spolupráce s klientem je také vytváření protikrizových plánů, pomáhajících předejít krizi a posílit připravenost člověka s duševním onemocněním a lidí z jeho okolí ke zvládnutí projevů nemoci. Protikrizový plán také může posílit naději a představu klienta o tom, co on sám může dělat pro svůj spokojený život. Role člověka, který podstupuje riziko, získává zkušenosti a učí se i ze situací, kdy se něco nepovede podle původního plánu, více respektuje důstojnost člověka, než situace osoby, která je ochraňována před pozitivními riziky spojenými s osobním růstem a rozvojem.

Nástrojem pomáhajícím omezit ztrátu autonomie je předem vyjádřené přání pro případ krize. Tato vyjádření předávají pracovníkům informace potřebné k tomu, aby mohli vykonávat svoji práci a vnímat hodnoty daného člověka jako klíčový bod spolupráce s ním i v době jeho krize.<sup>169</sup>

#### **3.1.2.8. Orientace na silné stránky člověka**

Na zotavení zaměřený přístup je orientován na silné stránky klienta, ne na situace, v nichž klient „selhává.“ Úsilí poskytované péče není zaměřeno na pouhou kontrolu symptomů, nýbrž na rozvoj silných stránek člověka se zkušeností s duševním onemocněním. Zacílení pozornosti na schopnosti a dovednosti klienta respektuje jeho důstojnost více než akcentování jeho slabých stránek.

#### **3.1.3. Přínos na zotavení zaměřeného přístupu ve vztahu ke komunitaristickému konceptu lidské důstojnosti**

Komunitaristický koncept lidské důstojnosti spojuje důstojnost člověka se sociálními podmínkami, v nichž se člověk rozvíjí. Jednotlivec má v tomto pojetí nárok na důstojnou existenci. Na zotavení zaměřený přístup může posilovat respekt k důstojnosti člověka poskytováním péče v komunitě, používaným oděvem a uspořádáním prostoru v zařízeních poskytujících služby lidem s duševním onemocněním.

##### **3.1.3.1. Poskytování péče v komunitě**

Mezi obtíže spojené s duševním onemocněním patří také chudoba a omezený přístup k materiálním zdrojům, vzdělávání a práci. Terénní pracovníci v oblasti péče o duševní zdraví se často setkávají s klienty, kteří žijí v kontextu nouze a bezdomovectví. Skrze vnímání klienta jako člověka může pracovník poskytující na zotavení zaměřené služby

---

<sup>169</sup> Srov. SLADE, M. *100 způsobů, jak podporovat zotavení*. 2nd edition. London: Rethink Mental Illness, 2013, s. 32.

pochopit klientovy potřeby také v oblasti bydlení a peněžních příjmů. Toto propojení pomáhajícího vztahu s vzhledem do jejich socioekonomické situace podporuje přesvědčení klientů, že je terénní pracovníci vnímají jako jedinečné lidské bytosti a že rozumí překážkám, které jsou jim kladeny do cesty jak chudobou, tak duševní nemocí, stigmatem a izolací.<sup>170</sup>

Součástí na zotavení zaměřeného přístupu v oblasti duševního zdraví je také práce zaměřená na vytváření vlastní sítě podpory klienta a podporu čerpání z komunitních zdrojů, k nimž patří rodiny, sousedé, kolegové či sportovní sdružení. Zapojení klienta do komunity a užívání podpory z jeho vlastních zdrojů nabízí člověku s duševním onemocněním důstojnější a hodnotnější roli než roli pouhého příjemce zdravotně-sociálních služeb. Přirozené prostředí klienta zároveň obvykle poskytuje vyšší míru svobody a intimity než služby poskytované v pobytových zařízeních, čímž poskytuje důstojnější podmínky pro život člověka s psychickými obtížemi.

### **3.1.3.2. Oděv, visačky, uspořádání prostoru**

Respekt k důstojnosti člověka vztažený ke komunitaristickému konceptu lidské důstojnosti zvyšuje také to, že na zotavení zaměřený přístup k péči o duševní zdraví podporuje minimalizaci odlišení klientů od pomáhajících profesionálů – například civilním oblečením zaměstnanců i uživatelů služeb, nepoužíváním visaček nebo tím, že v zařízeních, kde jsou poskytovány zdravotně-sociální služby, nejsou určeny toalety zvlášť pro klienty a zvlášť pro zaměstnance.

## **3.2. Úskalí na zotavení zaměřeného přístupu ve vztahu k respektu k důstojnosti člověka**

Mezi základní charakteristiky na zotavení zaměřeného přístupu patří snaha o to, aby lidé s duševním onemocněním zaujímali smysluplné a důstojné sociální role. Z tohoto důvodu pravděpodobně není možné nalézt takové principy či prvky na zotavení zaměřeného přístupu, v nichž by byl snižován nebo ohrožován respekt k důstojnosti člověka. Rizika tedy nespočívají v teoretických zásadách na zotavení zaměřeného přístupu, nýbrž v konkrétní praxi sociální práce, v níž je koncept na zotavení zaměřeného přístupu nesprávně uchopený.

---

<sup>170</sup> Srov. DAVIDSON, L., TONDORA, J. a kol.: *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017.

### **3.2.1. Zotavení/recovery jako používaný termín, nikoliv jako v praxi uplatňovaný princip**

Jedním z takovýchto možných úskalí je situace, kdy pomáhající profesionálové nebo dokonce celé organizace zůstanou pouze u toho, že používají slovo „zotavení/recovery“, aniž by se na zotavení zaměřený přístup projevovat v práci konkrétního pracovníka či praxi dané instituce. Předcházet tomuto problému je možné u jednotlivců například pravidelnou reflexí toho, jak proběhlo jednání s klientem optikou výše uvedených „top tipů“ pro praxi zaměřenou na zotavení. Na úrovni celé organizace je pak možné sledovat markery, které charakterizují, že organizace podporuje zotavení. Těmi mohou být například to, že zaměstnanci věnují stejnou pozornost lidem, kterým se daří dobře jako těm, kteří musejí více bojovat, služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí klientů, organizace využívá peer podporu a lidé v procesu zotavování se podílejí na hodnocení a rozvoji poskytovaných služeb.

### **3.2.2. Měření zotavení**

S užíváním termínu „zotavení“ v praxi může být spojena i obtíž, která je zmíněna v části věnované vymezení tohoto pojmu, a to nejednoznačné používání tohoto termínu.

S tím souvisí také otázka, jak se zotavení měří. Na tento problém reagoval například program REFOCUS, který probíhal v Anglii v letech 2009 až 2014. V rámci tohoto programu byl realizován výzkum toho, co je o tématu recovery zatím známo, po něm následovalo vytvoření a testování nových intervencí a měření zotavení. Výstupem tohoto programu jsou mimo jiné tzv. CHIME Framework (rámec CHIME pro osobní zotavení), který zahrnuje pět hlavních procesů zotavení (Connectedness – zapojení, Hope and optimism – naděje a optimismus, Identity – identita, Meaning and purpose in life – smysl života) a INSPIRE dotazník pro pracovníky v oblasti péče o duševní zdraví zaměřený na mapování podpory zotavení u klientů.<sup>171</sup>

### **3.2.3. Posuzování, kdo je v jaké fázi zotavení**

Jestliže se mluví o fázích zotavení, mohlo by dojít k omylu, že ten, kdo je ve „vyšší“ fázi zotavení, je ve svém zotavování úspěšnější než někdo v „nižší“ fázi tohoto procesu. Na zotavení zaměřený přístup však předpokládá, že proces zotavování není přímočarý a je provázen úspěchy i nezdary. Skutečnost, že je proces zotavení rozdělen do několika

---

<sup>171</sup> Srov. FORTUNE, B., BIRD, V., CHANDLER, R., FOX, J. at all. *Recovery for real. A summary of findings from the REFOCUS programme*, London: Rethink Mental Illness, 2015, s. 5, 10, 11.

fází, neslouží k porovnání „úspěšnosti“ lidí v jejich zotavování, ale k lepšímu porozumění psychologického procesu, kterým procházejí lidé usilují o důstojný život.

#### **3.2.4. Vztah k ústavně poskytované péči o duševní zdraví a k medicínskému přístupu**

Nesprávně uchopený koncept na zotavení zaměřeného přístupu by se mohl projevit v případě, kdy by poskytovatelé služeb deklarovaných jako na zotavení zaměřených vytvářeli hierarchii kvality poskytované péče, v níž by jejich služby a priori zaujímaly vyšší pozice než služby (převážně zdravotnické), poskytované v lůžkových zařízeních. Na zotavení zaměřený přístup v oblasti duševního zdraví neusiluje o zrušení medicínskému modelu péče, ale snaží se o předcházení hospitalizací, zkracování jejich délky a využívání přínosů medicínské péče ve prospěch klientů. Smyslem tedy není vymezování se a rivalita mezi sociální prací a zdravotními službami, ale jejich spolupráce na péči o klienta nejen v rámci multidisciplinárních týmů v CDZ, ale i v celém systému péče o duševní zdraví.

#### **3.2.5. Pouze formální zapojení peer konzultantů do týmu**

Dalším potenciálním úskalím na zotavení zaměřeného přístupu může být zapojení peer konzultantů do multidisciplinárního týmu a poskytovaných zdravotně-sociálních služeb. Rizikem je situace, kdy by byl peer konzultant zapojen pouze formálně, aby byla naplněna požadovaná personální kritéria týkající se začlenění lidí s vlastní zkušeností s duševním onemocněním do multidisciplinárního týmu. S tím souvisí i nebezpečí devalvování role, významu a odbornosti peer konzultanta ze strany kolegů-specialistů v „tradičních“ pomáhajících profesích. K vzájemnému respektu a lepší spolupráci mezi jednotlivými členy týmu může přispět například společné vzdělávání celého týmu i individuální studium a trénink, které jsou zaměřené přímo na rozvoj peer konzultantů a peer pečovatелů.

#### **3.2.6. Oživování naděje**

Úskalím, ale spíše ve smyslu náročnosti praktického využívání na zotavení zaměřeného přístupu, je oživování naděje, jednoho ze základních prvků procesu zotavení – respektive hledání možností, jak naději lidí s duševním onemocněním objevovat, udržovat a posilovat nejen v situacích, kdy symptomy nemoci ustupují, ale i v období jejího znovupropuknutí. Obdobně náročné mohou být okamžiky, kdy se klientům momentálně nedaří dosahovat jejich cílů.



Pomáhající profesionálové mohou v takovýchto situacích využít mj. poznatky pozitivní psychologie, například sledováním základních prvků výše zmíněné Snyderovy definice naděje, a rozvíjet schopnost klienta uvědomit si, že zablokováním původně naplánované cesty nemusí všechno končit, povzbuzovat ho ve snaze hledat alternativní řešení situace a posilovat dovednost nacházet jiné cesty k dosažení cíle. Povzbuzení může klientovi přinést také zapojení peer konzultanta, který sdílením své zkušenosti se zotavováním a využitím vlastního příběhu či osobních příběhů jiných lidí může dodávat druhým naději, že zotavení je i navzdory obtížím a dílčím neúspěchům možné.

Tento výčet možností není vyčerpávající – jde pouze o návrh několika variant, jak v praxi zaměřené na zotavení oživovat naději. Téma, jak objevovat, udržovat a posilovat naději klientů i pomáhajících profesionálů, je námětem řady textů věnovaných tématu recovery.

## **Závěr**

Tato práce reflektuje vztah na zotavení zaměřeného přístupu k respektu k důstojnosti člověka v oblasti sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.

V kontextu péče o duševní zdraví se prolínají inherentní, kontingentní i komunitaristické pojetí lidské důstojnosti. Inherentní pojetí přiznává důstojnost všem lidským bytostem bez ohledu na jejich další charakteristiky, jako je například psychický stav, a na jejich ne/užitečnost pro společnost. Kontingentní pojetí důstojnosti se v praxi sociální práce s lidmi s duševním onemocněním projevuje například v oblasti oblékání, mluvy či režimových opatření v zařízeních zdravotně-sociálních služeb. Komunitaristické pojetí zaměřené na důstojný život může být ideovým základem pro úsilí o to, aby důstojné bylo prostředí a podmínky, v nichž je péče poskytována.

Lidskou důstojnost je možné vnímat jako zastřešující hodnotu, která dodává smysl konkrétním lidským právům. Pojem důstojnost je ve vyspělých zemích zakotven v soustavě jednotlivých vrstev ochrany lidských práv – od ochrany vnitrostátní (Ústava, Listina základních práv a svobod a zákony), přes ochranu na úrovni Evropské unie (Listina základních práv Evropské unie) až po ochranu garantovanou univerzálními dokumenty ochrany lidských práv (Všeobecná deklarace lidských práv).

Respekt k důstojnosti člověka patří mezi základní etické principy každého oboru, podílejícího se na multidisciplinární péči o duševní zdraví, a je nezbytnou součástí kvalitní profesionální péče, poskytované specialisty jednotlivých povolání. Etické kodexy všech profesí multidisciplinárního týmu explicitně vyjadřují, že každému pacientovi/klientovi, bez ohledu na jeho fyzické nebo psychické zdraví, náleží nezcizitelná důstojnost zakládající jeho nevýslovnou hodnotu.

V uvedených kodexech však není zásadní etický pojem lidské důstojnosti vztažen také přímo k osobě pomáhajícího profesionála. Zároveň v nich nejsou uvedeny sankce, které by byly uplatňovány v případě hrubého porušení pravidel daného kodexu. Tyto etické kodexy rovněž neupravují situace, kdy se pomáhajícímu některý z požadavků nedaří naplnovat. S ohledem na zdravotně-sociální dimenzi péče o duševní zdraví by také bylo vhodné doplnit příslušné kodexy o rozměr součinnosti v rámci multidisciplinárních týmů a o potřebu etické spolupráce ve vztahu nejen ke klientovi, ale také ke spolupracujícím organizacím. Další možností je vytvoření etického kodexu

vycházejícího z principů na zotavení zaměřeného přístupu, který by byl společný pro všechny profese, zapojené do multidisciplinární péče o duševní zdraví.

Zastřešujícím přínosem a zároveň základním principem na zotavení zaměřeného přístupu ve vztahu k respektu k důstojnosti člověka je zaměření tohoto konceptu na podporu lidí s vlastní zkušeností s duševním onemocněním v jejich úsilí o důstojný život.

Za další přínosy tohoto přístupu lze považovat následující charakteristiky tohoto konceptu:

Poskytovaná péče vychází z bio-psycho-socio-spirituálního pojetí a je orientována na silné stránky člověka. V centru pozornosti je osoba se svým jedinečným životním příběhem, nikoliv její diagnóza. V tomto konceptu péče o duševní zdraví není klíčové stanovisko pomáhajícího profesionála, nýbrž pohled konkrétního pacienta/klienta. Služby jsou poskytovány pokud možno v přirozeném prostředí člověka, spolupráce je zaměřená také na vytváření vlastní sítě podpory klientů, k níž patří rodiny, sousedé, kolegové či sportovní sdružení.

Důležitá je otevřenost ke všem možnostem vývoje další životní dráhy člověka – některé varianty se neuzavírají předem jenom proto, že člověk prošel nebo prochází zkušeností s psychickou nemocí. Součástí na zotavení zaměřeného přístupu je připravenost k hledání různých možností řešení, včetně těch, které jsou spojeny s případným rizikem. Základním předpokladem praxe orientované na zotavení zároveň je, že zodpovědnost nese v první řadě sám člověk s duševním onemocněním. Na zotavení zaměřený přístup používá nástroje, jako jsou protikrizové plány a přání pro případ krize, které pomáhají člověku s duševním onemocněním předejít zhoršení jeho stavu, posílit připravenost ke zvládnutí projevů nemoci a omezit ztrátu autonomie pro případ, kdy by krize nastala.

Profesionálové poskytující péči neposuzují, jestli jsou lidé s psychickými obtížemi připraveni k tomu, aby mohli pracovat nebo žít samostatně. Při spolupráci s klientem se vychází z toho, že je „připraven dostatečně“, a hledá se míra a způsob podpory, kterou člověk v konkrétní situaci potřebuje. Tato spolupráce se nastavuje tak, aby případný neúspěch nevedl k vyloučení člověka s duševním onemocněním ze služby ani k převzetí zodpovědnosti za něj, ale aby byl pro klienta příležitostí učit se i ze svých chyb a hledat

jiné varianty řešení. Ve vztahu k možnostem medikace směřuje úsilí k tomu, aby kontrolu nad medikací měl klient a zvolil si variantu, v níž by vy-užíval výhody spojené s užíváním léků.

Do týmů poskytujících zdravotně-sociální služby jsou zapojováni lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Na zotavení zaměřený přístup k péči o duševní zdraví zároveň podporuje minimalizaci odlišení klientů od pomáhajících profesionálů. Důležité místo v praxi na zotavení zaměřeného přístupu má kultura přijetí všech, kteří přicházejí (welcoming).

Součástí na zotavení zaměřené praxe je snaha o destigmatizaci duševního onemocnění a o to, aby se všem lidem dostávalo stejného respektu k jejich důstojnosti, ať už se potýkají s psychickou nemocí, mají problémy v oblasti somatického zdraví nebo žijí ve stavu úplné fyzické, mentální a sociální pohody.

Na zotavení zaměřený přístup přispívá k tomu, aby lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním mohli říct obdobná slova jako Emile: „*Nakonec jsem pořád člověk. Mám dobrou práci. Chodím mezi lidi. Mám rodinu. Je to jenom nemoc.*“<sup>172</sup>

Úskalí na zotavení zaměřeného přístupu ve vztahu k respektu k důstojnosti člověka, která by spočívala v teoretických východiscích tohoto konceptu péče o duševní zdraví, nebyla nalezena. Rizika reflektovaného přístupu ve vztahu k lidské důstojnosti souvisejí nikoliv s principy tohoto pojetí sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, ale s jejich potenciálním špatným uchopením při poskytování zdravotně-sociálních služeb. K tomu by mohlo dojít například v situaci, kdy je zotavení/recovery používáno pouze jako termín, nikoliv jako v praxi uplatňovaný princip poskytovaných služeb, nebo jestliže jsou peer konzultanti zapojeni do práce multidisciplinárního týmu pouze formálně.

Obtíže mohou být spojeny také se samotným používáním termínu zotavení (recovery). K lepšímu porozumění a náležité aplikaci na zotavení zaměřeného přístupu v praxi by přispělo upřesnění, v jakém významu je v konkrétním případě pojem zotavení používán: zda je myšleno „zotavení z nemoci“ odkazující ke klinickému modelu duševního onemocnění, nebo „zotavování při duševním onemocnění“, které

---

<sup>172</sup> THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha: 2011, s. 292.

označuje proces minimalizace obtíží a negativních účinků závažného duševního onemocnění na život člověka, který se zároveň učí s touto nemocí žít a zvládat ji.

Z uvedených principů na zotavení zaměřeného přístupu vyplývá, že tento koncept péče o duševní zdraví naplňuje základní předpoklad kvality sociální práce, kterým je respekt k důstojnosti člověka. Jeho zásadním přínosem je všestranná podpora úsilí o to, aby člověk s vlastní zkušeností s duševním onemocněním procházel proměnou osobní identity směrem k přesažení výrazně omezené role klienta a zastával důstojnější a smysluplnější životní role než je postavení pouhého „pacienta s psychickou nemocí.“ Ačkoliv na zotavení zaměřený přístup není všespásný a jeho používání v praxi se vyvíjí a proměňuje, domnívám se, že ve vztahu k respektu k lidské důstojnosti je to nejpropracovanější koncept z těch, které byly v souvislosti s péčí o duševní zdraví představeny.

## Seznam použitých zdrojů

- Bible. Písmo svaté Starého a Nového zákona.* Praha: Ústřední církevní nakladatelství, 1987. ISBN neuvedeno.
- Dokumenty Mezinárodní teologické komise věnované morální teologii a etice.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-7195-468-2.
- Katechismus katolické církve.* Vydání druhé, v Karmelitánském nakladatelství první. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002. ISBN 80-7192-473-3.
- ARISTOTELÉS: *Politika I.* Praha: OIKOYMENG, 1999. ISBN 80-86005-92-5.
- ANTHONY, W. A, COHEN, M., FARKAS, M., CAGNE, Ch. *Psychiatric rehabilitation.* 2nd edition. Boston: Center for psychiatric rehabilitation, Trustees of Boston University 2002. ISBN 978-1-878512-11-6.
- BANKS, S. *Ethics and Values in Social Work.* London: Macmillan Press, 1995. ISBN: 978-1-349-24145-3.
- BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F. *Principles of Bioethical Ethics.* Oxford: Oxford University Press, 1979. ISBN 0195024877.
- BRNULA, P., GABURA, J., LABÁTH, V., VASKA, L. Sociálna práca - dve dekády existencie študijného odboru sociálna práca. In: Kol. aut. *Quo vadis, univerzitné vzdelávanie, veda a výzkum na pedagogických fakultách?* Bratislava: UK, 2011, s. 229-251. ISBN 978-80-223-3097-8.
- CICERO, M. T.: *O povinnostech.* Praha: Svoboda, 1970. 25-086-70.
- DAVIDSON, L., TONDORA, J. a kol.: *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení.* Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017. ISBN 978-80-906574-0-3.
- ELICHOVÁ, M. *Sociální práce. Aktuální otázky.* Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0080-4.
- FISCHER, O.; MILFAIT, R. a kol.; *Etika pro sociální práci.* Praha: Jabok, 2008. ISBN 978-80-904137-3-3.
- HAŠKOVCOVÁ, H.; *Lékařská etika.* Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-204-6.
- HAŠKOVCOVÁ, H.; *Práva pacientů.* Komentované vydání. Havířov-město: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. ISBN 80-902163-0-7.
- HERŮFEK, J. a kol. *Pojetí důstojnosti člověka od antiky po současnost.* Ostrava: Ostravská univerzita, 2015. ISBN 978-80-7464-781-9.
- HERZOGO VÁ, Z. *Policejní etika.* Praha: vlastním nákladem, 2003. ISBN 80-238-9984-8
- HORÁK, F. *Lidská důstojnost. Kritická reflexe jejího postavení a funkcí v ústavním právu.* Praha: Leges, 2019. ISBN 978-80-7502-379-7.

- JANEČKOVÁ, E.; MACH, P. *Zákon o sociálních službách Komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2019. ISBN 978-80-7552-246-7.
- KANT, I. *Základy metafyziky mravů*. Praha: OIKOYMENT, 2014. ISBN 978-80-7298-501-2.
- KLOKOČKA, V. *Ústavy států Evropské unie*. Díl druhý. Praha: Linde Praha, 2005. ISBN 80-7201-556-7.
- KLOKOČKA, V.; WAGNEROVÁ, E. *Ústavy států Evropské unie*. Díl první. Praha: Linde Praha, 2004. ISBN 80-7201-466-8.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese. Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Vydání třetí. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-318-8.
- KOŘENEK, J.; *Lékařská etika*. Vydání 2., přepracované a doplněné. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-538-8.
- KÚBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání. Co by se lidé měli naučit od umírajících*. Vydání druhé, přepracované, v Portále první. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MACH, J.; BURIÁNEK, A.; ZÁLESKÁ, D.; MÁCA, M. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2018. ISBN 978-80-7598-103-5.
- MÁTEL, A. *Teorie sociální práce I. Sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2220-2.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vyd., Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.) *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MILFAIT, R.: *Teologická etika v kontextu sociální a pastorační práce*. Středokluky: Zdeněk Susa, 2012. ISBN 978-80-86057-78-1.
- MILFAIT, R.; BARTOŇ, D. *Lidská práva osob s postižením, nevléčitelně nemocných a umírajících*. Středokluky: Zdeněk Susa, 2013. ISBN 978-80-86057-85-9.
- MOLEK, P. *Základní práva. Svazek první – Důstojnost*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2017. ISBN 978-807552-167-5.
- OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.

- PÁV, M., KALIŠOVÁ, L., PŘÍHODA, P., TATARKO, J. a kol. *Metodika následné psychiatrické péče v lůžkových zařízeních*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017. ISBN 978-80-906574-1-0.
- PLEASE, N. *Evropská příručka Bydlení především*. Praha: Úřad vlády ČR - Sekce pro lidská práva, 2017. ISBN 978-80-7440-159-6.
- POSPÍŠIL, D. a autorský tým. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025* Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2016. ISBN 978-80-7421-126-3.
- PTÁČEK, R.; BARTŮNĚK, P. a kolektiv. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
- RAGINS, M. *Cesta k zotavení*. Praha: Fokus Praha, 2018. ISBN 978-80-902741-1-2.
- RIDGWAY, P. a kol.; *Cesty k zotavení*. Kansas: University of Kansas School of Social Welfare, 2014. ISBN 978-1-50317191-6.
- ROBERTS, G., WOLFSON, P. New directions in rehabilitation: learning from recovery movements. In ROBERTS, G., DAVENPORT, S., HOLLOWAY, F. et al. (eds.). *Enabling Recovery. The Principles and Practice of Rehabilitation Psychiatry*. London: Gaskell, 2006, 23.
- SELIGMAN, M., *Vzkvétání. Nové poznatky o podstatě štěstí a duševní pohody*. Brno: Jan Melvil Publishing, 2014. ISBN 978-80-87270-95-0.
- SLADE, M. *100 způsobů, jak podporovat zotavení*. 2nd edition. London: Rethink Mental Illness, 2013.
- SLÁDEČEK, V.; MIKULE, V.; SYLLOVÁ, J. *Ústava České republiky Komentář*. Praha: C. H. Beck, 2007. ISBN 978-80-7179-869-9.
- SNYDER, C. R. *Handbook of Hope: Theory, Measures and Applications*. New York: Academic Press, 2000. ISBN 0-12-654050-0.
- ŠÍŠKOVÁ, N. *Evropská unijní ochrana lidských práv Charta a další instrumenty ochrany lidských práv v EU*. Praha: Linde Praha, 2001. ISBN 80-7201-278-9.
- THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha: 2011. ISBN 978-80-260-0302-1.
- THORNICROFT, G., SZMUKLER, G, editors. *Textbook of community psychiatry*. New York: Oxford University Press, 2001. ISBN 019 2629972.
- TORESINI, L.; MEZZINA, R.; *Za zdmi Deinstitutionalizace v evropských příkladech dobré praxe*. Praha: Fokus ČR, 2017. ISBN 978-80-902741-0-5.
- WAGNEROVÁ, E.; ŠIMÍČEK, V.; LANGÁŠEK, T.; POSPÍŠIL, I. a kolektiv. *Listina základních práv a svobod Komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. ISBN 978-80-7357-750-6.



## Články v seriálových publikacích

ANDREASEN, N. C., CARPENTER W. T. Jr., KANE, J. M., LASSER, R. A., MARDER, S. R., WEINBERGER, D. R. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *The American Journal of Psychiatry*. 2005, 162:3, 441-449.

ANTHONY, W. A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, 16(4), 11–23.

ANTHONY, W. A. The Principle of Personhood: The Field's Transcendent Principle. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2004, 27:205.

DAVIDSON, L., TONDORA, J., RIDGWAY P.: Life Is Not an "Outcome": Reflections on Recovery as an Outcome and as a Process, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 2010, 13:1, 1-8.

DEEGAN, P. E., Prescribing Hope for Recovery. *Psychiatric Times*, 2020, Vol. 37, No 6., 12–13.

HARDING, C. M., BROOKS G. W., ASHIKAGA, T. et al: The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: II. long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1987, 144, 727–735.

HARDING, C. M., ZAHNISER, J. H. Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994, Vol. 90, Issue s384, s. 140-146. ISSN 0065-1591.

JACOBSON, N., GREENLEY, D.: What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services*, 2001, Vol. 52, No. 4, s. 482-485.

JANEBOVÁ, R. Etický kodex jako nástroj podpory řešení etických dilemat sociální práce. *Sešit sociální práce*, 2015, č.4, s. 1-56.

Katolická církev. *Kompendium sociální nauky církve*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-014-1.

KONDRÁTOVÁ, L., CHRTKOVÁ, D., MLADÁ, K., JANOUŠKOVÁ, M., ŠTANGLOVÁ, A., ROBOCH, Z., PÁV, M., WINKLER, P. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2018, 114(4), s. 151-158.

PÁV, M., PLUHAŘÍKOVÁ POMAJZLOVÁ, J., ŠŤASTNÁ J. Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici. *Psychiatrie pro praxi*, 2017, 18(2), s. 69-74.

ROE, D., RUDNICK, A., GILL, K. J. The concept of „being in recovery“. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2007, 30(3), s. 171–173.

STRAUSS, J. S., CARPENTER, W. T. Prediction of outcome in schizophrenia: III. Five-year outcome and its predictors. *Archives of General Psychiatry*, 1977, 34(2), 159–163.

STRAUSS, J. S., HAFEZ, H., LIEBERMAN, P., HARDING, C. M. The course of psychiatric disorders. III: Longitudinal principles. *British Journal of Psychiatry*, 1985, 155, 128–132.

ŠRAJER, J. Lidská důstojnost a sociální práce. *Sociální práce/Sociálna práca*, Ročník 2006, č. 2, s. 109-113. ISSN 1213-6204.

URBAN, D.; *Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2018. ISBN 978-80-7422-637-3.

WINKLER, P., MLADÁ, K., JANOUŠKOVÁ, M., WEISSOVÁ, A., TUŠKOVÁ, E., CSÉMY, L., EVANS-LACKO, S. Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. [cit. 2019- 06-24] Dostupné na WWW: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27357820>>

#### Etické kodexy

Etický kodex České lékařské komory. [cit. 2021-05-01] Dostupné na WWW: <<https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html>>

Etický kodex Asociace klinických psychologů České republiky. [cit. 2021-05-03] Dostupné na WWW: <<https://www.akpcr.cz/home/p%C5%99edpisy/eticky%C3%BD-kodex>>

Etický kodex práv pacientů [cit. 2022-02-22] Dostupné na WWW: <<https://www.ikem.cz/cs/eticky-kodex-prav-pacientu/a-828/>>

Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. [cit. 2021-08-07] Dostupné na WWW: <[https://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn\\_2012.pdf](https://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf)>

Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR. [cit. 2022-02-20] Dostupné na WWW: <[http://www.socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky\\_kodex\\_sspr.pdf](http://www.socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_sspr.pdf)>

Evropská charta lékařské etiky In *Tempus medicorum*, 2011, roč. 20, č. 9, s. 29. ISSN 1214-7524.

Prohlášení Mezinárodní federace sociálních pracovníků o etických principech. [cit. 2021-08-07] Dostupné na WWW: <<http://www.socialnipracovnici.cz/>>

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. [cit. 2021-02-21] Dostupné na WWW: <<https://www.mpsv.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim>>

Slovenská komora sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce. Etický kódex sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce. [cit. 2022-02-13] Dostupné na WWW: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:U2M45UySFvUJ:https://ww>

w.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialna-praca/eticky-kodex\_final-3.pdf+&cd=2&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=firefox-b-d>

Další zdroje

BRYNYCH, L. STROSSOVÁ, I., FRANZOVÁ, D., GOLDMANOVÁ, H. *Příručka jazyka zotavení*. Ministerstvo zdravotnictví. [cit. 2022-01-31] Dostupné na WWW: <<https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/prirucka-jazyka-zotaveni> >

FORTUNE, B., BIRD, V., CHANDLER, R., FOX, J. at all. *Recovery for real.. A summary of findings from the REFOCUS programme*, London: Rethink Mental Illness, 2015. [cit. 2022-03-05] Dostupné na WWW: <<https://www.researchintorecovery.com/recovery-for-real/>>

Gaudium et spes. [cit. 2022-02-23] Dostupné na WWW: <[https://www.vatican.va/archive/hist\\_councils/ii\\_vatican\\_council/documents/vat-ii\\_const\\_19651207\\_gaudium-et-spes\\_cs.html](https://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_cs.html)>

CHAMBERLIN, J. *A Working Definition of Empowerment*. [cit. 2022-02-20] Dostupné na WWW: <<https://power2u.org/a-working-definition-of-empowerment/>>

KRBCOVÁ MAŠÍNOVÁ, L., PFEIFFER, PAPEŽOVÁ, S., URBÁNKOVÁ M. a kol. Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním. Ministerstvo zdravotnictví. [cit. 2022-01-17] Dostupné na WWW: <<https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/metodika-zavadeni-multidisciplinariho-pristupu-v-peci-podpore-lidi-s-dusevnim-onemocnenim>>

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče*. Verze 1.0, 2013. [cit. 2022-01-31] Dostupné na WWW: <<https://www.reformapsychiatrie.cz/reforma/co-je-reforma>>

Ministerstvo zdravotnictví ČR, *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR*. Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI). Praha: MZČR, 2021.

OSN, *Všeobecná deklarace lidských práv*. [cit. 2022-01-08] Dostupné na WWW: <https://www.osn.cz/osn/hlavni-temata/lidska-prava/>>

Programové prohlášení vlády České republiky, Praha: 2022, s. 13. [cit. 2022-01-31] Dostupné na WWW: <<https://www.vlada.cz/cz/programove-prohlaseni-vlady-193547/>>

RAGINS, M., *What's Different About Recovery? A Case Study Exploring Recovery: The Collected Village Writings of Mark Ragins*. [cit. 2022-01-10] Dostupné na WWW: <<https://www.markragins.com/section-2>>

SARACENO, B., BERTOLOTE, J. M. (eds.) *Psychosocial Rehabilitation. A consensus document*. WHO/MNH/MND/96.2 Genewa: World Health Organization, 1996.

SHEPHERD, G., BOARDMAN, J., SLADE, M. *Making Recovery a Reality*, Sainsbury Centre for Mental Health, 2008.

Úřad vlády České republiky, Ministerstvo zdravotnictví. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030*. 2020. [cit. 2022-01-31] Dostupné na WWW: <<https://reformapsychiatrie.cz/reforma/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-napdz>>

WHO, *Mental health: strengthening our response*. [cit. 2022-01-08] Dostupné na WWW: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>>

#### Legislativní dokumenty

Listina základních práv Evropské unie. [cit. 2022-02-08] Dostupné na WWW: <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/ALL/?uri=celex%3A12012P%2FTXT>>

Nález Ústavního soudu - IV. senátu složeného z předsedkyně senátu Michaely Židlické a soudců Miloslava Výborného a Elišky Wagnerové (soudce zpravodaj) ze dne 7. prosince 2005 sp. zn. IV. ÚS 412/04. [cit. 2022-02-22] Dostupné na WWW: <<http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=4-412-04>>

Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, Digitální depozitář: *Sněmovní tisk 1102/0, část č. 1/4 Vládní návrh zákona o sociálních službách*. [cit. 18. února 2022] Dostupné na WWW: <<https://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=4&ct=1102&ct1=0>>

Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně, ve znění platném k 20.2.2021.

Sdělení č. 10/2010 Sb. m. s. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, ve znění platném k 8.2.2022.

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb. Ústava České republiky, ve znění platném k 8. 2. 2022.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění platném k 8. 2. 2022.

Základní zákon Spolkové republiky Německo (Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland), ve znění platném k 31. 1. 2003.

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění platném k 8. 2. 2022.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 8. 2. 2022.

## ABSTRAKT

PODLIPNÁ, M. Respekt k důstojnosti člověka jako základ kvality sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Reflexe na zotavení zaměřeného přístupu – proces zotavení z duševního onemocnění jako usilování o důstojný život. České Budějovice 2022. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra sociální a charitativní práce. Vedoucí práce J. Šrajer.

**Klíčová slova:** duševní zdraví, duševní onemocnění, zotavení, na zotavení zaměřený přístup, důstojnost, naděje, zplnomocnění, odpovědnost za sebe sama, smysluplná životní role, multidisciplinární tým

Práce se zabývá kvalitou péče o duševní zdraví, jejímž základním předpokladem je respekt k důstojnosti člověka. Nejprve je charakterizováno etické a právní ukotvení důstojnosti člověka. Dále jsou shrnuty etické zásady vztahující se k důstojnosti člověka, formulované v etických kodexech jednotlivých profesí zastoupených v multidisciplinárním týmu poskytujícím služby lidem s duševním onemocněním. V další části jsou popsány vybrané přístupy k práci s touto cílovou skupinou – klinický a rehabilitační model péče.

Poté je představen na zotavení zaměřený přístup v péči o duševní zdraví. Zotavení z duševního onemocnění je pojato jako psychologický proces, v němž lidé usilují o důstojný život. Tento proces má čtyři pružné fáze – naděje, zplnomocnění, odpovědnost za sebe sama a smysluplné životní role. V závěrečné pasáži jsou zhodnoceny přínosy a úskalí na zotavení zaměřeného přístupu v souvislosti s důstojností lidí s psychickým onemocněním. Tento přístup naplňuje základní předpoklad kvality sociální práce, kterým je respekt k důstojnosti člověka. Potenciální úskalí nespočívá v principech na zotavení zaměřeného přístupu, ale v jejich případném špatném uchopení.

## ABSTRACT

Respect to human dignity as a baseline of quality of social work with people with mental illness

**Key words:** mental health, mental illness, recovery, recovery approach, dignity, hope, empowerment, self-responsibility, meaningful role in life, multidisciplinary team

The thesis deals with the quality of mental health care, key aspect of which is the respect of human dignity. The first part characterizes the ethical and legal basis of human dignity. Further, it summarizes the ethical principles regarding human dignity formulated in codes of ethics of the particular professions represented in a multidisciplinary team providing services to people with mental illness. The next part describes selected approaches to this target group – the medical and rehabilitation models of treatment in particular.

After that, the recovery approach is introduced. Recovery from mental illness is approached as a psychological process, in which people strive for a dignified life. This process has four fluid stages – hope, empowerment, self-responsibility and having

a meaningful role in life. The final part discusses the contributions and difficulties of recovery approach in connection with dignity of people with mental illness. This approach fulfils the fundamental requirement of quality of social work, which is the respect to human dignity. The potential difficulties do not come from the principles of the recovery approach, but from its possible wrong implementation.