

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2023

Natálie Brožová

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Natálie Brožová

*Přístup zaměřený na řešení v sociální práci při práci s lidmi
s duševním onemocněním*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Leoš Zatloukal, Ph.D.

2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V 25.4.2023

Natálie Brožová

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucímu práce, panu Mgr. Leoši Zatloukalovi Ph.D. za jeho obětavé a vstřícné vedení v průběhu psaní práce. Jsem vděčná za připomínky, trpělivost a zpětnou vazbu, kterou mi vždy ochotně poskytl. Poděkování také patří celé mé rodině za podporu ve studiu.

OBSAH

ÚVOD	10
1 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	11
1.1 Sociální práce.....	11
1.2 Základní rozdělení duševních nemocí	13
1.2.1 Organické duševní nemoci	14
1.2.2 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek ...	15
1.2.3 Schizofrenie, schizofrenní poruchy, poruchy s bludy	16
1.2.4 Afektivní poruchy	19
1.2.5 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy	20
1.2.6 Behaviorální syndromy	21
1.2.7 Poruchy osobnosti.....	23
1.2.8 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci	24
1.3 Specifika práce se skupina lidí s duševním onemocněním.....	25
1.3.1 Specifika práce u dětí s duševním onemocněním.....	25
1.3.2 Specifika práce u seniorů s duševním onemocněním	26
2 NEJČASTĚJI VYUŽÍVANÉ METODY PRO PRÁCI S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	29
2.1 Recovery	29
2.1.1 Fáze zotavení	30
2.2 Metody IPS	31
2.3 Model CARE	32
3 PŘÍSTUP ZAMĚŘENÝ NA ŘEŠENÍ	35
3.1 Historie přístupu	35
3.2 Popis přístupu zaměřeného na řešení.....	35
3.3 Principy přístupu zaměřeného na řešení	36
3.3.1 Principy RESENI.....	36
3.3.2 Teorie Tří květin	39
3.3.3 Hlavní principy dle Shazer a kol.	41
3.4 Techniky	43
3.4.1 Změny před sezením.....	43
3.4.2 Výjimka	44
3.4.3 Ocenění	46

3.4.4 Škály	46
3.4.5 Otázky na zvládnání	48
3.4.6 Zázračná otázka	48
4 PŘÍSTUP ZAMĚŘENÝ NA ŘEŠENÍ U LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	51
4.1 Využití přístupu v praxi	52
4.2 Přístup a jiné modely	53
4.3 Principy v praxi.....	54
4.4 Využití přístupu u konkrétních skupin onemocnění	55
4.4.1 Afektivní poruchy	55
4.4.2 Závislost.....	58
ZÁVĚR	61
SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ	63
SEZNAM PŘÍLOH	66

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá tématem přístupu zaměřeného na řešení v sociální práci, konkrétně při práci s lidmi s duševním onemocněním. Cílem práce je zmapovat, na základě kompilace literatury, jaké jsou možnosti využití terapeutického přístupu zaměřeného na řešení v sociální práci, a to konkrétně u lidí s duševním onemocněním. Ve své práci se budu zaměřovat s jakými diagnózami se v práci s lidmi s duševním onemocněním setkáme, dále jaké jsou nejčastěji používané metody práce s lidmi s duševním onemocněním. Poté na samotný přístup zaměřený na řešení, na jeho popis a techniky, které se v něm využívají. A nakonec své práce svoje poznatky použiji k popisu možností využití přístupu přímo u lidí s duševním onemocněním. Zaměřím se především na dvě onemocnění. V práci jsem použila metodu kompilace literatury a práce je tedy neempirická.

Klíčová slova: Přístup zaměřený na řešení, lidi s duševním onemocněním, Recovery, Model CARE, Metody IPS, Zázračná otázka, sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Abstract

This bachelor's thesis deals with the topic of a solution-oriented approach in social work, specifically when working with people with mental illness. The aim of the work is to map, based on a compilation of literature, what are the possibilities of using a therapeutic approach focused on solutions in social work, specifically for people with mental illness. In my work, I will focus on what diagnoses we will encounter when working with people with mental illness, and what are the most commonly used methods of working with people with mental illness. Then to the solution-oriented approach itself, to its description and the techniques used in it. And finally, I will use my work and my knowledge to describe the possibilities of using the approach directly for people with mental illness. I will mainly focus on two diseases. In my work, I used the literature compilation method, and the work is non-empirical.

Keys words: Solution Focused Approach, People with Mental Illness, Recovery, CARE Model, IPS Methods, The Wonder Question, Social Work with People with Mental Illness

ÚVOD

Téma ke své bakalářské práci jsem si vybírala dlouho. Věděla jsem, že chci psát o práci s lidmi s duševním onemocněním, jelikož to je cílová skupina, se kterou bych v budoucnu ráda pracovala. Rozhodla jsem se, že prozkoumám možnosti metod pro práci s lidmi s duševním onemocněním. V poslední době se v tomto odvětví hovoří především o Recovery a jeho velké pomoci v této oblasti. Svoje zaměření jsem, ale chtěla stočit na jinou metodu. Po konzultaci s vedoucím své práce jsem se tedy rozhodla pro přístup zaměřený na řešení. Již jsem si o něm něco přečetla a jeho zaměření a techniky, které využívá mě velice zaujali. S vedoucím mé práce jsme se shodli, že v tuto chvíli bude pro mě nejlepší napsat práci, která bude nempirická. Proto je má práce kompilát různé literatury a cílem mé práce je zmapovat, na základě kompilace literatury, jaké jsou možnosti využití terapeutického přístupu zaměřeného na řešení v sociální práci, a to konkrétně u lidí s duševním onemocněním.

V první kapitole s zaměřím především na sociální práci s lidmi s duševním onemocněním. Nejprve popíši sociální práci jako takovou, jelikož je to obor na, který se zaměřuji. Poté se zaměřím na základní rozdělení duševních nemocí a na jejich popis. Je důležité vědět s čím se můžeme jako sociální pracovníci v praxi setkat a může nám to usnadnit komunikaci a případnou připravenost na práci s klientem. Na závěr první kapitoly se zaměřím na specifické skupiny jako jsou senioři a děti, u kterých se můžou projevat specifická duševní onemocnění.

Ve druhé kapitole se zaměřím na nejčastěji používané metody při práci s lidmi s duševním onemocněním. Vybrala jsem si konkrétně tři a těmi jsou Recovery a jeho fáze, se kterými pracujeme, metody IPS a model CARE. Každou s těchto metod stručně popíšu a seznámím s jejím využitím v praxi.

Třetí kapitola se bude věnovat samotnému přístupu zaměřenému na řešení. Na jeho historii, popis přístupu a v čem spočívá, s jakými principy pracuje a jejich popis. A nakonec rozepíšu základní techniky, se kterými přístup pracujeme a které se v něm často používají.

V poslední kapitole budu především popisovat svoje myšlenky a poznatky, které jsem při studování literatury shromáždila. Jak se přístup dá dle mého názoru využít v praxi. Jak se dá propojit s ostatními metodami, které jsou často využívány pro práci s lidmi s duševním onemocněním. Na principy a jejich využití v praxi, a nakonec jsem si vybrala afektivní poruchy a poruchy při závislosti a u těch se více zaměřím na využití přístupu v praxi.

1 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Pro dobrou orientaci v tématu a v oboru, který studuji jsem jako první kapitolu zvolila popsání sociální práce a rozdělení duševních nemocí do jednotlivých kategorií. Využití přístupu zaměřeného na řešení bych, chtěla zakotvit především do prostředí sociální práce, a proto mi přijde důležité ji zde jako samotné téma představit.

1.1 Sociální práce

Nejdříve bych ve své práci ráda představila několik definic sociální práce. Tuto podkapitolu jsem sem zařadila z toho důvodu, že mi přijde logické a více přehledné, když jako první popíši, co to vůbec sociální práce je a až poté se budu blíže zabývat sociální prací s lidmi s duševním onemocněním.

Vybrala jsem si hned několik definic, a to konkrétně od Matouška, Mezinárodní federace sociálních pracovníků, dvou amerických profesorů Sheafor a Horejsi a nakonec jednu definici ze Slovenska od Asociace vzdělavatelů v sociální práci v SR.

Jako první jsem zvolila definici od Matouška (2008, s. 200-201), která zní: „Společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanost aj.). S.p. se opírá 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 vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. S.p. je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci.“

Další definice bude definice od Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFWS), která byla roku 2014 schválená. Tato definice zní: „*Sociální práce je profese založená na praxi a akademická disciplína, která podporuje sociální změnu a rozvoj, sociální soudržnost a také zmocnění a osvobození lidí. Principy sociální spravedlnosti, lidských práv, společné zodpovědnosti a respektování rozmanitosti jsou pro sociální práci ústřední. Podpořena teoriemi sociální práce, společenských věd, humanitními a místními poznatky se sociální*

práce zabývá lidmi a strukturami, aby podněcovala životní změny a zlepšovala blaho.“
(In Mátel, 2019, s. 80)

Jako další definici jsem si vybrala definici od Bradforda W. Sheafora a od Charlese R. Horejse, kteří jsou dva američtí profesori a sociální práci popsali v jednom ze svých děl v roce 2012. Znění této definice je: *„Sociální práce je profese, která se zabývá pomocí lidem v rámci sociálního prostředí ke zlepšení jejich sociálního fungování na maximální úroveň, a je-li to nutné, přispívá podle možností ke změně tohoto prostředí.“*
(In Mátel, 2019, s. 84)

Všechny tyto definice jsem zvolila z nějakého důvodu. První dvě jsem si vybrala proto, že jsou to nejčastěji používané definice u nás v české sociální práci. Skoro každý, kdo pracuje v sociální práci, zná Oldřicha Matouška a alespoň jednu jeho publikaci o sociální práci. Proto jsem sem zařadila jeho definice. U Mezinárodní federace sociálních pracovníků je to také z důvodu její známosti. Při našem vzdělávání to byla jedna z prvních definic, kterou jsme se naučili. A také proto, že se jedná o mezinárodní definici. Poslední dvě jsem si zvolila pro jejich ne tak velkou známost v českých kruzích. Přejde mi důležité zmínit i definice, které nejsou tak známé, aby bylo vidět, jak moc velké množství a rozpětí definic sociální práce má.

Kromě všeobecných definic o sociální práci zde zmíním i definici poslání sociální práce od Úlehla a definici ze zákona, přičemž jedna vypovídá o tom, kdo je sociální pracovník.

Ráda bych tedy začala definicí poslání od Úlehla (2005, s. 25), která zní: *„Posláním sociální práce, podle mého názoru, je vést dialog mezi tím co chce společnost ve svých normách a tím, co si přeje klient. Rozvíjet přitom dialog jako spolupráci a kooperaci rovnocenných partnerů. Pracovníkovou odborností je pak umět být prostředníkem mezi normami společnosti a přesvědčením klienta.“*

Kromě těchto dvou definic, jak jsem již zmínila, bych ráda vložila i definici toho, kdo je sociální pracovník. Definice zní: *„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“* (Zákon č. 108, § 109).

Tyto definice jsem zařadila i z toho důvodu, že jsou to pojmy, které do sociální práce neodmyslitelně patří. Stejně tak mi přijde důležité zmínit zde její cíl a poslání, i když pouze od jednoho autora. Všechny tyto definice byly nápomocné k tomu udělat si alespoň stručný obrázek o tom, co to vlastně sociální práce je. Teď když je toto jasně definováno, můžu se přesunout konkrétně na sociální práci s lidmi s duševním onemocněním.

1.2 Základní rozdělení duševních nemocí

Pro to, abychom lépe pochopili práci s lidmi s duševním onemocněním, je důležité znát i jejich onemocnění. Když známe klientovu diagnózu, můžeme zvolit tu nejlepší metodu práce a zároveň nás to připraví na možné reakce, které by mohly přijít v rámci jeho nemoci. Proto je dle mého názoru důležité znát diagnózu. Navíc i v dnešní době, kdy v rámci reformy psychiatrické péče vznikají nové služby. Například vzniklá Centra duševního zdraví mohou mezi své klienty přijmout pouze klienty s určitou diagnózou. Abychom měli lepší představu o cílové skupině, představím v této podkapitole ta nejčastější duševní onemocnění, se kterými se můžeme setkat.

Ještě než se přesunu ke konkrétním poruchám a nemocím, tak bych nejprve vydefinovala pojem duševní onemocnění a jaký je rozdíl mezi nemocí a úchylkou. První tedy je definice od Matouška (2008, s. 54): „*Nemoc projevující se poruchami prožívání a mezilidských vztahů. Toto označení je mnoha autory užíváno jako synonymu výrazu duševní porucha. Jednotlivé d. n. a skupiny příbuzných nemocí se rozlišují podle Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace (WHO)...Hlavními skupinami d. n. jsou psychózy, poruchy nálady, poruchy osobnosti, organicky podmíněné poruchy a úzkostné poruchy (dříve nazývané neurózy). Za chronickou d. n. se podle rozšířené definice APA považuje taková d. n., která se zhoršuje vždy po dobu více než šesti měsíců.*“

Když se bavíme o duševním onemocněním, často se můžeme setkat s pojmem nemoc, nebo úchylka. Oba tyto pojmy jsou spojeny s duševním zdravím člověka, ale každý z těchto pojmů představuje něco trochu odlišného. První je tedy duševní nemoc. Pojem nemoc představuje něco, co se rozvíjí a prochází určitými etapami při svém vývoji. Vývoj nemoci vrcholí a následně ustupuje. Také její ustupování má často jiný výsledek, někdy se může člověk plně uzdravit a někdy naopak to na něm zanechá různé následky. Úchylka oproti tomu není tak dynamická jako nemoc. Prakticky úchylka představuje něco trvalého. Je to trvale odchýlené chování od normy (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 178).

1.2.1 Organické duševní nemoci

Jak už napovídá název, tato duševní onemocnění vycházejí z poškození mozku, mají tedy organický základ. Důvodů ke vzniku tohoto onemocnění je hned několik. Jsou to nejčastěji mozkové nádory, atrofie, poškození nebo zranění mozku, anebo porucha výživy mozku. Do této oblasti patří především demence nebo deliria, ale můžeme se samozřejmě i u organických duševních onemocnění setkat s projevy jiných onemocnění jako jsou například deprese, nebo poruchy osobnosti (Mahrová a kol., 2008, s. 71). Kromě organických, které vznikají na základě určitého poškození mozku, do této kategorie patří i tak zvané symptomatické duševní poruchy. Základy těchto poruch se objevují v jiných orgánech, než je mozek (Dušek, Večerová-Procházková, 2010, s. 179).

Tento typ onemocnění se může dělit podle toho, zda je porucha v oblasti kognitivních funkcí anebo nikoli. Pokud by tedy onemocnění zasáhlo kognitivní funkce, jednalo by se o poruchu paměti, intelektu a schopnosti učení. Pokud by tato nemoc nezasáhla kognitivní funkce, jednalo by se o poruchu týkající se především paměti, myšlení, vnímání anebo emocí člověka. Poruchy, které nepoškodily kognitivní funkce, mohou být například organická halucinóza, organické afektivní poruchy, organická schiziformní porucha a další (Dušek, Večerová-Procházková, 2010, s. 179).

Jak jsem zmínila již v prvním odstavci, nejčastějším onemocněním, které spadá do této kategorie, je tedy demence, a to ve všech svých podobách. Můžeme mít totiž demenci u Alzheimerovy choroby, cévní demenci, dále jsou to demence, které se projevují i u jiných chorob například u Parkinsonovy choroby a další (Dušek, Večerová-Procházková, 2010, s. 180, 184, 186).

Demence sama o sobě je tedy soubor organických znaků, které se objevují jako změny centrální nervové soustavy. Máme hned několik příznaků, díky kterým můžeme onemocnění rozeznat. Těmito příznaky jsou – porucha paměti, která přichází postupně, poruchy myšlení, poruchy řeči a motoriky, poruchy chování jako je například agresivita, ztráta orientace v prostředí i v čase, oslabení ve vykonávání činností, které dřív člověk mohl dělat bez problémů. Demence má několik stádií a péče se odvíjí od toho v jakém stádiu se člověk nachází. Rozhodně není nutná ústavní péče v prvních stádiích, doporučuje se až při pokročilejších fázích. Zároveň by se naše péče měla zaměřit na ty funkce, u kterých klient trpí deficitem (Matoušek, 2008, s. 41).

Kromě demence se v této kategorii také nachází duševní onemocnění, které mají příčinu v cévních onemocnění mozku, při zánětlivých onemocnění mozku nebo expanzivních procesech nitrolebních. Dále to mohou být psychické projevy při epilepsii nebo luesu. Dále tu může být organický amnestický syndrom, který vyvolalo něco jiného než alkohol nebo jiné drogy, stejně tomu je i u deliria. Může se tu objevit i organický syndrom s bludy, anebo organická katatonní porucha. Možností, jak může organické duševní onemocnění vzniknout, je hned několik. Zde je představeno jen několik příkladů (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 183-203).

1.2.2 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Do této kategorie spadá hned několik poruch. Jsou to poruchy, které jsou vyvolané požíváním – alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ nebo hypnotik, kokainu, stimulací (i kofein), halucinogenů, tabáku a organických rozpouštědel. Toto chování můžeme často spojit například s potřebou člověka být nezávislý, nebo pokud prochází daná osobou úzkostnými či depresivními stavy a potřebuje od těchto stavů určitý druh úlevy (Mahrová a kol., 2008, s. 73).

V dnešní době je velký problém se závislostmi proto, že bývají společností přijímány. Například požívání alkoholu je dnes skoro běžnou situací a je snadno dostupný. Člověk se tak rychle může stát na této látce závislý. Stejně tak je tomu například u kofeinu, nebo tabáku. Kromě závislosti na určité látce se dnes můžeme setkat i s patologickou závislostí na věcech či činnostech, které člověk nemusí každodenně vykonávat. Příkladem je patologické hráčství. U člověka, který trpí závislostí, tedy pozorujeme chuť buď na činnost, nebo na látku či věc, o kterou se předtím nezajímal. Další známkou závislosti může být také změna osobnosti u daného člověka. Jde o hluboký úpadek člověka do závislosti a změny na jeho osobnosti mohou být i nevratné (Kučerová, 2013, s. 120).

Kromě pojmu patologické závislosti je tu hned několik dalších pojmů, které se k závislosti pojí a je důležité je znát k této problematice. První z těchto pojmů je akutní intoxikace. To je situace, kdy je daný člověk po aplikaci látky, na které je závislý. V této fázi dochází k poruchám vědomí, vnímání, chování a další. Vždy se tyto poruchy a jejich projevy odvíjí od velikosti dávky, typu nebo osobnosti člověka, který dávku požil. Tento pojem tedy pojednává o situaci, kdy je člověk po vlivem látky, kterou požil (Mahrová a kol., 2008, s. 73).

Dalším pojem je škodlivé užívání. To už je užívání, které nějakým způsobem poškozuje zdraví, a to jak to fyzické, tak i to psychické. Při tomto užívání se uživatel často setkává s nelibostí okolí. Okolí už přestává tolerovat jeho chování. Může se tedy tento člověk dostat i do sociálních potíží. Na tento pojem poté navazuje pojem syndromu závislosti, který je dost podobný škodlivému užívání. Zjednodušeně je rozdíl v tom, že u syndromu závislosti se už objevují tzv. abstinenci příznaky v situaci, kdy člověk drogu dlouho neužívá. Takto se pozná, že člověk se ze škodlivého užívání dostal do syndromu závislosti. Dále je tedy i u syndromu závislosti potřeba užívání látky jak fyzická, tak i psychická. Tato potřeba se mění od druhu látky nebo činnosti, na které je člověk závislý. Stejně takové se poté stávají abstinenci příznaky. Ty jsou také fyzické a psychické a také jsou u každé látky nebo činnosti jiné. Co se objevuje dalšího u syndromu závislosti je posunutí tolerance. U člověka, který je už dlouhou dobu závislý, se objeví tolerance na dávku, kterou požíval. Musí proto svoje dávky neustále zvedat, protože ty předchozí mu již nestačí (Mahrová a kol., 2008, s. 73-74).

Posledními pojmy je odvykací stav a odvykací stav s deliriem. Odvykací stav je stav kdy člověk buď drogu úplně vysadí, anebo sníží její dávky. Stejně jako u abstinenci příznaků je odvykací stav u každého jiný. U každé látky probíhá odlišně, ale zároveň i u každého uživatele může probíhat různými způsoby. Časté jsou křečovitě záchvaty. Jinak některé projevy mohou být tak závažné, že člověk musí být hospitalizován, aby nebylo ohroženo jeho zdraví. Když se poté podíváme na odvykací stav s deliriem, je to spíše krátkodobý stav, ale i tak ho mohou doprovázet život ohrožující skutečnosti. Bývá častý u lidí, kteří jsou závislí již dlouhou dobu a rozhodnou se přestat, anebo nemají k tomuto rozhodnutí jinou možnost. Delirium je doprovázeno několika příznaky. Jsou to – zastřené vědomí, zmatenost, smyslově živé halucinace, tyto halucinace mohou postihovat jakýkoliv smysl, iluze, a nakonec výrazný třes (Mahrová a kol., 2008, s. 74).

1.2.3 Schizofrenie, schizofrenní poruchy, poruchy s bludy

Schizofrenie sama o sobě je jedna z nejzávažnějších duševních poruch. Projevuje se především ve významných poruchách myšlení, vnímání a afektivitou, která může mít dvě podoby. Afektivita u schizofrenie může být buď nepřiměřená, anebo oploštělá. U lidí se schizofrenií dochází ke specifickému způsobu myšlení. Člověk se schizofrenií při svém myšlení dává do popředí myšlenky, které jsou pouze okrajové. Ty mu zastíňují myšlenky, které jsou relevantní a aktuální pro situaci, ve které se člověk nachází. Z tohoto důvodu je pro tyto lidi komunikace s okolím velice náročná a vyčerpávající. Poté také nedokážou

třídít informace a myšlenky ve své hlavě. Jejich myšlení je proto často nepropojené a je těžké pro ostatní lidi se do tohoto myšlení vžít. Vyjadřování těchto lidí může proto pro nás znamenat často něco naprosto nesrozumitelného (Mahrová a kol., 2008, s. 75).

Schizofrenii může být často těžké diagnostikovat. Má v sobě prakticky všechny psychické symptomy, které známe, až na pár výjimek. I tak jsou ale symptomy, které jsou typické právě pro schizofrenii. Autorka Helena Kučerová je rozdělila na ty, které jsou nápadné a na ty méně nápadné nebo nenápadné (2013, s. 88).

Mezi nápadné se řadí především útržkovité myšlení, které je dobře poznatelné pro všechny lidi, kteří s osobou trpící schizofrenií mluví. Dalším nápadným příznakem je transformování osobnosti. Tyto dva příznaky patří mezi typické příznaky schizofrenie. Dalšími příznaky jsou katatonní příznaky. To znamená, že se člověk dostane do ztuhlosti, ztrnulosti, kdy nemůže ani mluvit, ani se hýbat. Tyto příznaky již nejsou typické pro schizofrenii. Dále mezi příznaky, které nejsou typické pouze pro toto onemocnění, řadíme halucinace, bludy nebo poruchy emotivity, pokud jsou jasně zřetelné na osobě. Dalšími nápadnými příznaky mohou být agresivní chování jak vůči okolí, tak vůči sám sobě. A nakonec sem řadíme sebevražedné chování a neklid (Kučerová, 2013, s. 88-89).

Dalšími příznaky jsou tedy příznaky méně nápadné, nebo nenápadné. Tyto příznaky jsou snadno přehlédnutelné, zejména pro běžné okolí. Mezi tyto příznaky patří depresivní stavy, pokud nejsou nějak výrazné, anxieta¹, emoční oploštělost nebo ambivalence, dále poté apatie, a nakonec neschopnost jednat cílevědomě neboli nedostatek pevné vůle jedince. Nenápadné nebo méně nápadné příznaky mohou být velice nebezpečné právě z toho důvodu, že jsou často nepozorovatelné. Některé z nich mohou lidé považovat pouze za lenost a nevidí za nimi žádnou poruchu, kterou člověk může trpět. Nebezpečné jsou taky sebevražedné myšlenky, které člověk s nikým nesdílí a nechává si je pouze pro sebe (Kučerová, 2013, s. 89).

Kromě tohoto rozdělení od paní Kučerové máme ještě další dělení příznaků této poruchy. Zmíním tady ale pouze jedno, a to je rozdělení na pozitivní a negativní příznaky. První jsou tedy pozitivní příznaky, to jsou příznaky, které se u běžného jedince nevyskytují. Jsou tedy brány jako příznaky, o které byla psychická aktivita jedince rozšířena. Mezi tyto příznaky patří bludy, halucinace, vzrušenost, dezorganizovaná řeč a chování, produktivní

¹ Pocit strachu, nervozity, znepokojení bez jakéhokoliv stimulu

katatonní symptomatika, pod kterou můžeme zařadit echomatismy, stereotypie, verbigerace, manýrování, bizarní projevy, impulsy a rapy. Negativním příznakům rozumíme jako příznakům, které znamenají pro psychiku určitou ztrátu. Jsou to emoční otupělost, alogie², anhedonie³, neschopnost mít vůli k jakékoliv činnosti a poslední je autismus (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 219, 221).

U schizofrenie máme několik forem tohoto onemocnění. První a nejznámější formou je paranoidní schizofrenie. To je schizofrenie, kdy člověk prožívá bouřlivé ataky. Mívá velký výskyt bludů a halucinací, které ale dobře reagují na léčbu. Pokud člověk chce se svou nemocí pomoci a je motivovaný a ochoten spolupracovat, je zde velká naděje remise. Další formou je simplexní schizofrenie. V této formě se člověk naopak spíše uzavírá do sebe a převládají u něj negativní příznaky. Její léčba bude odlišná od léčby paranoidní schizofrenie. Zde hodně zabírá psychiatrická rehabilitace. Negativní příznaky totiž nemají tak dobrou reakci na léčbu jako ty pozitivní. Následuje forma, která není až tak častá, a to je hebefrenní schizofrenie. Tato forma se může objevit velice brzy, a to kolem 15. roku života. Jejimi příznaky je extrémně vystupňované pubertální chování. Těžko se pracuje s lidmi s touto formou. Nebývají motivovaní a ani ochotni spolupracovat. Nejméně se vyskytující formou je forma katatonní schizofrenie. V této formě se člověk často nachází v neschopnosti pohybu, ztuhlosti, kdy nemůže ani mluvit, ani se hýbat. Nereaguje ani na svoje okolí, ale může ho vnímat. Tento stav mohou rychle vystřídat stavy náhlého masivního neklidu. V této formě se objevují i somatické příznaky, jako jsou vysoké horečky, nebo svalová ztuhlost. Toto onemocnění je velice závažné, protože může končit i úmrtím člověka. Proto je tady důležité klienta motivovat ke spolupráci a k léčbě, aby měl větší šanci na přežití. Tím, že se bude léčit se jeho stav stabilizuje a ataky nemusí probíhat tak často. Zároveň by měl člověk posílit svou vůli, aby ataky zvládl (Mahrová a kol., 2008, s. 76-77).

Další formou je potom schizoafektivní porucha. Ta se nachází mezi schizofrenickými poruchami a těmi afektivními. Tato porucha má tedy typické příznaky schizofrenie, ale zároveň se u ní mohou objevit i mánie a deprese. Poslední formou jsou poruchy s bludy. Tato porucha, jak již název napovídá, se projevuje především bludy. Vyskytuje se především u lidí staršího věku. V ostatních oblastech bývají naprosto v pořádku

² Ochuzená řeč, prázdňá řeč

³ Neschopnost prožívat radost, ztracení zájmu o sociální interakci

a jediné, s čím se potýkají, jsou bludy. Jejich bludy ale bývají dosti přesvědčivé a je těžké tyto lidi přesvědčit o opaku (Mahrová a kol., 2008, s. 77).

1.2.4 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy jsou jedny z nejvíce se vyskytujících poruch. Jejich výskyt byl zaznamenán již ve středověku, kde lidé depresi nazývali melancholií (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 232). Teď tedy tyto poruchy zahrnují především manické a depresivní stavy. U schizofrenie člověk prožívá ataky, při těchto poruchách se člověk nachází v tzv. fázích. Těmito fázemi jsou právě fáze manické a depresivní. Člověk, který ale touto poruchou trpí, může i mezi jednotlivými fázemi prožívat remisi, pokud k této poruše nemá přidáné schizofrenní příznaky. Remise u těchto poruch nezanechávají žádné následky na osobnosti člověka (Kučerová, 2013, s. 98).

První fáze, která jedince může postihnout, je fáze manická. Tato fáze je období života, kdy je člověk plný energie. Má nekontrolovatelné myšlenky a stejně tak i jednání. Má menší potřebu spát a o to větší potřebu si užívat. V této fázi se často objevuje zvýšení sexuálního apetitu a požívání alkoholu. Lidé jsou v této fázi hodně roztržití a můžeme u nich i pozorovat myšlenkový trysk. Někdy se jejich roztržitost a to, že nejsou v této fázi schopni odhadnout svoje síly, vymkne z rukou a mohou se dostat až do nepříznivé sociální situace. Mají tendence oslovovat cizí lidi na ulici a přátelit se s nimi. Svým kolegům, rodině nebo přátelům telefonují pozdě v noci a chrlí na ně své myšlenky. Stejně tak se, ale u nich může objevit hněv a vztek, a to zejména při situacích, kdy se jim člověk snaží odporovat, nebo nějaký nápad rozmluvit. Často někde zanechávají svoje věci, nebo peníze a netrápí je to. Ani v tomto období ale není nálada člověka pouze pozitivní. Pokud se objeví špatná nálada, člověk mívá hněvivé výlevy a je schopný se chovat dosti nepřátelsky. Také v tomto období značně stoupne sebevědomí a sebejistota člověka. Někdy až do takové míry, že je o sobě přesvědčený, že je v určitých věcech nejlepší a nikdo ho nepřekoná. Manická porucha bývá spíše v dospělém věku (Mahrová a kol., 2008, s. 77-78).

Druhá fáze je depresivní. Tam člověk prochází naprostým opakem. Prochází až bolestně smutnou náladou, má ztrátu energie pro cokoliv, ztrácí i zájem o všechny činnosti a věci okolo sebe. Může se objevit i pocit bezcennosti, poruchy spánku, ztráta hmotnosti nebo ztráta chuti k jídlu. V této fázi jsou i časté myšlenky na smrt, sebevraždu a někdy i pokusy o spáchání sebevraždy. Tato fáze se může projevit i somaticky, a to těžkostí na hrudi, bolestí svalů, kloubů anebo těžkostí končetin. Člověk má v této fázi často velice pomalou mluvu,

nebo se moc verbálně nevyjadřuje. Může cítit i fyzickou únavu a nebýt schopen opustit postel. Deprese samy o sobě se nám mohou objevit jako deprese endogenní a deprese exogenní. U depresí endogenních je příčina deprese vnitřní a u exogenních je příčina vnější. V nejvíce případech se setkáme s propojením těchto příznaků a jsou jak endogenní, tak exogenní. I tato porucha se objevuje spíše v dospělém věku (Mahrová a kol., 2008, s. 78-79).

Poslední poruchy v afektivních poruchách je bipolární porucha. To je porucha, kdy se střídá právě fáze mánie a fáze deprese. Mezi těmito fázemi se nachází remise, kdy má člověk od projevů obou poruch nějaký klid. Fáze mánie i deprese probíhají naprosto stejně, jak je popsáno u poruch v odstavcích nahoře, akorát v této poruše se střetnou obě tyto poruchy. Manická fáze se obvykle objeví náhle a trvá až 4–5 měsíců. Co se týče depresivní fáze, ta bývá delšího trvání. Obvykle kolem 6 měsíců. Sice trvá dlouhou dobu, ale nebývá to déle než rok. Projevy bipolární poruchy se může objevit v kterémkoliv věku. U každého je střídání fází, relapsu a remise, různé. I když bývá tendence zkracování remisí a prodlužování depresí s postupujícím věkem. Obě fáze bipolární poruchy se objevují často po stresových situacích, nebo když si člověk projde nějakým těžkým duševním obdobím (Mahrová a kol., 2008, s. 79).

1.2.5 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

Poruchy tohoto charakteru jsou spojovány příčinou. Příčina všech těchto poruch je v reakci na zátěžovou zevní situaci, do které se člověk dostal. Reakce bývají odlišné. Vždy záleží na délce a množství zátěže, ale také na osobnosti člověka a na tom, jak je schopný se se zátěžovými situacemi vypořádat. Pokud zátěž působí na člověka příliš dlouhou dobu, může dojít k poruše přizpůsobivosti. Jde tedy o to, že člověk se neumí plně přizpůsobit složitým životním situacím. Jinak tato nemoc je pro její nositele i pro lékaře snadno uchopitelnou chorobou, jelikož je známa její příčina (Kučerová, 2013, s. 115). Mezi nejčastější projevy této nemoci patří úzkosti, fobie, deprese, únavu, podrážděnost, obsese, závratě a další. Pozitivní na těchto poruchách je, že klient zůstává v kontaktu s realitou a nevyskytují se u něj žádné psychotické fenomény, jako jsou například bludy (Mahrová a kol., 2008, s. 79-80).

Nejznámější poruchy, které patří do této kategorie, jsou – úzkostné fobické poruchy, sociální fobie, obsedantně-kompulzivní porucha, akutní reakce na stres, posttraumatická stresová porucha, neurastenie, a nakonec hypochondrická porucha. Každou z nich v krátkosti popíši, aby bylo jasné, co si pod každou představit. První jsou tedy úzkostné fobické poruchy. U této poruchy je hlavní strach z jasně dané věci, objektu nebo činnosti, který osoba má. Důležité je, že za normálních okolností tyto věci nejsou nebezpečné a osoba si je toho vědoma, přesto

ale svůj strach nedokáže ovládnout. Typickými fóbiemi, které jsou ve světě známy jsou klaustrofobie, akrofobie, nebo arachnofobie (Arnoldová, 2015, s. 99).

Další poruchou je sociální fóbie. Tuto fóbiu můžeme rozdělit na konkrétní, tedy, že člověk má strach z určitých společenských činností jako je například mluvení na veřejnosti. Poté máme celkovou sociální fóbiu, kdy člověka děsí jakákoliv sociální situace, které se má dít mimo jeho přirozené rodinné prostředí. Další poruchou, která patří do této kategorie, je obsedantně-kompulzivní porucha. V tomto případě u člověka nepřevládá strach, ale vtíravé myšlenky a potřeba vykonávat určité akty. Pokud člověk tyto akty nemůže vykonat, dostaví se tíživý pocit úzkosti a tísně (Arnoldová, 2015, s. 99).

Další poruchou je akutní stresová reakce. Tato porucha je vyvolaná působením velkého nečekaného stresu, jako je například autonehoda, nebo některá živelná katastrofa. Tato porucha se může objevit i u běžně zdravých lidí. U lidí, u kterých se projevila tato porucha, se často objevují i přidružené somatické příznaky jako je prudké bušení srdce, vysoký krevní tlak, pocení atd. Může zde dojít i k poruše vědomí, pokud jsou tyto reakce příliš velké (Kučerová, 2013, s. 116). Následující porucha je posttraumatická stresová porucha. Porucha se objevuje zpravidla opožděně, nebo je dlouhotrvající reakcí na stresovou situaci. Typické je pro ni stále se objevující nepříjemné vzpomínky na traumatickou událost. Předposlední poruchou je neurastenické neboli dráždivá slabost. I tuto poruchu můžeme rozdělit do dvou typů. Buď se tato porucha objevuje jako únava, která ovlivňuje člověka v práci a při běžných činnostech, je to únava, která se spojuje se špatným výkonem myšlení. Druhý typ je únava fyzickou a tělesnou, u které se může objevit i bolest svalů. Poslední je hypochondrická porucha. Porucha tohoto typu se projevuje jako neustálá starost o zdravotní stav. Tato starost se stává až hraniční a nepřiměřenou. Často se projevuje i úzkostnými a depresivními stavy (Arnoldová, 2015, s. 100).

1.2.6 Behaviorální syndromy

U těchto poruch se budeme zabývat těmi, které jsou spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Do této kategorie můžeme zařadit hned dvě poruchy. Jsou jimi sexuální poruchy a poruchy příjmu potravy. První se tedy zaměříme na poruchy příjmu potravy (Mahrová a kol., 2008, s. 82).

Mezi poruchy příjmu potravy řadíme mentální anorexii a mentální bulimii. Nejdříve se zaměříme na mentální anorexii. Tato porucha se projevuje chorobným strachem z tloustnutí. Člověk začne odmítat jídlo a ve velké míře se začne věnovat pohybu. Člověk

ztratí při tomto onemocnění až 15 % ze své předchozí hmotnosti (Matoušek, 2008, s. 98). Osoba trpící mentální anorexií má často zkreslené představy a myšlenky o své váze, a i když ji okolí přesvědčuje, že její váha je v pořádku, vtíravé myšlenky o tom, že její váha je příliš velká, stále plně ovládají její mysl. Tito lidé si často nízkou váhu ukládají jako povinnost, které se drží (Mahrová a kol., 2008, s. 82). Nemoc může probíhat různě. Pro některé to může být pouze přechodný stav, pro některé naopak dlouhotrvající stav a někteří mohou na toto onemocnění i umřít. Projevy této nemoci jsou opět i somatické, u žen dochází ke ztrátě menzesu, může dojít i k poruchám metabolismu, kožním nemocem a další. Proto je důležité zahájit u této nemoci včasnou léčbu. Zaměřujeme se při ní na zlepšení stravovacích návyků, na změnu vnímání sebe, na nastavení vlastní identity a na vztazích k blízkému okolí. Tuto léčbu je nutné provádět na specializovaných pracovištích (Matoušek, 2008, s. 99).

Další poruchou příjmu potravy je mentální bulimie. Toto onemocnění se projevuje opačně než anorexie. Člověk, který trpí bulimií, trpí záchvaty přejídání, po kterých následuje buď vyzvracení požité potravy, anebo užití projímadla, aby se osoba jídla zase co nejdříve zbavila. Důvody bývají dost podobné jako u anorexie. Stejně tak i tato nemoc se projevuje nejčastěji u žen. Člověk, který trpí mentální anorexií, může často přejít na bulimii například při své léčbě, kdy lékařům i okolí přijde, že pacientka nabrala hmotnost, ale může jim uniknout časté zvracení. Poté se stává z anorexie bulimie a záchvaty přejídání a následné zvracení se stupňují (Mahrová a kol., 2008, s. 82).

Po těchto poruchách do této skupiny patří i sexuální poruchy. I tyto poruchy můžeme rozdělit do několik dalších podskupin. Těmi podskupinami jsou sexuální dysfunkce, poruchy pohlavní identity a poruchy sexuální preference. První jsou tedy sexuální dysfunkce. Poruchy tohoto typu se projevují jako nedostatečná, chybějící nebo problematická reakce těla na sexuální stimulaci. Tyto poruchy mohou být somatického charakteru, a to bývá nejvíce časté, ale také jejich příčina může být v psychice jedince. Pokud se jedná o psychiku jedince, bývá to často buď špatnou komunikací mezi partnery, nebo například nějakým traumatizujícím zážitkem, kterým si jedinec prošel. Tyto dysfunkce jsou jiné podle toho, zda se týkají žen nebo mužů. U žen to bývají poruchy sexuální touhy, poruchy sexuálního vzrušení, dysfunkční orgasmus, nebo bolestivé sexuální poruchy. U mužů to bývají poruchy erekce, poruchy ejakulace nebo poruchy mužské sexuální apetence (Mahrová a kol., 2008, s. 83).

Následují poruchy pohlavní identity. Sem můžeme zařadit ještě další tři skupiny. Těmito skupinami jsou transsexualismus, transvestitismus, a nakonec poruchy pohlavní identity v dětství. První skupina, transsexualismus, je situace, kdy se muž cítí jako žena, která je

uvězněná v těle muže a naopak. Lidé se tedy narodí s pohlavím nějakým, ale chtějí být řazeni do pohlaví druhého. U transvestitismu je to tak, že se lidé oblékají do šatů opačného pohlaví a na chvíli jím i jsou. Není tady ovšem přání trvalé změny nebo příslušnosti k opačnému pohlaví. Poslední je porucha pohlavní identity v dětství. V tomto případě jsou projevy patrné již v dětství. Dítě má potřebu oblékat se jako opačné pohlaví a je na něm znát, že je mu v něm příjemněji. S vyšším věkem jsou ale často ženy donuceny se oblékat jako ženy a muži se často stanou buď homosexuály, anebo transvestity (Mahrová a kol., 2008, s. 83).

Poslední velkou skupinou jsou poruchy sexuální preference. Tato porucha se projevuje tak, že dotyčný má svůj objekt sexuální touhy v něčem jiném, než na co jsem zvyklý, nebo je příznivcem některé ze sexuálních praktik. Tito lidé jsou často společností označováni jako sexuální delikventi a jsou označováni za nepatřící do běžné společnosti. Přitom tito lidé sami svou poruchou trpí a snaží se ostatním neubližovat a uchylují se čistě do své fantazie. Mezi tyto poruchy můžeme zařadit pedofilii, incest, fetišismus, nekrofilii a další. Také ale voyerismus, exhibicionismus, sadismus, masochismus a další. Tyto poruchy zatím nejsou léčitelné žádnou formou léčby dosud známou. Tito lidé jsou léčeni především terapií a v některých případech se mohou využít i farmaka, která potlačují sexuální touhu (Mahrová a kol., 2008, s. 83-84).

1.2.7 Poruchy osobnosti

Při těchto poruchách se naruší charakter člověka a jeho chování do takové míry, že okolí připadá abnormální. Je to tedy chování nebo charakter, který vybočuje z řady. Může se jednat buď o zvýrazněné rysy osobnosti anebo naopak o potlačené rysy. Pokud narazíme na člověka s poruchou osobnosti, jeho chování může být buď antisociální, nebo naopak může mít velké problémy při zařazení do společnosti nebo dodržování pravidel. Může být tedy i asociální. U určení těchto rysů se může stát, že nejsou buď dost výrazné, nebo že často rysy různých poruch překrývají. Lékaři se shodují i na názoru, že vlastně u každého člověka se někdy projeví nějaký rys poruchy osobnosti, například při stresových nebo zátěžových situacích (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 271).

Jak jsem již zmínila, pro lidi s těmito typy poruch je složité zařadit se do běžné společnosti. Moc se u nich nevyskytuje empatie a mají problém při navazování bližších vztahů. U těchto typů poruch se často setkáme i s pojmy psychopatie, kdy se poruchy osobnosti v psychiatrii takovým to pojmem označují, a sociopatie. O té hovoříme v případě, že lidé mají velké problémy se sociální adaptací (Mahrová a kol., 2008, s. 84-85).

Pro pracovníky, kteří se podílejí na práci s lidmi s duševním onemocněním, je práce s lidmi s poruchami osobnosti jednou z nejtěžších. Vyžaduje to pevnou vazbu členů týmu a společnou spolupráci a profesionalitu všech zúčastněných. Z tohoto důvodu vypracovali Millon a Davis v roce 1996 principy přístupů při práci s lidmi s poruchami osobnosti. Těmito principy jsou – poruchy osobnosti nejsou nemoci, jsou vnitřně odlišné, jsou dynamické, to znamená, že se mění stejně jako osobnost člověka během života, osobnost jako taková je složena z mnoha jednotek, neexistuje přesně stanovená hranice mezi abnormalitou a normalitou a práce s lidmi s poruchami osobnosti vyžadují strategicky plánované a kombinované způsoby práce (In Mahrová a kol., 2008, s. 85).

1.2.8 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci

Mezi tyto poruchy řadíme – hyperkinetické poruchy, poruchy chování a tikové poruchy. První z těchto poruch jsou tedy hyperkinetické poruchy. Tyto poruchy se objevují už ve velice mladém věku. Nejčastěji se objevují v prvních pěti letech vývoje dítěte. Poruchy tohoto typu znamenají, že dítě není schopné udržet pozornost, dělá neskutečné množství aktivit, ale bez určitého cíle. Mívají tendence skákat od jedné činnosti k druhé a u žádné nevydrží moc dlouho. Jejich aktivity nebývají ani moc organizované. Tyto poruchy jsou trvalé a dítě provázejí celá jeho školní léta až do dospělosti. V dospělosti se s nimi už ale dá lépe pracovat. Děti, u kterých se objeví tento typ poruch, bývají velice impulzivní. Mívají problém s autoritami ve škole a jsou velice často kárány. Jejich chování ale není úmyslné. Mají také problémy navázat vztah s vrstevníky, kteří nechápou smysl jejich chování (Mahrová a kol., 2008, s. 91).

Další poruchy jsou poruchy chování. Porucha chování se projevuje zejména disociálním, agresivním, anebo vzdorovitým chováním dítěte. Projevuje se u dětí a u adolescentů. Projevy poruchy chování jsou časté rvačky, tyranizování jiných lidí nebo zvířat, časté chování za školu, nedodržování školní docházky, častá kriminalita a další. Je zde nutné zdůraznit, že pro diagnózu těchto poruch je nutné, aby toto chování bylo opakované. Pokud se některá z těchto věcí stane u dítěte pouze jednou není to ihned důvod ke stanovení diagnózy. Obecně se tato diagnóza stanovuje spíše u chlapců (Mahrová a kol., 2008, s. 91).

Poslední poruchou jsou tikové poruchy. Jak už název napovídá, tato porucha se projevuje tiky. Tiky mohou být buď pohybové, jako je například mrkání nebo lehké trhání hlavy nebo rameny, anebo vokální. Vokální jsou nejčastěji syčení, kašláním nebo popotahování. Tik je tedy něco, co daný jedinec nedokáže v tu danou chvíli ovládnout. Je to spontánní reakce těla, buď

fyzická anebo hlasová. I když ji nedokáže ovládnout, dá se na nějakou dobu tato reakce potlačit. Tiků máme velké množství. U mnoha dětí se v dětství nějaký ten tik objeví. Na druhou stranu tu máme Tourettův syndrom, což je chronická zneschopňující porucha, kterou může dítě trpět. Není jisté, proč jsou mezi tiky takové rapidní rozdíly, ale co týče poruchy tiků, je i geneticky dána od rodičů (Mahrová a kol., 2008, s. 92).

1.3 Specifika práce se skupina lidí s duševním onemocněním

Podkapitolu tohoto charakteru jsem do práce zařadila, aby bylo zřetelně vidět, jaká jsou specifika práce s lidmi s duševním onemocněním v sociální práci. Skupiny jsou různé – děti, senioři, komunitní práce, návykové látky, nebo léčba v psychiatrické léčebně. Podle specifických skupin těchto lidí se můžeme i lépe orientovat v tom, v jakém případě bude lepší využít terapii zaměřenou na řešení a třeba i u které skupiny bude nejlépe využitelná. Toto vše bych ráda sepsala v poslední kapitole. Zde bych ráda tuto problematiku ukotvila v teorii. Vybrala jsem si pouze dvě skupiny, a to seniory a děti. Seniors, protože u nich se objevují duševní nemoci, které v žádném jiném věku ne a děti z důvodu jejich stálého vývoje a jak na ně dopadá nemoc.

1.3.1 Specifika práce u dětí s duševním onemocněním

Základem při práci s touto skupinou je dobře poznat rodinu. Práce s dětmi je skoro nemožná, pokud sociální pracovník nepozná rodinu dítěte, jejich vzájemné vztahy a funkčnost rodiny. Když zjišťujeme rodinné vztahy je důležité zjistit, kdo má na dítě největší vliv a kdo se nejvíce podílí na jeho péči. Zároveň je nutné zjistit, zda rodina naplňuje správně svoje funkce. Dle funkcí poté můžeme zjistit, zda dítě žije ve funkční rodině, v problémové, v afunkční, anebo disfunkční rodině (Mahrová a kol., 2008, s. 101).

Stejně jako u všech ostatních lidí s duševním onemocněním i u dětí je důležité, aby se sociální pracovník orientoval v jeho diagnóze a v symptomech, které doprovází onemocnění dítěte. Také je důležité vědět o medikaci dítěte a jaké má účinky na dítě. Sociální pracovník jako takový je součástí multidisciplinárních týmů, a proto musí mít i o svých klientech přehled. Základní úlohou sociálního pracovníka v těchto týmech je získávání informací o dítěti a jeho rodině. Udělat vyhodnocení rodinné situace a situace dítěte. Zároveň může pomáhat rodině při nácviu různých činností, se kterými si rodina neví rady (Mahrová a kol., 2008, s. 102).

Specifika práce s dětmi jsou vlastně stále stejná. Ať už děti mají duševní onemocnění, nebo ne. Vždy je důležité myslet na individuální přístup, pracovat s celou rodinou, ale zaměřovat se především na dítě, které je naším klientem. V rozhovorech pracovat společně s dítětem

a nevynechávat ho, a komunikovat třeba pouze s rodiči. Toto vše platí při každé práci. Co je specifické u této skupiny, pokud mají duševní onemocnění, jsou obvyklé dlouhodobé hospitalizace, které dost pravděpodobně to dítě s duševním onemocněním vždy potkají. Dlouhodobé hospitalizace nejsou vhodné pro dlouhodobý vývoj dítěte. Dítě je dlouhodobě odděleno od svých blízkých a od své rodiny a může se stát, že jeho vývoj začne stagnovat, nezvládne se na nikoho navázat, nebo se napojit na jiné fyzické osoby. Tento syndrom se označuje jako hospitalizmus. Může se projevit i u dospělých, ale u nich se jedná o zapominání toho, co již umí. U dětí nedojde ani k vývoji různých činností, které v rámci hospitalizace přicházejí. Toto je specifický problém, který se může u dětí s duševním onemocněním projevit (Mahrová a kol., 2008, s. 103).

1.3.2 Specifika práce u seniorů s duševním onemocněním

Stáří je období života, do kterého se dostane jednou každý člověk. Všeobecně je u tohoto období společností vnímáno především oslabení člověka. Společností je toto období vnímáno jako pasivní, které člověk nemůže výrazně ovlivnit. Do tohoto období řadíme časté nemoci, úmrtí přátel a partnerů, ekonomicky obtížné situace a další. Člověk v tomto období se proto může cítit neužitečný a zbytečný, jelikož je i tak vnímán ze strany společnosti. Ve stáří se setkáváme se specifickými situacemi, které běžně neprovázejí jiná vývojová stádia. Je to odchod do důchodu, úmrtí partnera, osamělost a ztráta cíle. Samozřejmě s těmi posledními se setkáváme i v rámci ostatních vývojových stádií (Mahrová a kol., 2008, s. 106-107, 109-110).

Díky všem těmto skutečnostem a mnoha dalším se i ve stáří setkáme s duševními nemocemi. Těchto nemocí je velká spousta. U seniorů se často objevují deprese, které mohou pramenit z osamělosti, nebo ze ztráty cílů či partnera. U seniorů se mohou objevit i paranoidní, nebo schizofrenní chování. V rámci změn v mozku může u seniorů docházet k výskytu bludů nebo halucinací. Příkladem může být změna chuti ve starším věku, kdy už receptory nevykonávají již tak dobře svou práci a staršímu člověku se může zdát, že každé jídlo chutná jinak. To může vést k představě, že ho chce někdo otrávit. Pokud je senior osamělý, může si vypěstovat hrůzu z cizích lidí a může to dojít až k panické hrůze ze všech lidí. V tomto případě může senior i odmítat pustit do svého domu například pečovatelku. Kromě těchto poruch nebo depresí se u seniorů dnešního věku může často vyskytovat posttraumatická stresová porucha vzhledem k minulosti, kterou si prožili. I na to je důležité myslet a jednat s nimi podle těchto předpokladů (Mahrová a kol., 2008, s. 110-111).

Ovšem typickou duševní poruchou, která se vyskytuje pouze ve vyšším věku, jsou organicky podmíněné duševní poruchy, konkrétně Alzheimerova choroba a vaskulární demence. Tyto poruchy se objevují až s přibývajícím věkem. Tyto nemoci jen krátce popíši, jelikož jejich bližší popis již mám v podkapitole druhé. Tato nemoc je typická tím, že dosud není znám její spouštěč a neexistuje na tuto nemoc léčba. Také se u nich projevuje postupné zhoršení pacienta a závislost na pomoci jiné osoby. Kromě těchto druhů onemocnění se setkáme i se sekundárním postižením po cévní mozkové příhodě, které ovlivní především řeč, motoriku a orientaci klienta (Mahrová a kol., 2008, s. 111).

Pro seniory i takto nemocné u nás existují typy služeb, které se o seniory postarají, pokud se u nich psychiatrické onemocnění projeví. Zmínila bych zde především domovy se zvláštním režimem, který má speciální podmínky, právě pro seniory, kteří bojují s demencí. Vzhledem k tomu, že tyto poruchy jsou nejtypičtější pro tuto skupinu, ráda bych zde zmínila ještě techniku validace od Naomi Fiel, což je technika, která pomáhá navázat komunikaci právě s lidmi trpící demencí. Ten, kdo člověka v pokročilých stádiích demence viděl, ví, jak je těžké s ním komunikaci navázat. Technika nás učí, jak se na klienta napojit a pomoci mu prožít věci z jeho minulosti, které potřebuje zpracovat. Kromě této techniky mi přijde užitečné ještě využití biografie při práci s těmito klienty. Biografie nám často může pomoci odhalit věci z klientovy minulosti, a tím nás nasměrovat, čeho se například vyvarovat, abychom u klienta nevyvolali posttraumatickou stresovou poruchu. Tyto věci jsem se naučila během svého studia, proto čerpám především ze svých zkušeností a znalostí.

Ještě bych zde ráda zmínila, že lidé ve starším věku již také mohou s nemocí žít dlouhou dobu. Již od svého mladého věku. Proto často již umí svou nemoc dobře zvládat a pracovat s ní. K čemu, ale zde může docházet, je větší riziko osamělosti. Tito lidé si často udělali okruh svých blízkých a pokud je začnou ve stáří ztrácet, může to pro ně znamenat zhoršení onemocnění (Mahrová a kol., 2008., s. 11).

2 NEJČASTĚJI VYUŽÍVANÉ METODY PRO PRÁCI S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Další kapitola se bude věnovat třem metodám práce s lidmi s duševním onemocněním. Řadím sem tuto kapitolu, abych ukázala, jaké metody se využívají nejčastěji a v čem by je přístup zaměřený na řešení mohl doplnit, nebo podpořit. Budu zde popisovat metodu Recovery, metoda IPS a model CARE.

2.1 Recovery

Recovery je v tuto chvíli nejvíce používané co se týče práce s lidmi s duševním onemocněním. Tímto směrem se ubírá celé reforma a s ní i práce sociálních pracovníků. Proto mi přišlo důležité zde tento typ práce zmínit. V této práci nebudu zabíhat do detailu Recovery, ale stručně ho zde popíšu, aby bylo jasné, v čem je jeho princip.

Recovery se do češtiny překládá jako zotavení. Dříve než přišel tento přístup, se pracovníci zabývali především tak zvaným klinickým zotavením člověka. Tomuto zotavení se věnovali především odborníci, kteří pracovali s lidmi s duševním onemocněním. Jeho základ je ve zbavení se příznaků nemoci, znovu začlenění člověka do společnosti a zlepšení jeho sociálního fungování. Ve zkratce můžeme říct, že se snaží člověka vrátit k normálu. Na druhé straně zde ale stojí tak zvané osobní zotavení. Toto zotavení vznikalo naopak na základech osobních zkušeností a prožitků lidí s duševním onemocněním. V jeho podstatě jsou jiné cíle než v klinickém zotavení (Slade, 2013, s. 8). Osobní zotavení nejlépe ve své definici popsal William Anthony. Definice zní: *„Zotavování je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, svého umu či svých rolí. Je to způsob, jak vést život, který člověka uspokojuje, dodává mu naději a činí jej potřebným pro druhé, i s omezeními způsobenými nemocí. Součástí zotavování je i vytvoření nového významu a smyslu svého života, jakmile se člověk vymaní z katastrofálních následků duševní choroby.“* (In Ridgway a kol., 2014, s. 5)

Jeden u autorů, který o Recovery píše, je doktor Mark Ragins, který si sám prošel transformací z vnímání pouze klinického zotavení na vnímání osobního zotavení. Ve své knize popisuje, jak ho při jeho studiu psychiatrie učili přistupovat k lidem s duševním onemocněním jako k trvale invalidním osobám, které nemají šanci na normální život. Učili je, že si stejně nikdy nenajdou práci a že je důležité jim nasadit léky a poté se o ně starat, jelikož na nich budou maximálně závislí. Ragins s tímto přístupem ztotožněný nebyl. Přístup

zaměřený pouze na klinické zotavení neviděl jako cestu. Proto když se prvně setkal s osobním zotavením, naprosto mu propadl. Teď při své psychiatrické praxi využívá běžně principů zotavení. Sám říká, že chce svou knihou pomoc i ostatním, odborníkům, aby viděli, že proměna je možná a že i když jsou doktoři psychiatrie, mohou ve své léčbě a přístupu ke klientům využívat Recovery (Ragins, 2018, s. 13-14).

2.1.1 Fáze zotavení

V této podkapitole je důležité zmínit i fáze zotavení. S těmito fázemi pracujeme přímo v praxi s klientem. Při jedné výuce Teorií a metod sociální práce, jsme zkoušeli posoudit situace klienta pomocí právě těchto 4 fází. Proto je do této kapitoly zařazuji.

Jak jsem již napsala, máme 4 fáze zotavení. Těmi tedy jsou – naděje, zplnomocnění, zodpovědnost a smysluplná životní role. Tyto fáze nám pomohou provést naše klienty v jejich procesu zotavení. Využívají se nejčastěji u klientů s chronickým duševním onemocněním (Ragins, 2018, s. 21).

Začneme tedy první fází a tou je naděje. Naděje je důležitá v životě každého člověka. Je to motivační prvek, který nás v životě žene dál. I zdraví lidé mohou prožívat období smutku a zoufalství, ze kterého mohou mít pocit, že není cesty ven. Naděje jim dává pozitivní vhléd na život a pocit, že dokážou udělat ve svém životě změnu. Jinak tomu není ani u lidí s duševním onemocněním. Ti procházejí velkým pocitem strachu a zbytečnosti života. Naděje jim dává konkrétní vizi toho, že mohou svůj život změnit k lepšímu i přes jejich onemocnění. V tomto případě nejde ani tak o to, aby lidé s duševní poruchou naplnili přesně tu vizi, kterou si dali, ale aby věděli, že mají nějaký cíl ve svém životě a že dělají kroky pro změnu svého života (Ragins, 2018, s. 20).

Druhá fáze je již zmíněné zplnomocnění. Toto téma se v sociální práci jako takové objevuje velice často. U lidí s duševním onemocněním je důležité, aby dokázali najít zdroj pomoci především sami v sobě. Často si mohou myslet, že léky stačí pro to, aby žili spokojeně, ale zplnomocnění v zotavení se jim pomocí naděje snaží pomoci v hledání jejich vlastních zdrojů. Snaží se tedy lidem pomoci v rozvíjení svých vlastních možností a aby věděli, že takové zdroje v sobě mají. Ze začátku je důležité, aby měli kolem sebe podporu. Proto jsou i pracovníci služeb kolem nich důležití. Potřebují kolem sebe někoho, kdo v ně bude věřit, že mají tu moc na to, aby se zvládli zotavit pomocí svých sil. Proto je v této fázi důležitá i naše podpora (Ragins, 2018, s. 20).

Třetí fáze je zodpovědnost za svůj život. V této fázi se klienti přesouvají k převzetí zodpovědnosti za jejich vlastní život. Snaží se v této fázi vypořádat s pocity hněvu, viny a zlosti vůči svému osudu a své nemoci a snaží se svůj život opět převzít do svých rukou a nést zodpovědnost za to, jak se ve svém životě chovají. S tímto přichází i velký úkol na poli sociálních služeb, kde se snažíme přivést klienta k odpovědnosti, ale podle starých modelů byl zvyklý být naprosto závislým pacientem, kdy za něj doktor udělal vše. Proto jim sociální pracovníci a ostatní členové týmu teď pomáhají k zodpovědnosti, aby se z tohoto modelu vymanili (Ragnis, 2018, s. 21). Musí se ale dávat pozor na skutečnost, že tato fáze neznamená, že se ve všem octne člověk úplně sám. Znamená to jeho aktivní účast na řešení jeho situace a na hledání zdrojů a informací, které bude potřebovat (Slade, 2013, s. 8).

Poslední fáze je smysluplná životní role. Tato fáze je poslední z toho důvodu, že až když člověk získá naději, důvěru, dokáže využívat svoje zdroje a být odpovědný sám za sebe, je schopen naplňovat a hledat smysluplné role, které se nebudou týkat nemoci, nebo okolí jeho nemoci. Zpět se dostávají do role rodiče, nebo dítěte, přítele, kamaráda, manžela nebo zaměstnance a spousty dalších. Tyto role pomáhají lidem se opět zařadit do společenského prostředí a pomůžou jim v tomto prostředí i fungovat a zároveň pro ně být oporou (Ragins, 2018, s. 21). Role pomáhají i při utváření osobní identity a završují cestu k osobnímu zotavení člověka (Slade, 2013, s. 8).

2.2 Metody IPS

Písmena IPS jsou zkratkou pro „Individual Placement and Support“. Je to tedy podpora lidí s duševním onemocněním na otevřeném trhu práce. Tato metoda pomáhá s výběrem práce, s jejím získáním, a nakonec poskytuje podporu podle individuálních potřeb klienta. Výzkumy ukázali, že až 60 % lidí s duševním onemocněním chce pracovat. Někteří pracovníci mohou tvrdit, že u jejich klientů tomu tak není, ale opak je pravdou. Může se to zdát u klientů, kteří již ztratili naději, nebo sebeúctu k tomu, aby nějaké zaměstnávání vykonávali. Lidé s duševním onemocněním chtějí získat zaměstnání stejně jako všichni ostatní. Pro ně zaměstnání znamená zvýšení sebevědomí, podporu v samostatnosti, získání nových životních rolí a samozřejmě přívýdělek (Swanson, Becker, 2013, s. 9).

Metoda IPS vychází svým způsobem z manažerského modelu. V tomto případě neplatí tedy tradiční postup, kdy pracovník pomáhá klientovi sestavit životopis, nebo najít vhodné pracovní místo, nebo se zaměřit na rekvalifikaci a tak dále s důvěrou, že toto klientovi

pomůže nalézt práci. V metodě IPS je zvolen IPS manažer, který udělá portfolio klientů, kteří mají zájem o to pracovat, a potencionálních zaměstnavatelů, kteří by mohli člověka s takovým handicapem přijmout. Následně propojuje vhodné zájemce a zaměstnání tak, aby k sobě co nejlépe pasovali. IPS manažer toto vše dělá převážně s individuální přístupem a klienta dále podporuje i na získaném místě (Kondrátová, Winkler, 2017).

V této metodě se setkáme hned s několika zásadami, které je nutné dodržovat. První z nich je, že každý má právo na to pracovat, pokud o to má zájem. To znamená, že i lidé s duševním onemocněním mají stejné právo pracovat jako všichni ostatní a je důležité na to nezapomínat. Další zásada je najít práci těmto lidem na otevřeném trhu práce. Jistě, mají určitá omezení, ale zároveň mají spousty předpokladů k tomu, aby našli pracovní pozici i na otevřeném trhu práce. Další zásadou je, aby tato metoda byla součástí sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním. Při jedné ze svých praxí jsem byla i v centru duševního zdraví, kde mají pracovníci, která se specializuje na hledání zaměstnání a podporu v něm pro lidi s duševním onemocněním. Dále je důležité zahájit hledání práci co nejdříve poté, co klient projevil zájem pracovat. Řekla bych, že je to důležité z důvodu udržení motivace klienta a chuti do práce, kterou pociťuje. Jak jsem zmínila speciální pracovníci v tomto oboru, tak i jejich zásada by měla být utvářet vztahy se zaměstnavateli, o které mají klienti zájem. Poslední dvě zásady spolu úzce souvisí. Nesmí se zapomínat na individuální přístup ke klientovi a na to, že tento přístup není časově omezen. Nakonec pracovníci musí také respektovat klientovi volby a přání (Swanson, Becker, 2013, s. 11-17).

2.3 Model CARE

Zkratka CARE představuje význam Comprehensive Approach to Rehabilitation. Tento model je uznávaný rehabilitační přístup, který vznikl v Holandsku. Jeho autory jsou Dirk den Hollander a Jean Pierre Wilken, kteří tomuto modelu zasvětili celý svůj profesní život. Tento model se zaměřuje na zlepšení kvality života klienta, jeho zařazení zpět do společnosti a převzetí zodpovědnosti sám za sebe. V modelu CARE můžeme vidět hned několik výhod. Metoda sama o sobě je velice široce využitelná. Dá se využít v širokém spektru služeb, ať už jde o komunitní služby, nebo například lůžkové. Tato metoda se využívá především u lidí s duševním onemocněním, ale její využití je mnohem širší. Další výhodou je, že jelikož se jedná o v podstatě novou metodu práce, je stále spousta prostoru k tomu nacházet její nové výhody a užití v samotné praxi (CMHCD, Platforma CARE [online]).

Jak jsem již zmínila, v tuto chvíli se tato metoda využívá především u lidí, kteří mají duševní poruchu, nebo mají problémy v psychosociální rovině. Metoda se u těchto skupin využívá ke zkvalitnění jejich života, a to prostřednictvím podpory při realizaci klientových přání a cílů, dále při zvládání příznaků nemoci klienta, a nakonec je podporují v jejich přístupu k okolí, které se objevuje kolem jejich přání a cílů. Kromě této podpory se metoda zaměřuje na přítomnost čili pracovník je teď a tady pro klienta. Dále se zaměřuje na silné stránky klienta, které chce najít a podpořit, a nakonec je v klientovi udržet, aby svou situaci zvládl. Poslední, o co se tato metoda opírá, je samotné zotavení. Metoda CARE je podpora na klientově cestě k zotavení (CMHCD, Media [online]).

V metodě CARE pracujeme hned s několika klíčovými pojmy, které pomáhají udávat směr pomoci a zajistit kvalitní péči. Těmito pojmy jsou – propojení, porozumění, potvrzení a posílení. Při pojmu propojení vidíme navázání profesně osobního vztahu mezi pracovníkem a klientem. Tento vztah má pomoci klientovi a jeho prostředí a má být pro klienta smysluplný a nápomocný. Porozumění je pro poznání klienta. Co to je za člověka, jaký je, co potřebuje a další. Jde o pochopení klienta. Poté máme potvrzení, které zahrnuje veškeré jednání s klientem. Zahrnuje zajištění bezpečí a oporu, kterou si každý člověk zaslouží. Poslední je posílení, které zahrnuje vše, co se týče využívání, nacházení a posilování možností člověka (Hollander, Wilken, 2020, s. 14).

3 PŘÍSTUP ZAMĚŘENÝ NA ŘEŠENÍ

V hlavním cíli mé práce je popsat, jak se dá terapeutický přístup zaměřený na řešení využít v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním. Než ale přejdu přímo k tomuto tématu, je důležité se nejdříve seznámit s terapeutickým přístupem zaměřeným na řešení jako takovým. Ráda bych v této kapitole popsala v krátkosti historii tohoto přístupu, poté přístup samotný, jako je jeho využití, principy a další, a nakonec bych se zaměřila na techniky, které se v tomto přístupu využívají, a to zejména na techniku zázračné otázky.

3.1 Historie přístupu

Za tvůrce přístupu zaměřeného na řešení jsou považováni Steve de Shazer a Insoo Kim Berg a zároveň jejich kolegové z Brief Family Therapy Center, zkráceně BFTC v Milwaukee. Při tvorbě tohoto nového přístupu byl pro Shazera inspirací Erickson. Prvotně používal Shazer Ericksonovy postupy při práci a následně začal se svými kolegy vytvářet vlastní terapeutický styl. Další inspirací pro nově vznikající přístup byl poté John Weakland, který působil v Mental Research Institute. Zde se zabývali především utvářením problému a jak je udržován, aby mohli narušit tento vzorec. Zatímco Shazer a jeho kolegové začali spíše hledat takzvané klíče, které by vedli k řešení bez toho, aniž by byl problém znám. Kromě těchto dvou inspirací, měl Shazer ještě jednu, poslední. Tato inspirace byla dle jeho slov ta nejdůležitější, a to jsou klienti (Zatloukal [online]).

Při práci s klienty si Shezer a Berg všimli, že klienti často mluví o svých problémech tak, jako by nebyli schopni vnímat vlastní vnitřní zdroje k překonání těchto problémů a myslet na budoucnost. Také si všimli, že tyto problémy jsou často nekonzistentní a to tak, že někdy byly přítomny a jindy přítomny nebyly. Bylo to z toho důvodu, že daná osoba měla v životě chvíle, kdy dokázala fungovat, aniž by tam dané problémy vůbec byly. Proto bylo důležité se soustředit na tyto výjimky, kdy problém na klienta nemá žádný efekt, a prozkoumat je (Iveson In Murray, 2023 [online]).

3.2 Popis přístupu zaměřeného na řešení

Přístup zaměřený na řešení je na budoucnost orientovaný a cílený přístup, který vede k řešení lidských životních problémů. V tomto přístupu je kladen důraz spíše na zdraví klienta než na problém, spíše na jeho silné stránky než na jeho slabé stránky, nebo nedostatky. Zaměřuje

se na klientovy dovednosti, zdroje a schopnosti, díky kterým klient může dosáhnout svých budoucích cílů. S klienty pracovník probírá, co by si přáli, aby se v jejich životě stalo a jak by využili vlastní zdroje k tomu, aby dosáhli řešení problému. Pracovníci povzbuzují klienty v tom, že pozitivní změny jsou vždy možné a aby pokračovali v chování, které jim pomáhá (Murray, 2023 [online]).

Přístup zaměřený na řešení se soustředí na změnu myšlení a chování klienta, pomocí již existujících zdrojů, které by mohl klient při řešení využít. Předpokládá se, že klient je expertem na svůj vlastní život a na to, co mu pomáhá zmírnit jeho problémy (Cade [online]). Tento přístup se dá využít ve spoustě různých oborů. Například v psychoterapii, poradenství, koučování, sociální práci, supervizi, mediaci a spoustě dalších. Každé toto odvětví má své specifické druhy práce a přístup zaměřený na řešení se dá každému tomuto odvětví a jeho specifikům přizpůsobit. Proto je možné jeho využití v takové široké míře (Zatloukal a kol., 2019, s. 9).

3.3 Principy přístupu zaměřeného na řešení

Když projíždím literaturu, která se vztahuje k tomuto tématu, vždy narazím na pojem principy. Celkem jsem narazila na tři druhy principů, které jsou spojovány s přístupem zaměřeným na řešení. Jelikož je pro tento přístup popis principů značně důležitý, ráda bych se zde zmínila o všech třech možnostech principů, které jsem v literatuře objevila.

3.3.1 Principy RESENI

Principy jsou v tomto přístupu velice důležité. Podle týmu odborníků z Daletu se přístup zaměřený na řešení mnohem lépe definuje právě z těchto principů než podle technik nebo teorií, ze kterých vychází. Poté tento tým sestavil několik principů, které shrnul do akronymu RESENI (Zatloukal a kol., 2019, s. 33). Pro dobrou orientaci v těchto principech využiji i tabulku z knihy Zatloukala a kol., kde je přehledně vysvětleno, co každé písmeno znamená.

Tabulka 1 Principy SFBT

R	rozvíjení řešení
E	efektivita
S	spolupráce/spoluvytváření

E	expertnost na proces
N	nevyhnutelnost změn
I	individuální přístup

Následně bych ráda každý z principů popsal o něco podrobněji. První z nich je tedy Rozvíjení řešení. Tento princip je sám o sobě dosti nepochopený, nebo špatně pojímaný. Pokud hovoříme o tomto principu, je zde především soustředěnost na člověka, na jeho jedinečné zdroje a možnosti a na jeho představy o budoucnosti. Tento princip tedy ukazuje, že terapie zaměřená na řešení nepracuje s problémem jako takovým, ale s klientem samotným. Popis problému tedy v tomto případě nehraje prakticky žádnou roli, místo toho se zde pozornost zaměřuje na popis očekávání klienta a jeho zdrojů (Zatloukal [online]). Z pohledu tohoto principu je tedy v zásadě lepší zkoumat něco, co funguje a co člověku pomáhá než neustále zkoumat, co nefunguje. V případě, kdy se lidé zaměřují především na problém, je nutné najít příčiny tohoto problému. Z pohledu autorů ale existuje tolik příčin, kolik existuje terapeutů, s tím musím souhlasit. Není zde soustředění na problém, ani na jeho příčinu, jelikož to v tomto přístupu ani není podstatné. Podle tohoto principu jsou problém a řešení dvě rozdílné záležitosti. Nemusí být znám problém, stačí aby řešení na situaci našeho klienta správně takzvaně pasovalo (Zatloukal a kol., 2019, s. 34).

Druhým principem je efektivita. Říká se, že terapie zaměřená na řešení prakticky začíná od konce. Znamená to, že terapeut, nebo sociální pracovník už od začátku spolupráce s klientem myslí na její ukončení. I proto najdeme v některých zdrojích označení této terapie jako krátká terapie zaměřená na řešení. Pracovník se snaží přejít z mostu konzultací v nejkratší možné době na druhý břeh, který znamená pro klienta najít řešení. Toto však neznamená, že by terapie tímto stylem byla nějak ochuzena, naopak má klientovi nabídnout vše, co může, a nemá spolupráci zbytečně uměle prodlužovat (Zatloukal a kol., 2019, s. 35). Tím, že pracovník společně s klientem dojdou k řešení v co nejkratší době, bez zbytečného protahování, znamená i to, že se pracovník snaží předejít závislosti na terapii ze strany klienta. Přístup se tedy zaměřuje na efektivitu, kterou ale můžeme vidět i jako jednoduchost, která pramení z tohoto přístupu i principu. Nesmíme ale zapomínat na to, že jednoduchost často bývá to nejsložitější (Zatloukal, 2011, s. 48-52).

Třetím principem, od písmene S, je spolupráce/spoluvytváření. Tento princip by se dal využít v mnoha aspektech sociální práce. I v tomto přístupu je důležitá spolupráce mezi pracovníkem

a klientem. Aby se taková smysluplná spolupráce navázala je důležité brát klienta vážně, snažit se porozumět klientově úhlu pohledu a brát ho na zřetel a mít respekt ke klientovi. Tady je důležité myslet na to, že respektovat klienta neznamena se vším souhlasit. Tento princip představuje také společné dohodnutí mezi pracovníkem a klientem, na čem a jak budou společně pracovat (Zatloukal a kol., 2019, s. 35).

Čtvrtým principem je expertnost na proces. Víme, že klienti jsou experti sami na svůj život. Úkolem pracovníků proto není říkat klientům, co by měli správně dělat, jak by se měli správně zachovat, nebo jak by se měli správně rozhodnout, podle pracovníkova mínění. Pracovník má v tomto případě pomocí dobře vedeného rozhovoru pomoci klientovi uvědomit si své přání a cíle a kam by chtěl do budoucna směřovat. Také by mu měl pomoci v nalezení jeho zdrojů a možností. Pracovník je tedy expertem na rozhovor, kterým klientovi dává oporu a pomoc. V přístupu zaměřeném na řešení je tedy pracovník pro klienta nejefektivnější jako expert na proces (Zatloukal, 2011, s. 48-52).

Pátým principem je nevyhnutelnost změn. Změny jsou všudypřítomné v každém aspektu lidského života. Změny probíhají v lidských životech neustále, je tedy skoro nemožné se změnám vyhnout. Přístup zaměřený na řešení právě se změnami velice aktivně pracuje. Jelikož je změna všudypřítomná, tak to znamená, že i problémy klientů se budou měnit. Tím, že se problémy začnou nějakým způsobem měnit, vytvářejí prostor pro oblast jejich řešení. Změny totiž vytvářejí rozdíly a rozdíly jsou základem pro přístup zaměřený na řešení. Nemusí se vždy jednat o obrovské změny v klientově životě, naopak ty menší změny mají velikou hodnotu. I malá změna může ovlivnit jeden velký celek. Proto je důležité pozorně sledovat jakoukoliv změnu, které by se pracovník mohl chytit a společně ji s klientem mohl dál rozvíjet. Naopak je někdy dobré, trochu klienty brzdit co se týče velkých změn, ne vždy to může vést k dobrému konci (Zatloukal a kol., 2019, s. 36).

A posledním principem je individuální přístup. I tento přístup je základem pro celou oblast jak sociální práce, tak i například psychoterapie. Každý člověk bude mít své individuální představy o životě, svoje zdroje a možnosti, jak může své řešení sestavit. Úkolem pracovníka je tedy přistupovat ke každému klientovi individuálně, aby našel řešení, které mu sedne na míru (Zatloukal, 2011, s. 48-52). Při práci s klientem se tedy využívají předem sepsané techniky nebo metody, ale vždy je důležité myslet na to, že u každého klienta to bude vypadat jinak. Často se pracovník setká s improvizací, jelikož žádný případ, se kterým se setká, není stejný. Proto je důležité ke klientům přistupovat individuálně a myslet na jejich jedinečnost, a ne pouze na předepsané metody (Zatloukal a kol., 2019, s. 36).

3.3.2 Teorie Tří květin

I autor Ben Furman přišel se jasným a výstižným soupisem několika principů tohoto přístupu. Jeho principy se zaměřují zejména na práci s dětmi a jejich rodiny. I s touto cílovou skupinou se můžeme setkat v rámci práce s lidmi s duševním onemocněním, proto bych zde ráda zařadila i tyto principy. Furman je nazval jako teorie tří květin. Ve své prezentaci při popisu této teorie využil obrázek tří květin, které jsou společně v jednom květináči. Principy jsou nazvány jako tvořivost, naděje a spolupráce a každý z těchto principů je u jedné květiny (In Zatloukal, Žákovský, 2019, s. 24).

První květina by měla být symbolem pro naději. Tento princip znamená zvyšování důvěry dítěte i jeho rodiny v možnou změnu, která může nastat v jejich životech a stejně tak i znamená důvěru i pro terapeuta samotného. Naděje se snaží o to, aby se dítě, jeho rodiče a všichni v okolí dítěte zaměřili na svá přání a cíle, na motivaci, která je posouvá vpřed a opět i na zdroje a možnosti. Stejně jako u jiných principů se i v případě naděje snaží terapeut zaměřit na to, co již v rodině funguje a podpořit tuto kognici (Zatloukal, Žákovský, 2019, s. 24).

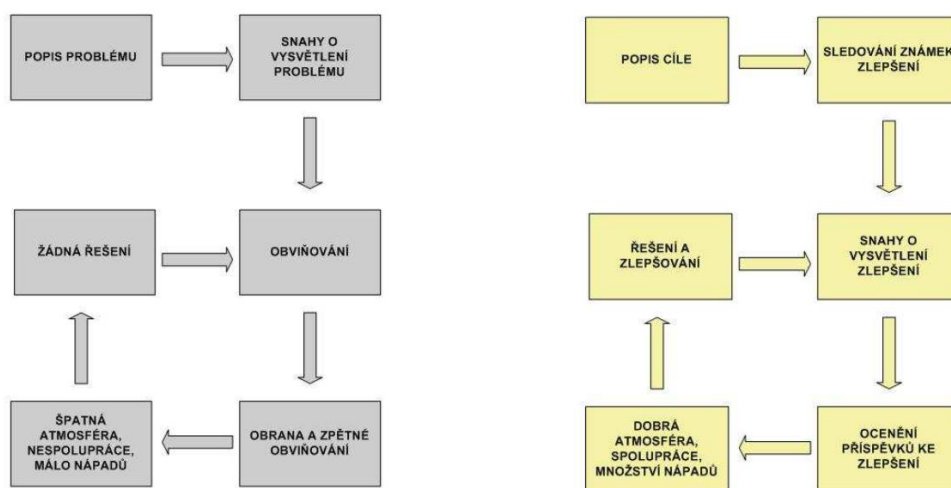
Druhá květina je označována jako spolupráce. Tento princip představuje utvoření vztahu mezi pracovníkem a klientem, v tomto případě s dítětem. Je důležité, aby si pracovník a klient dojednali smysluplný cíl, za kterým společně půjdou. Kvalitní spolupráce je velice důležitá pro dosažení cíle. Pracovník by měl být pro dítě oporou a neměli by zapomínat na spolupráci i s rodinou, nebo s pečujícím o dítě. V životě dítěte hrají tyto lidé velikou roli a je důležité je do procesu zapojovat. Zároveň ale nesmí zapomínat na dítě, které je hlavním klientem (Zatloukal, Žákovský, 2019, s. 24-25).

Poslední květina patří principu tvořivosti. Princip tvořivosti může být u dětí často vnímán ve tvořivosti s technikami, které terapeuti využívají při práci s nimi, jako je například práce s pískem, malba anebo jiné druhy hraní. V tomto případě, ale nemáme na mysli tento typ tvořivosti. V tomto principu je to především tvorba změny. Může to také znamenat využití zdrojů, které pomáhají klientovi jít správným směrem. Využití zdrojů, které již klient má, se dá považovat i za tu nejtvorivější změnu, která ve spolupráci proběhne (Zatloukal, Žákovský, 2019, s. 25).

Toto jsou tedy tři principy z teorie Tří květin. Ve své knize autoři Zatloukal a Žákovský také porovnávají právě tuto teorii s prvními principy RESENI. Možná lépe, než porovnávají, ukazují, které principy z RESENI bychom našli v jednotlivých květinách.

V první květině, tedy v naději, bychom našli princip R a N, tudíž rozvíjení řešení a nevyhnutelnost změn. V květině druhé ve spolupráci bychom mohli najít princip S, E a I, tudíž – spolupráci/spoluvytváření, expertnost na proces a individuální přístup. V poslední květině, v tvořivost,i bychom pak našli R, E, S, E a I, tudíž – rozvíjení řešení, efektivitu, spolupráci/spoluvytváření, expertnost na proces, a nakonec individuální přístup (2019, s. 25). Mně osobně přijde dost zajímavé takto principy jednotlivě propojovat a hledat jeden model v tom druhém.

V rámci teorie tří květin se můžeme podívat ještě na jeden model, který Furman a Ahola vytvořili pro lepší pochopení právě této teorie. Je to model dvou spirál. Jedna spirála prohlubující problém a druhá spirála rozvíjení řešení. Pro lepší představu bych sem ráda obě spirály vložila (In Zatloukal, Žákovský, 2019, s. 26).



Obrázek 1 Spirála prohlubování problémů (vlevo) Spirála rozvíjení řešení (vpravo)

Spirála vlevo je tedy spirála prohlubování problémů. Tato spirála ukazuje, jak neustálé hledání příčiny problémů a jeho vysvětlení může vést k rozpadu vztahů, obviňování, neúspěchu spolupráce a další. Díky těmto faktorům se poté člověk zacyklí a uvízne ve spirále prohlubující problém. Zatímco spirála napravo naznačuje opačný proces. Centrem pozornosti není problém, ale budoucnost, tedy cíl a přání klienta. V případě této spirály jsou sledovány každé malé úspěchy klienta a jsou oceňovány. Využívají se zdroje, který klient má a díky kterým úspěchů dosáhl. Tyto dvě činnosti napomáhají k lepším vztahům a k růstu a díky tomu přichází i další oceňování. Díky těmto faktorům se člověk dostane do spirály rozvíjení řešení (Zatloukal, Žákovský, 2019, s. 26-27).

S konceptem spirál se můžeme rovněž setkat i ve výzkumu Fredricksonové a jejích kolegů, kteří se zaměřovali na teorii rozšiřování a budování pozitivních emocí. Fredricksonová a její

spolupracovníci popsali dvě spirály, jednu jdoucí dolů a druhou jdoucí nahoru. Spirály jdoucí dolů jsou popsány jako negativní emoce, jako je strach nebo hněv, dále potom jsou spojovány se zúženým myšlením a reagováním právě na tyto negativní emoce. Díky tomu jsou poté lidé více citliví vůči ohrožení a stresu. Ohrožení a stres vyvolávají v člověku další negativitu, a tímto se spirála uzavírá. Naopak spirála jdoucí nahoru je spojována s pozitivitou. Pole možností je rozšířené a člověk je schopen využívat zdroje, které jsou pro něj důležité, a tím vytváří další pozitivitu a tím se spirála uzavírá. Autorka sama upozorňuje na to, že nemůžeme usilovat o dokonalou pozitivitu, že to není možné. Zdůrazňuje ale, že je důležité v životě prožívat a vnímat především pozitivitu než negativitu a žít život co možná nejvíc plnohodnotně (In Zatloukal, Žákovský, 2019, s. 27).

3.3.3 Hlavní principy dle Shazer a kol.

Steve de Shazer, Yvonne Dolan a kolektiv napsali knihu *Zázračná otázka: Krátká terapie zaměřená na řešení*. V této knize popsali několik principů, která jsou vodítky pro přístup zaměřený na řešení. Stejně tak tento přístup tyto principy dobře charakterizují a o přístupu správně informují. Principů je v knize popsáno celkem osm (2014, s.16).

Prvním z principů je „*Když není něco rozbité, nespravuj to*“. Tento princip by se mohl zdát jako samozřejmost. Pracovníci by neměli již zasahovat tam, kde to klient zvládl opravit sám. Přesto byli různé psychoterapeutické školy, které chtěli intervenovat i přes to, že klient svou situaci nějakým způsobem zvládl sám. Chtěli to pro klientův růst, pro získání hlubších významů a smysl a dalších záležitostí. Přístup zaměřený na řešení se od takových směrů distancuje. Dle tohoto principu, tedy terapeut není třeba tam, kde není nic rozbité. Druhým principem je „*Když to funguje, dělej to víc*“. Pokud se klient sám už dostal do procesu řešení, pracovník by ho měl podporovat v taktice, která přispívá k řešení. Úkolem pracovníka není sledovat pouze kvalitu taktiky, ale to, zda je tato taktika účinná. Kromě tohoto je úkolem pracovníka podporovat klienta v udržení si pozitivní změny. Pro tuto podporu je nutné, aby pracovník věděl, co klient dělá v období, kdy se problém nevyskytuje. Díky tomu mohou společně pracovník i klient odhalit taktiku, která klientovi pomáhá bojovat s problémem (Shazer a kol., 2014, s. 16).

Třetím principem je „*Když to nefunguje, dělej něco jiného*“. Tento princip oproti těm druhým znamená to, že pokud klient zkouší řešení, které nefunguje, není to řešení, i kdyby se komukoliv zdálo sebelepší. Lidé mají tendence se vracet k řešení, které v minulosti nebylo tak účinné. Mohou mít například pocit, že to teď bude jiné. Některé směry v psychoterapii šly

tímto směrem. Pokud řešení nefungovalo, nebyla chyba v technice nebo teorii, ale v klientovi a řešení se zkoušelo dál. Přístup zaměřený na řešení, jde úplně opačným směrem. Pokud klient nesplní úkol, není to jeho chyba. Nebude se tedy postup opakovat, ale zkusí se jiná technika, která bude klientovi víc vyhovovat. Čtvrtým principem je „*Malé kroky mohou vést k velkým změnám*“. Malé kroky jsou pro tento přístup typické. Přístup zaměřený na řešení se zaměřuje na malé kroky klienta. Tyto malé kroky vedou postupně i k větším systémovým změnám. Klient tedy postupně dosahuje svého cíle, pomocí malých, ale účinných kroků. Někdy jsou malé kroky účinnější než kroky velké, které mohou přinést zklamání. Poté, co klient těmito krůčky dosáhne vytoužené změny, spolupráce může být ukončena (Shazer a kol., 2014, s. 16-17).

Pátým principem je „*Řešení se nutně nemusí přímo vztahovat k problému*“. Tímto principem se přístup zaměřený na řešení odlišuje od těch ostatních. U většiny přístupů je nutné znát problém, který dovede klienta a pracovníka k jeho řešení. Přístup zaměřený na řešení se ovšem o problém vůbec nezajímá. Pracovník a klient společně procházejí klientovy zážitky, aby objevili, zda se možné řešení již v klientově životě objevilo, nebo zda se objevil jeho zárodek. Pracovník spoléhá na to, že klient, již řešení zná, nebo ho někdy použil, ale neuvědomuje si tuto skutečnost. Minulost klienta může být velice zajímavá, může i ukázat některé skutečnosti, ale tento přístup se soustředí výhradně na přítomnost a budoucnost klienta. Šestým principem je „*Jazyk užívaný k vývoji řešení se odlišuje od jazyka, jímž se popisuje problém*“. Jak znění tohoto principu napovídá, tak přístup zaměřený na řešení pracuje i s odlišnostmi jazyka problému a jazyka řešení. Jazyk problému bývá často velice negativní, jelikož se zaměřuje na minulost a je v něm přetrvávající problém. Oproti tomu jazyk řešení bývá pozitivní a skrývá v sobě naději. Dívá se do budoucnosti a ukazuje klientovi, že problém může zmizet a také mizí (Shazer a kol., 2014, s. 17-18).

Sedmým principem je „*K žádným problémům nedochází neustále: vždy existují výjimky, kterých lze využít*“. S tímto principem se opět vracíme k pomíjivosti problému. Tento princip znamená, že pracovník, který využívá přístup zaměřený na řešení, neustále hovoří s klientem o výjimkách. Společně pracují na tom, kdy se problém nevyskytuje v klientově životě, nebo kdy je snesitelnější. Tyto výjimky jsou poté využity k děláním malých kroků k žádoucí změně. Posledním principem tedy osmým je princip „*Budoucnost lze vytvářet i o ní vyjednávat*“. Osmý princip dává krásný základ přístupu v praxi. Princip pracuje s tím, že budoucnost lidí není udávána jejich vzorcem chování, který je založený na historii, sociální vrstvě nebo na

diagnóze. Pracuje s tím, že budoucnost je v rukách klienta a je na něm, jakou si ji vytvoří (Shazer a kol., 2014, s. 18).

3.4 Techniky

Technik je v přístupu zaměřeném na řešení mnoho. Někdy mohou mít různé názvy, ale znamenají to samé. Tyto techniky se dají využít samozřejmě i mimo tento přístup, ale když jsem si procházela literaturu k přístupu a poté techniky, krásně to do sebe zapadá. Techniky, které se řadí k přístupu zaměřeném na řešení jsou – zázračná otázka, změny před sezením, zaměření na výjimku, ocenění, škály a otázky na zvládnání. Každou z těchto technik stručně popíši.

3.4.1 Změny před sezením

V případě této techniky se zjišťuje, jaké malé změny se odehrály mezi tím, co se klient objednal na první schůzku a schůzkou samotnou. V životě lidí se vždy odehrávají drobné změny. V tomto případě se také nesmí zapomínat na princip využít toho, co již funguje a nespravovat to, co není rozbité. V případě zjištění změn v této době se dá i na něčem s klientem začít (Zatloukal, 2011[online]). Tato technika se nemusí využívat pouze mezi dojednáním a prvním setkáním. Můžeme ji využít i jako mapování situace mezi jednotlivými sezeními.

Když mapujeme změny, které se odehrávají mezi sezeními, vždy na změnu narazíme. Jak je již zmíněné v kapitole o principech, změny jsou nevyhnutelné. Nevyhnutelnost je pozorována v neustále se dějících změnách. I když se lidem může zdát, že jejich životy jsou stabilní nebo neměnné, vždy se v životech lidí dějí nepatrné změny. Není to nic, co by mělo být vnímáno negativně. Naopak v přístupu zaměřeném na řešení je tato skutečnost vnímána velice pozitivně, jelikož se mají pracovníci vždy čeho chytit. Kromě neustále se dějících změn je tu ještě rovina změn, které vytvářejí další změny. Je dokázáno, že každá sebemenší změna, která se odehraje v systému, vede ke změně další části toho samého systému. I díky tomu může tento přístup pracovat s malými krůčky, jelikož i sebemenší změna vede postupem času ke změně celku (Zatloukal, Žákovský, 2019, s. 166).

Pokud se pracovníci snaží změnu zmapovat, jsou určité pomůcky, které pomáhají v mapování. Jednou takovou pomůckou může být tak zvaný ÚZUS. Tento model v sobě zahrnuje několik bodů, ve kterých se pracovník snaží zachytit změnu, která u klienta proběhla. Body jsou – úspěch, zdroje, ukotvení a start. V bodě úspěchu se snaží pracovník společně s klientem najít

v jeho životě sebemenší změny, které jdou žádoucím směrem, a ty považují za úspěch. V bodě zdrojů se snaží pracovník a klient zachytit zdroje, které přispěli k úspěchu, který se stal v životě klienta. V bodě ukotvení se pracuje se zdrojem, který byl objevený v předchozím bodě. Klient a pracovník tento zdroj společně rozvíjí a snaží se najít další možnosti využití tohoto zdroje. Poslední bod je start. V tomto bodě se nachází další úspěch, který odstartuje nové kolo a opět se jde po jednotlivých bodech. U každého z těchto bodů tým Zatloukal, Žákovský a kol., zveřejnili i možnosti otázek, které pomohou každý daný bod naplnit (Zatloukal, Žákovský, 2019, s. 167).

Druhou pomůckou pro zmapování změn je ORS neboli Outcome Rating Scale, což je škála měřící výsledky. U této pomůcky se zaměřuje pracovník na tři dimenze – osobní spokojenost, blízké vztahy a společnost. V této škále se tedy neměří symptom, nebo jeho úbytek. V této škále se zjišťuje, v jakém pásmu se klient nachází, zda se nachází v pásmu lidí, kteří dochází na terapii, nebo zda je v pásmu lidí, kteří terapii nepotřebují. Pokud je skóre na škále vysoké, znamená to, že klient hodnotí svou situaci pozitivně. Díky třem dimenzím, které škála sleduje, se dá dobře zjistit, jestli dochází ke zlepšení v různých dimenzích klientova života a zda je toto zlepšení významné, anebo jde pouze o chybu v měření (Zatloukal, Žákovský, 2019, s.168-169).

Kromě metod mapování bych se v této technice ještě ráda zmínila o možnosti, kdy se situace buď zhorší, anebo zůstává neměnná. Jak bylo již zmíněno výše, situace prakticky nemůže zůstat neměnná, změny se dějí neustále v životě člověka. Může se ale stát, že změna je tak nepatrná, že si ji klient ani neuvědomí, nebo ji přehlédne. Pracovník mu poté může pomoci tuto změnu odhalit a najít tak například i další zdroj. Pouze ve vzácných případech se může skutečně stát, že se žádná změna nenajde. Další možnou situací je tedy poté to, že nastane zhoršení v klientově situaci. Zhoršení se při procesu změny běžně vyskytuje. Je to něco, co proces změny provází. Je tedy důležité zhoršení překovat a pokračovat odhodlaně v procesu změny (Zatloukal, Žákovský, 2019, s. 170).

3.4.2 Výjimka

V jednom díle Shazera a kolektivu je popsáno, že ti, kteří pracují s terapií zaměřenou na řešení, jsou přesvědčeni, že existují výjimky nebo okamžiky v životě člověka, kdy problém buď není přítomen, nebo existuje, ale nezpůsobuje žádné negativní účinky (In Murray, 2023 [online]). Vyvstává tedy otázka, co je v těchto dobách jinak. Pracovník může prozkoumat výjimky z problému tak, že požádá klienta, aby přemýšlel a vzpomněl si na okamžiky

ve svém životě, kdy problém nebyl problém, pak se může zeptat, co bylo na těchto okamžicích odlišné. To by mohlo vést k vodítkům, která pomohou vytvořit řešení problému. Klientovi to také pomůže, aby věděl, že jsou chvíle, kdy se ho problém netýká, což by mohlo pomoci snížit moc, kterou má nad jeho emocionálním a duševním stavem. Protože můžeme být svými problémy často ,zahaleni nebo pohlceni, může být posilující si všimnout, nebo si připomenout doby, kdy jsme nebyli (Murray, 2023 [online]).

Pokud se bavíme o výjimkách, můžeme se v případě této terapie bavit o několika typech. Typy výjimek jsou – předzvěsti preferované budoucnosti, výjimky z problému a překonání nutkání k něčemu. Předzvěsti preferované budoucnosti jsou výjimky, které se nevztahují k problému klienta, nýbrž k budoucnosti, kterou si klient přeje mít. Jsou to kousky, které se u klienta objevily a dávají mu tak najevo, co si do budoucna přeje, jakou budoucnost by chtěl mít. Tento typ hledání výjimky je jeden z nejtypičtějších, jelikož je přímou cestou ke klientovu zdroji a nemusí kvůli tomu zkoumat problém klienta (Zatloukal, Žákovský, 2019, s. 155).

Druhým typem jsou výjimky z problému. V tomto případě je již nutné znát problémy klienta, aby pracovník věděl, kde výjimka nastala. Jelikož se ale pracovníci využívající tento přístup s klientem na problém příliš nezaměřují, je vhodné tento typ využít až tehdy, kdy klient o problému mluví sám. V tomto momentě je i užitečné, když klient mluví o svém problému do detailu, díky tomu pracovník může lépe výjimku zachytit. Při výjimce z problému také nesmíme zapomínat, že se bavíme buď o problému, který nenastal, to znamená, že se v danou chvíli, kdy se měl objevit, neobjevil, anebo byl problém méně závažný, než je klient zvyklý. Kromě tohoto si musíme i dát pozor, zda je situace, ve které došlo k výjimce, vůbec žádoucí. Pracovník má podporovat klienta a hledat výjimky, které vedou klienta žádoucím směrem, a ne všechny výjimky patří do této kategorie. Může se stát, že je výjimka pro klienta ještě horší, například když se klient jednu noc nepomočil, jelikož měl silné bolesti břicha. To jsou samozřejmě výjimky, které se nepodporují, ale musí se řešit. Dále může nastat překonání nutkání k něčemu. Tento typ výjimky je velice zvláštní. Je to typ, ve kterém klient odolá nutkání k něčemu, a tím pádem dosáhne něčeho výjimečného, anebo se nějaké nežádoucí záležitosti vyhne v budoucnu (Zatloukal, Žákovský, 2019, s. 158-161).

Poslední, na co se zaměřím v rámci výjimek, je, zda se jedná o výjimku náhodnou nebo záměrnou. Pokud se jedná o výjimku záměrnou, člověk tedy udělal něco, čím se problému vyhnul, nebo čím ho zmírnil, například si šel zaběhat. Když jde o výjimku náhodnou, člověk často změnu, která tedy nastala, popisuje jako náhodnou, že se například cítil víc v klidu, ale

nezná důvod svého pocitu. U výjimek záměrných se snadněji hledá zdroj a následně se s ním pracuje. Klient totiž ví, co udělal jinak, že jeho situace byla lepší, proto ví i pracovník, na co se zaměřit a jaký zdroj bude u klienta podporovat a pracovat s ním. Při práci s výjimkou náhodnou musí společně klient a pracovník nejprve odhalit zdroj, který výjimku zapříčinil, teprve až poté je možné začít se zdrojem pracovat a výjimku ukotvovat (Zatloukal, Žákovský, 2019, s. 163-164).

3.4.3 Ocenění

Hledání silných stránek a zdrojů klienta a jejich komentování je důležitou součástí terapeutického sezení zaměřeného na řešení (Iveson, 2018 [online]). Nebavíme se pouze o pochlebování klientovi, nebo o zveličování jeho úspěchů a toho co dělá. U oceňování je sledováno, co klient dělá, jestli to funguje a na jakých zdrojích staví, a to je následně oceněno (Zatloukal, 2011 [online]). Znamená to tedy, že odborník aktivně naslouchá klientovi, aby identifikoval a uznal jeho silné stránky a to, co udělal dobře. Poté, to reflektuje zpět klientovi a zároveň uznává, jak těžké to pro něj bylo. To nabízí povzbuzení a ocenění silných stránek, které klient má. Pracovník může použít přímé komplimenty, kdy klientovi řekne, jak je to například skvělé, nebo nepřímé komplimenty. Nepřímé komplimenty se používají k povzbuzení klienta, aby si všiml svých úspěchů a silných stránek a pochválil sám sebe (Murray, 2023 [online]).

3.4.4 Škály

Technika škály se nejčastěji používá u klientů, pro které je těžké vyjádřit konkrétně své cíle. Škály jim následně mohou pomoci popsat, kde cítí, že se v životě nacházejí, nebo jak se teď právě cítí. Kromě současného stavu jim škála pomáhá znázornit to, kam by se rádi v budoucnu dostali a kolik bodů jim do vysněného cíle zbývá (Zatloukal a kol., 2019, s. 80). Technika škály má v sobě spousty kladů, pro které je výhodné využít právě tuto techniku. Kromě toho, že pomáhá lidem, kteří dokáží těžce vyjádřit své cíle, je také vhodná pro lidi, kteří mají spíše matematické smýšlení, nebo zálibu v grafech. Na škále přehledně vše uvidí a škála může mít i podobu grafu. Další výhodou této techniky je zachycení pokroku. Škála dokáže krásně zachytit pokrok klienta, který dělá v průběhu spolupráce. Dokáže ho motivovat a posiluje klientovu důvěru ve změnu. Je to také technika nebo nástroj, který prostupuje celým přístupem zaměřeným na řešení. Nakonec je škála velice subjektivní. Není to nic, co by se dalo objektivně měřit, jelikož když dáme škálu několika lidem, aby tam zakreslili míru pokroku jednoho člověka, vždy bude škála jiná. V této technice jde o to, aby klient zachytil

svoje vlastní potřeby a myšlenky, to, jak se cítí a jaký má cíl (Zatloukal, Žákovský, 2019, s. 144-145).

Škála funguje tak, že pracovník požádá klienta, aby ohodnotil závažnost svého problému, nebo problémů na stupnici od 1 do 10. To pomáhá jak pracovníkovi, tak klientovi vizualizovat, kde se s problémem nebo problémy nacházejí. Škály mohou být použity během sezení k porovnání toho, kde se klient právě nachází, v porovnání s prvním, nebo druhým sezením, a také k posouzení toho, jak daleko, nebo blízko k jeho ideálnímu způsobu bytí, nebo k dokončení svého cíle je. To může pomoci jak pracovníkovi, tak klientovi si všimnout, zda je třeba ještě něco udělat k dosažení 9 nebo 10, a pak mohou začít zkoumat, co to je. Škálování pomáhá objasnit klientovy pocity, pomáhá také udávat směr sezení a zvýraznit, zda něco brzdí klientovu schopnost problém vyřešit, nebo ne (Murray, 2023 [online]).

Samotný postup práce se škálou Shennan zformuloval do několika kroků, ve kterých se pracuje. Prvním krokem je označení krajních bodů škály. Zde je důležité, aby se klient a pracovník shodli a pracovník přednesl klientovi srozumitelně a jasně jednotlivé konce škály. Nejčastěji se škála označuje od 0 do 10, kdy 0 je nejhorší a 10 nejlepší. Druhým krokem je definovat krajní body škály. Pod tímto krokem si lze představit definování jednotlivých stupňů škály, aby klient věděl, čeho se chytit. Například u škály 0 až 10 může být 0 bodem, kdy byla klientova situace nejhorší a stupeň 10 zase naopak situace, kdy byla nejlepší, ostatní body se označí podle závažnosti situací. Dalším krokem je, aby si klient označil aktuální situaci. Tento bod tedy znamená, že je klient vyzván pracovníkem, aby si na škále označil bod, kde si myslí, že se v tuto chvíli nachází. Následuje bod zkoumání mezi aktuálním stavem klienta a bodem 0. V tomto bodě společně pracovník a klient zkoumají aktuální stav klienta. Zkoumají, co je na aktuálním stavu jiného než na nule a díky čemu se klient posouvá dál, například co dělá, jak přemýšlí a další. Předposlední krok je pátrání po zdrojích. Pracovník se zaměřuje na to, co posouvá klienta dál na škále. Co mu pomáhá, aby se pohyboval dál směrem od nuly. Posledním krokem jsou drobné známky zlepšení. Společně pracovník s klientem sledují drobné známky posunu klienta na jeho škále pokroku (Zatloukal, Žákovský, 2019, s. 146-148).

Škálový rámec lze použít k rozlišení různých aspektů problému a jeho řešení. Například člověk s depresí se může cítit kolegy devalvován. Každý z těchto aspektů lze prozkoumat prostřednictvím samostatných měřítek. Podobně, když se klient potýká s více problémy, každý problém lze řešit pomocí vlastní stupnice. Tam, kde je použito více škál, se

brzy projeví překrývající se oblasti, což klientovi pomáhá uvědomit si, že pohyb v jedné oblasti může vést ke zlepšení v jiné (Iveson, 2018 [online]).

3.4.5 Otázky na zvládání

Technika otázek na zvládání se využívá v případě zkoumání toho, jak klient dokázal náročnou a složitou situaci ustát. Nezkoumá tedy, co pomáhá klientovi, aby situace nebyla tak špatná, zkoumá to, co klientovi pomáhá, aby situaci vůbec ustál. Často se technika otázek na zvládání využívá u klientů, kteří jsou na samém dně, aby jim ukázala, že i přesto jsem velice silní, jelikož tuto nelehkou situaci dokáží zvládnout a ustát. Poté společně pracovník a klient zkoumají zdroje tohoto zvládání (Zatloukal, Žákovský, 2019, s. 174).

Otázky zvládání jsou otázky, které pracovník použije pro to, aby porozuměl tomu, jak se daná osoba dokázala vypořádat s těžkými situacemi. Když někdo trpí depresí, nebo úzkostí po dlouhou dobu, často vyvolává otázku, jak to, že pokračoval ve svém životě navzdory potenciálně ponižujícím, nebo vyčerpávajícím účinkům takových duševních a emocionálních zdravotních problémů. Dle Shazera tyto otázky způsobují, že klient identifikuje zdroje, které má k dispozici, včetně toho, že si všimne vnitřní síly, která mu pomohla se dostat tak daleko, což si dříve nemusel vědomě uvědomovat (Murray, 2023 [online]).

3.4.6 Zázračná otázka

Poslední zmíněnou technikou bude zázračná otázka. V krátkosti k historii této techniky. Za zakladatelku této techniky se dá považovat Insoo Kim Berg. Ta při jednom sezení s klientkou, která měla spousty problémů, se zeptala, jak by klientka poznala, že žije spokojenější život, že její problémy jsou pryč. Klientka ji na to odpověděla, že to by se musel stát zázrak a Insoo Kim Berg se této odpovědi chytla. Položila své klientce tedy otázku: „*Předpokládejme tedy, že se zázrak dnes večer stane...jak bude zítřejší den vypadat?*“ (In Miller, Berg, 2014, s. 8). Po této otázce klientka začala hovořit o tom, co by se tedy stalo, jak by se den změnil a co konkrétního by se v jejím životě změnilo. Díky tomu začala přicházet na změny, které by si přála a začala věřit i tomu, že změna možná je. Dokonce klientka zjistila, že některé věci už se postupem času udály. Díky takovému úspěchu s touto technikou ji paní Berg se svými kolegy začali rozvíjet a využívali ji ve své praxi pravidelně. I teď je tato technika v tomto přístupu hojně využívána (Miller, Berg, 2014, s. 8).

Účinný způsob, jak pomoci lidem zaměřit se na potenciální řešení spíše než na problémy, je právě zázračná otázka. Jak říká de Shazer (1991, s. 113): „*Klienti jsou často schopni*

konstruovat odpovědi na tento ‚zázrak‘ zcela konkrétně.“ (In Iveson, 2018 [online]). Při této technice pracovník požádá klienta, aby si představil, že šel spát, a když se ráno probudí, jeho problémy zmizely. Po této vizualizaci se klienta zeptají, jak ví, že problémy pominuly a v čem se konkrétně liší tato představa od jeho běžného dne (Murray, 2023 [online]). Pacient, pár nebo rodina jsou povzbuzováni, aby si co nejkonkrétněji představili, jaké rozdíly v případě zázraku nastanou. Je důležité, aby byl terapeut jemně vytrvalý ve vyvolávání jasného a konkrétního popisu chování než rozmazaného obrázku nějakého budoucího snu. Často je první odpověď na zázračnou otázku poněkud obecná, globální, až utopická, například lidé zázrak popisují jako že vše se stane najednou a že je vše skvělé a dokonalé. Úroveň popisu, která je ale hledána, je něco konkrétního, co by klient dělal v momentě zázraku (Iveson, 2018 [online]).

V této technice je důležité vědět, jak klást otázku na zázrak. Jsou terapeuti, nebo pracovníci, kteří mají intuici a vědí, jak začít a kdy je vhodné otázku nadnést a jakým způsobem. Ne pro každého ale toto platí, proto Shazer, Dolanová a kol. popsali ve své knize několik kroků, které udávají pracovníkovi, jak položit otázku na zázrak. Prvním krokem by tedy měla být otázka, která umožní pracovníkovi společně s klientem vybočit z běžného realistického hovoru. Pracovník se může klienta zeptat, zda by nevadilo, kdyby se ho zeptal na nevšední otázku. Poté čeká na souhlasné přikývnutí od klienta, aby si byl pracovník jistý, že s tímto počínem klient souhlasí a zároveň aby byl klient připraven na něco nevšedního. Druhým krokem bude popis klientovo počínání od doby, kdy opustí kancelář, nebo ordinaci, kde se společně pracovník s klientem nacházejí. Pracovník provede klienta jeho všedním večerem, co obvykle dělá, když se vrátí domů, jak si uvaří jídlo, jaké bude dělat své volnočasové aktivity až po přípravu ke spánku. Pokud se pracuje s rodinami, je vhodné popsat v tomto případě alespoň jednu činnost každého člena rodiny, aby se do této situaci dokázali všichni vžít. Poté čeká pracovník opět na přikývnutí od všech zúčastněných, aby věděl, že klienti stále vnímají. Ve třetím kroku pracovník zmíní, jak je již klient unavený a jde si lehnout. Opět se čeká na přikývnutí ze strany klienta. Zatím se pracovník neptá na žádné otázky, pouze chce, aby se klient vžil do svého každodenního života. Až v kroku čtvrtém dochází ke zmínění zázraku. Pracovník pronese, že během noci, kdy klient spí, se udal zázrak. Tady autoři upozorňují na odmlku a sledování klientových reakcí. Někdo se může například pousmát, nebo zvednout obočí, anebo se překvapeně na pracovníka dívat. Odmlka ale nesmí být moc dlouhá, aby klient nezačal zázrak zpochybňovat. Po odmlce přichází krok zpět, kdy pracovník zmíní, že se nejedná o obyčejný zázrak, ale o zázrak, kdy problém, kvůli kterému klient přišel, zmizel.

Je důležité se zmínit přímo o tomto problému, aby klient věděl, čeho se má držet. V šestém kroku pracovník upozorňuje, že k zázraku došlo, když klient spal, tudíž vůbec netuší, že se zázrak udál. Klient v tuto chvíli už začíná o zázraku přemýšlet. V tuto chvíli přichází poslední krok, a tím je otázka, jak by klient poznal, že je po zázraku něco jinak, čeho by si všiml jako prvního. V tuto chvíli nechává pracovník klientovi tolik prostoru, kolik ho potřebuje. Nechává ho v klidu přemýšlet a trpělivě čeká (Shazer a kol., 2014, s. 69-71).

Poslední, co při této technice zmíním, jsou důvody, proč vůbec tuto techniku u klientů použít. Opět de Shazer, Dolanová a kolektiv autorů ve své knize uvedly čtyři důvody, proč využít zázračnou otázku. Prvním z důvodů je, že to je jeden z možných způsobů, jak si nastavit cíle spolupráce. O terapii zaměřené na řešení se říká, že začíná takzvaně od konce. To znamená, že pokud si člověk pomocí zázraku dokáže představit, co by se změnilo, dokáže si tak i představit, jak by si přál, aby vypadala jeho budoucnost. Tudíž tato technika dokáže pomoci v nastavování cílů spolupráce mezi pracovníkem a klientem. Dalším důvodem je, že otázka na zázrak dokáže v klientovi vyvolat emoční prožitek. Pokud se například baví pracovník s členy rodiny o zázraku, který se v jejich životech může udát, mají členové tendenci si být k sobě bližší, obejmout se kolem ramen, nebo se chytit za ruku. Pokud si člověk v zázraku představuje slunce, může mít tendenci se ke slunci natočit, aby ho cítil. To jsou ukazatele toho, jak emočně zázrak na lidi působí. Dalším důvodem je připravenost na výjimky. Někdy se stane, že lidé si představují zázrak a zjistí, že některé věci už se v jejich životech dějí, ale jako výjimky. Čím víc se pracovník ptá na zázrak a společně s klientem ho rozvádějí, tím je větší možnost, že na tyto výjimky společně narazí. Tato technika je tedy i dobrá pro položení půdy před otázkami na výjimky. Posledním důvodem je vytvoření cesty dobrým směrem. Když klienti za pracovníkem přijdou, prakticky nikdy nezačínají tím, co se jim v životě daří, naopak mluví jen o samých špatných věcech. Pokud se tedy klient společně s pracovníkem zaměří na otázku na zázrak, je možné, že se v klientovi probudí pozitivní pohledy na jeho život. Zjistí kudy chce ve svém životě jít a že v něm dokonce má i zdroje, které mu pomohou touto cestou projít. Proto často odcházejí klienti od pracovníku v dobré náladě, protože vědí že se jejich život ubírá pro ně správným směrem (Shazer a kol., 2014, s. 67-69).

4 PŘÍSTUP ZAMĚŘENÝ NA ŘEŠENÍ U LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Přístup zaměřený na řešení se v současnosti používá u většiny emocionálních a duševních zdravotních problémů, k jejichž léčbě se používají jiné formy poradenství, jako například – deprese, úzkost, sebevědomí, osobní stres a pracovní stres, zneužívání návykových látek, závislost, vztahové problémy. Přístup zaměřený na řešení se nejlépe využívá, když se klient snaží dosáhnout určitého cíle, nebo překonat určitý problém. I když není vhodný k léčbě závažných psychiatrických stavů, jako je psychóza nebo schizofrenie, lze jej použít v kombinaci s vhodnější psychiatrickou léčbou/terapií, aby pomohl zmírnit stres a zvýšil povědomí o silných stránkách a vnitřních zdrojích dané osoby. Výzkum ukázal, že po ročním sledování byla SFBT účinná při snižování deprese, úzkosti a poruch souvisejících s náladou u dospělých (Maljanen In Murray, 2023 [online]). Studie o zneužívání návykových látek u dospělých ukázala, že přístup zaměřený na řešení je stejně účinná jako jiné formy terapie při léčbě závislosti a snižování závažnosti závislosti a symptomů. Se studii přišli Kim, Brook a Akin (In Murray, 2023 [online]). Přehled literatury ukázal, že přístup zaměřený na řešení je neúčinnější na problémy s chováním dětí, když byl použit jako časná intervence, než se problémy s chováním stanou velmi vážnými (Bond a kol. In Murray, 2023 [online]).

Dlouho jsem přemýšlela, jak tuto kapitolu pojmu. V začátku své práce píšu o sociální práci s lidmi s duševním onemocněním a o jednotlivých onemocněních. Zdá se, že by zde nemusely být tyto poruchy popsány, jelikož přístup zaměřený na řešení se netýká přímo problému nebo jeho příčin, ale zaměřuje se na řešení, které by mělo nastat. Pamatuji si, jak na jedné hodině zmiňovala naše profesorka, že u lidí s duševním onemocněním je vždy výhoda znát jejich diagnózu a že by ji pracovník znát měl. Je to z toho důvodu, abychom věděli, co od daného klienta čekat. Člověk s těžkými depresemi bude reagovat jinak a mít jiné relapsy než člověk trpící schizofrenií. Na to je při práci důležité pamatovat.

Ráda bych v této kapitole využila ještě nějakou literaturu. Zároveň bych zde ale spíše popisovala svoje postřehy při zkoumání literatury k předchozím kapitolám a zároveň i to, co jsem již zažila v praxi. Proto bych tuto kapitolu pojala především jako kapitolu svých myšlenek, které vychází z literatury a zároveň z praxe.

4.1 Využití přístupu v praxi

Když se na to teď tak dívám, už jen to, že tento přístup se zaměřuje na hledání silných stránek a zdrojů, které jsou v životě člověka, dodává lidem s duševním onemocněním hodnotu. To, co například už oni dávno ztratili a myslí si, že hodnotu žádnou nemají kvůli své nemoci, jim tento přístup pomáhá zpětně najít a pracovat s nimi na využívání těchto zdrojů a silných stránek k tomu, aby svoje problémy vyřešili.

První případ, kdy by mě jako pracovníka napadlo využít tento přístup, by byl praktický. V rámci své praxe v centru duševního zdraví jsem byla s pracovnící navštívit léčebnu. Toto centrum kromě jiného pomáhá lidem se dostat zpět do normálního života z dlouhodobé hospitalizace. V tuto chvíli by mi přišlo ideální využít tento přístup. My se v tuto chvíli nechceme dívat do minulosti klienta, proč byl hospitalizovaný, co se stalo, že musel do nemocnice a další. Snažíme se dívat se s klientem na přítomnost a na budoucnost. Můžeme s ním nejdříve hledat jeho osobní zdroje, jaké má k vyřešení problému, například bydlení, které bude potřebovat po dlouhodobé hospitalizaci, zda má kde bydlet nebo bude potřebovat naši pomoc. Bude důležité tady myslet na pravidlo nespravovat, co již funguje. Pokud klient má zajištěny některé záležitosti a je s tím tak spokojený, neměli bychom ho do něčeho nutit. Naším cílem je pomáhat tam, kde to klient bude potřebovat.

Často se také u těchto lidí můžeme setkat se zoufalstvím. Nevěří, že se jejich situace někdy vůbeclepší, věří, že jejich nemoc jim zabraňuje v normálním životě a že jejich život je hrozný. Pomocí technik jako jsou otázky na výjimky, nebo škála, můžeme zjistit a pomoci klientovi vidět, že ne vždy to bylo tak hrozné. Že i přes svoji nemoc dokázal už hodně věcí a že dokáže jít vpřed. Neřešíme opět v tuto chvíli, jaké bylo jeho dětství, nebo jaké byly začátky s nemocí, řešíme s ním, jaká bude jeho budoucnost. Pomáháme mu dávat naději, že jeho budoucnost může být pozitivní a že má možnosti, aby tuto budoucnost udělal skutečnou. To jsou mé postřehy a závěry, které jsem učinila při studování literatury.

Jak bylo zmíněno v kapitole předchozí, jeden z důvodů, proč využít zázračnou otázku, je stanovení cílů spolupráce. Někdy se nám může v praxi stát, že máme klienta, se kterým se těžko dojednává zakázka, kterou by společně pracovník a klient řešili. Někdy není potřeba se zaměřovat na minulost a zjišťovat, co u klienta neprobíhalo v minulosti správně a podle toho odvodit, co by měl tedy do budoucnosti zlepšit. V rámci přístupu na řešení máme možnost zjistit cíle spolupráce buď zázračnou otázkou, nebo například preferovanou budoucností. Pokud nám klient poví, jaká by měla být jeho budoucnost, můžeme tak společně nastavit

i cíle. To, co je v budoucnosti jinak, je tedy to, co bude chtít klient změnit. Je to tedy přání klienta, je to jeho vidina budoucnosti (Shazer a kol., 2014, s. 67-69). Samozřejmě o tom musíme s klientem mluvit, abychom nevytvořili zakázku, kterou si on sám nepřeje. Jistě je mnoho způsobů, jak posoudit situaci klienta a udělat si z tohoto posouzení cíle a problémy. Mnoho z nich nás i na škole učili. Tohle je další možnost, která by se dala využít. V sociální práci je krásné to, že má mnoho možností.

4.2 Přístup a jiné modely

V prvním odstavci je napsáno, že se v dnešní době začíná terapie zaměřená na řešení hojně využívat u lidí s duševním onemocněním (Maljanen In Murray, 2023 [online]). Je těžké si toho v dnešní době všimnout, jelikož hlavním proudem práce s lidmi s duševním onemocněním je teď koncept Recovery. Řekla bych, že i tento koncept a přístup zaměřený na řešení se dá propojit. Recovery se snaží v lidech probudit jejich osobní zotavení. Nehledí na jejich nemoc jako na to, co určuje osobnost celého člověka, je to pouze jen jedna z částí. Zotavení povzbuzuje lidi, aby našli svou vnitřní sílu, a i přes nepřízeň osudu mohli žít svůj život plnohodnotně. Řekla bych, že přístup zaměřený na řešení je na tom dost podobně. Jeho hlavním údělem je najít společně s klientem řešení, které perfektně sedne na jeho situaci. Neřeší tedy, kdy se člověk stal nemocným, nebo jak dlouho s nemocí žije a tak dále, chce najít řešení na životní situaci, se kterou se člověk potýká. Může to například být hledání partnera. Lidí s duševním onemocněním mohou mít strach ze závazků, aby naplnili očekávání partnerů, nebo aby pro ně nebyli velkou přítěží. Přístup zaměřený na řešení jím může pomoci najít jejich silné stránky a zdroje, které mají proto tento problém vyřešit.

Recovery pracuje zároveň i s nadějí, zplnomocněním a zodpovědností člověka (Ragins, 2018). Myslím si, že všechno toto může pomoci člověku najít právě přístup zaměřený na řešení. Naděje je v tom, že tento přístup odkryje mnoha lidem lepší budoucnost, kterou mohou mít. Zplnomocnění je v silných stránkách a v podpoře pracovníka v tom, aby klient řešil svou situaci svými vlastními zdroji, a právě pomocí vlastních silných stránek. Tím, že mu pracovník pomáhá pomocí tohoto přístupu toto všechno odhalit, pomáhá mu zároveň převzít zodpovědnost za svůj vlastní život.

Dle mého názoru stejně jako proces zotavení, nebo metodika CARE, se přístup zaměřený na řešení snaží posunout lidi vpřed k jejich plnohodnotnému životu. Snaží se, aby nezůstávali na jednom místě zamotáni do problému, aby objevili v sobě silné stránky a svoje kvality a aby

svůj život posunuli dál. U lidí s duševním onemocněním jsou tyto přístupy často velice důležité. Při práci s nimi a také při rozhovorech s pracovníky jsem zjistila, že motivace je pro tyto typy klientů velice důležitá. Pokud mají motivaci a naději, je pro ně život mnohem snazší.

V metodice CARE se zároveň pracuje i s prostředím klienta. Prostředí je něco, v čem každý člověk žije a přizpůsobuje se mu. I v přístupu zaměřeném na řešení můžeme pracovat s prostředím. Prostředí nám dává i naše přirozené zdroje, se kterými můžeme naši situaci vyřešit. V přístupu hledáme s lidmi i jejich přirozené zdroje (Hollander, Wilken, 2020). Podle mého názoru lidé často nevidí, co mají kolem sebe a na koho všeho se mohou obrátit. Jistě i lidé s duševním onemocněním budou mít oporu ve svém prostředí. Z praxe jsem pochytala, že občas se lidé s duševním onemocněním svého okolí straní. Bojí se, co si o nich lidé pomyslí, nebo se cítí jako přítěž pro své okolí. Pokud v přístupu zaměřeném na řešení najdou svoje silné stránky, mohou se cítit méně zbyteční, a tím i najít a poté začít využívat své přirozené zdroje, které mají.

4.3 Principy v praxi

Pokud bych se zaměřila pouze na principy přístupu zaměřeném na řešení, je v nich dle mého názoru krásně vidět výhoda přístupu pro lidi s duševním onemocněním. Použiji k tomu principy RESENI. Rozvíjení řešení, tudíž objevování něčeho nového a to, že nezůstává klient uzamčen ve svém problému. Může pomoci s lidem s duševním onemocněním posunout se v životě dál a přijít i na nová řešení jejich problémů, se kterými se potýkají. Efektivita tkví v tom, aby nebyla spolupráce příliš protahována a byla ukončena v pravý moment. Lidé s duševním onemocněním byli vždy zvyklí, především od lékařů v léčebnách, být závislí na vztahu pacient a lékař. Toto jsem zjistila, když jsem studovala literaturu ke své absolventské práci. Efektivita má pomoci předejít závislostnímu vztahu klienta na pracovníkovi. To by mohlo pomoci, aby klient více odpovídal za svůj život sám a nebyl pouhým pacientem, za kterého pracovník vše udělá. Princip spolupráce, ten je důležitý vždy a všude. V každé práci je důležité utvořit si vztah mezi pracovníkem a klientem, aby společně mohli posouvat klienta vpřed. Další princip expertnost na proces. I lidé s duševním onemocněním jsou experty na svůj život a pracovník pouze na probíhající sezení. Nesmíme zapomínat, že lidé s duševním onemocněním znají nejlépe projevy své nemoci, znají, jak reagují na různé podněty a co je pro ně nejlepší. Jejich nemoc z nich nedělá méněcenné lidi. Další je nevyhnutelnost změn.

Psala jsem to již několikrát, změny jsou součástí každodenního života. Musíme najít změny, které se v životě těchto lidí dějí a využít je pozitivně. Poslední princip, individuální přístup, je opět základem celé sociální práce. Každý člověk je jiný. Každému člověku bude pomáhat něco jiného, a tak s nimi i musíme pracovat.

Čím víc se nad tímto tématem zamýšlím, tím víc vidím možnosti, kde tento přístup využít. Dle mého názoru to není jen o tom, kde je možné tento přístup využít, jelikož je možné ho využít prakticky všude. Důležité taky je, jak pracuje sociální pracovník sám. Pokud je pracovník přesvědčený, že klientům lépe pomáhá soustředění na řešení, a ne zůstávání a rozebírání problému, automaticky dle mého názoru bude využívat tento přístup. Poté mohou být odborníci, kteří vidí větší smysl v rozebírání problému. Nesmíme zapomínat na to, že volba přístupu není individuální pouze pro klienta, ale i pro pracovníka. Ve škole nás naše profesorka učila, že při výběru přístupu na případ není nikdy špatná volba. Je důležité umět přístup využít a zároveň si umět jeho využití obhájit, a to především v sobě.

4.4 Využití přístupu u konkrétních skupin onemocnění

Při procházení různé literatury, článků i na popud mého vedoucího jsem se rozhodla dodat k této kapitole podkapitulu o určitých onemocněních, které jsem si vybrala. Z literatury jsem si vybrala poruchy vznikající ze závislosti a deprese. Ráda bych se více zaměřila na to, jak se dá tento přístup využít v těchto případech. Chtěla bych také čerpat hodně ze svých vlastních úvah. Z toho, co jsem se dozvěděla během čtení a procházení literatury. Uvažuji taky, že bych zkusila popsat i fobie, jelikož sama trpím fobií z bouřek a myslím, že by mohlo být zajímavé zkusit aplikovat tento přístup sama na sobě.

Doufám, že popis z mé vlastní představy o tom, jak by se dal přístup využít, bude přínosný, i když třeba jen z malé části. Myslím si, že v tomto oboru se vždy cení nový pohled na určité věci, a i když za sebou ještě nemám tolik praxe, myslím si, že i tak můžu něco do tohoto tématu vnést. Něco svého a nevšedního.

4.4.1 Afektivní poruchy

V této kapitole bych se ráda zaměřila především na to, když se lidé nacházejí ve fázi depresivní a procházejí si tímto stádiem. Rozhodně se tento přístup dá využít i u manických fází, jelikož jde vždy především o člověka, se kterým pracujeme a taky o nás jako o pracovníka, zda nám oběma přístup vyhovuje. I tak si ale v tuto chvíli nedovedu představit

před sebou člověka s mánií a mě, jak využívám tento přístup. Proto se zaměřím pouze na deprese.

Ráda bych sem přidala definici deprese, aby se zde doplnily všechny potřebné informace. Deprese je tedy: „*Duš. Stav charakt. pocity smutku, skleslosti, vnitřního napětí, nerozhodnosti. Spolu s útlumem a zpomalením duš. i těl. procesů, ztrátou zájmů a pokleslým sebevědomím, úzkostí, apatií, sebeobviňováním a útlumem...*“ (Hartl, Hartlová, 2015, s. 105).

Deprese jako taková nás často ochromuje. Nedokážeme dělat vůbec nic, nevidíme naprosto v ničem smysl. Dokážeme jen ležet a v lepším případě dělat jen ty nejnnutnější věci, na které se zmůžeme. Je těžké hledat motivaci pro život a lidé ji častou ani nenaleznou. Při procházení své práce a také literatury jsem narazila na publikaci od pana Zatloukala, Věžníka a Žákovského, kteří se podrobněji rozepisují o práci s výjimkami v tomto přístupu. Když jsem si onen článek procházela a vzpomněla jsem si ještě na další literaturu, hned mě napadlo využití v těchto případech. Z mého okolí, z praxe a z literatury je patrné že lidé trpící depresí žijí v jakoby oblaku smutku. Nevidí nic jiného než to, jak se všechno bortí a nic se nezlepšuje, ani nic nemíří k lepšímu. Vše je jen ponuré, temné a smutné. A i když si prochází těžkými depresemi, věřím, že vždy můžeme v našich životech narazit na výjimku. Lidé si ji sami ani nemusí uvědomovat, ale od toho jsou tu terapeuti, sociální pracovníci a další, kteří jim mohou pomoci tuto výjimku objevit. Práce s touto technikou mi přijde užitečná, jelikož můžeme člověku pomoci vytrhnout se z jeho oblaku smutku a ukázat mu paprsky světla, které prosvítají skrz tento oblak. Ten paprsek nejsme my, ani ho nevyvoláváme my. Děje se kolem klienta, a to buď pravidelně, nebo nárazově. My pouze pomáháme klientovi, aby si ho v danou chvíli všiml a využil ho ve svůj prospěch, co nejlépe se dá.

Pan Zatloukal, Žákovský a Věžník práce s výjimkou rozdělili do pěti možností, jak s ní pracovat. Konkrétně se tedy jedná o: výjimky z problému, předzvěsti preferované budoucnosti, změny v sezení, mimoprobémové situace, předproblémové situace (Věžník a kol., 2019, s. 155). Každá z těchto pěti výjimek zachycuje něco jiného, ale přesto se mohou v určitých směrech propojovat. Můžeme například pracovat s mimoprobémovou situací a díky ní přijdeme na preferovanou budoucnost, kterou si člověk vysnil. Někdy je i snadnější dostat se k preferované budoucnosti přes jiné otázky na výjimky. Lidé často nedokážou popsat, jak přesně by si svou budoucnost představovali a toto jim může pomoci v jejich hledání. Popis preferované budoucnosti může být dost obecný. Pomocí ostatních otázek na výjimky se můžeme dostat k bližšímu popisu, a tím i vědět, na co zaměřit.

Výjimky z pravidla a zázračná otázka by mohly být dobrý začátek při intervenci s klientem, kdy vlastně společně hledáme, na co se zaměříme a co vlastně bude chtít náš klient změnit. Dále můžeme pokračovat škálou, jak se klient cítí a kam by se v rámci naší spolupráce chtěl dostat a co by to pro něj i pro nás znamenalo. Četla jsem i článek od Zatloukala v časopise Psychologie z roku 2009, který se nazývá „Žije ve strachu – práce s psychiatrickým pacientem“. Zde pan Zatloukal využívá techniku experimentů a externalizace při pomoci klientovi v jeho situaci. Velice mě zaujala technika experimentů, kdy si má člověk představit, že jeden den v týdnu se stal zázrak a jeho onemocnění, nebo problémy zmizely, a má podle toho žít. Postupně poté počet dní zvedali. Moc se mi tahle technika a její využití líbilo. Je to o tom umět si představit, co by zázrak v klientově životě znamenal a řídit se podle toho. Myslím, že u klientů s depresivními stavy by tato technika mohla fungovat dobře, i když vždy musíme myslet na to, v jakém je klient rozpoložení a zda by danou věc zvládl. I kdybychom techniku zkusili a klient ji nezvládl naplnit dle našich očekávání, je důležité klienta povzbudit a zkusit se vydat jiným směrem, který by byl v danou chvíli pro klienta spíše splnitelnější (Zatloukal, 2009, s. 46-66).

Na klienta trpícího depresí jsem si vzpomněla i při spojení „tanec kolem problému“, který zmínil Zatloukal ve svém článku. Více se o této věci rozepisuje v knize Koučování zaměřené na řešení: 50 klíčů pro společné otevírání nových možností společně s Vítkem. V pojetí tance se Zatloukal s Vítkem inspirovali od Billa O’Hanlona a Michele Weiner-Davis. Tito dva autoři popsali, že pokud je možné dojednat problém s klientem, je také možné dojednat takové řešení, které jsou možné, a dokonce i snadné k řešení. Tento postup přirovnali právě k tanci mezi pracovníkem a klientem, kde se neustále udává výměna stran, a tudíž je už po nějakém čase těžké určit, kdo kdy vede. Zprvu začíná vést pracovník, ale po nějaké době se klient na pracovníka naladí a začne přispívat důležitou částí do společného tance (O’Hanlon, Wiener-Davis In Zatloukal, Vítek, 2016, s. 43). Vítek se Zatloukalem využili této metafory a sami ji popsali jako vedení rozhovoru, které jde kolem problému, ale klienta v něm neutvrzuje a ani ho nerozvíjí. Naopak se tímto „tancem“ snaží najít nové možnosti řešení problému a rozvíjet je. Tanec samotný přirovnávají k tomu, že pracovník sice vede, ale klient je ten, který slyší hudbu, a proto se na něj musí pracovník naladit, aby tanec byl ladný a příjemný pro obě strany (Zatloukal, Vítek 2016, s. 44).

U lidí trpící depresí si často můžeme myslet, že víme, kde je přesně problém klienta a jak bychom ho měli řešit. Přitom ale zapomínáme na to, že my jako pracovníci jsme ti hluší k hudbě a ten kdo ji slyší, je klient a my se musíme naladit na něj. Také je důležité člověka

s depresí ještě více v jeho problému neutápět. Ano, trpí těžkým onemocněním, ale naším úkolem je společně se zaměřit na to pozitivní, na řešení, které má klient na dosah ruky. Na problém jeho depresivních stavů nezapomínáme, ale ani ho v něm nechceme utvrzovat a utápět. Proto jsem si vzpomněla i v tomto případě na metaforu tance. Problém vidíme a víme, že se zde nachází. Nedáváme mu ale větší moc, než je potřeba a společně se zaměřujeme na to, co klientovi může pomoci se z těžké situace dostat a dáváme tomu větší váhu.

4.4.2 Závislost

Další problematika, na kterou jsem se chtěla zaměřit, je závislé chování. I v tomto případě se dá přístup zaměřený na řešení využít v širokém rozsahu. Prvně bych sem ráda zařadila definici syndromu závislosti. Sice jsem se již k této problematice rozepsala na začátku své práce, ale ráda bych, aby to bylo přehledné i zde.

Definice syndromu závislosti dle Mezinárodní klasifikace nemocí zní: *„Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž má užívání nějaké látky, nebo třídy látek u daného jedince mnohem větší přednost před jiným jednáním, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák...“* (Nešpor, 2018, s. 18).

Závislost se nevztahuje pouze na užívání látek, ale můžeme u spousty lidí pozorovat i závislost na určitém chování. Příklad může být závislost na hazardních hrách, na nákupu, nebo na práci. U všech těchto kategorií je společný ukazatel touha po děláním určité aktivity, nebo užívání určité látky, nebo chování. Se závislostí se v dnešní době setkává nebo potýká mnoho lidí. Jen v mém okolí je hned několik lidí závislých na tabáku, nebo na kofeinu. Není to nic, co by se lidem vyhýbalo. Může se nám i stát, že si vypěstujeme závislost na něčem naprosto atypickém, a tak nám nemusí ani dojít, že se o závislost jedná. Závislost na něčem, co může společnost a my považovat za správné. Zde bych zmínila právě například závislost na práci. Tato závislost se může spoustě lidí zdát jako správná a nevidí důvod s ní pracovat. Opak je ale pravdou. Toto vše je z mé osobní zkušenosti nebo myšlenky utvořené při zkoumání této problematiky.

I v těchto případech se můžeme obrátit na přístup zaměřený a řešení jako na efektivní způsob práce s lidmi, kteří trpí závislostí. Pro klienta může být práce v tomto přístupu znamenat nový pohled na řešení jeho stávající situace. Přístup zaměřený na řešení se totiž nebude zaměřovat

na snahu problém odstranit, ale bude se snažit, aby rostlo a vyvíjelo se to, co je pro klienta užitečné a životadárné (Žákovský, Zatloukal 2021, s. 113).

Pokud se bude chtít klient závislosti zbavit, často bude používat fráze typu „*Už to nebudu nikdy dělat...*“ a další. Pracovník, který využívá přístupu zaměřeného na řešení se v této chvíli zaměří na to, co by dotyčný klient chtěl dělat místo toho. Čím by chtěl klient své dosavadní chování nahradit a jak by se chtěl chovat místo toho (Žákovský, Zatloukal 2021, s. 113-114). V tomto případě bych řekla, že se může snadno stát, že člověk nahradí jedno závislé chování za jiné. Přestane třeba brát tvrdé drogy a začne místo toho pít alkohol. Společně tak můžeme i najít preferovanou budoucnost, do které by se chtěl klient dostat. Zjistíme, co by se mohlo dít v jeho životě jinak, kdyby nahradil závislost za něco neškodlivého pro něj a pro jeho okolí a společně to můžeme dál rozvíjet.

Závislostní chování můžeme vidět a vnímat jako určitý vzorec chování. Spousta jednání a jednotlivých prvků vedou k finálnímu výsledku. I spousta situací, včetně u závislosti, ale vidíme pouze proces a výsledek procesu. Na jednotlivé kroky zapomínáme, nebo je tolik nevnímáme. Jednotlivé kroky ale mohou být možnosti, kdy se můžeme zastavit a rozhodnout se, co budeme dělat dál, jak budeme pokračovat. Proto je dobré se na vzorce chování zaměřit a neopomíjet je. Často v těchto vzorcích můžeme najít klíč k řešení, které hledáme (Žákovský, Zatloukal, 2021, s. 120-121). Společně s klientem se snažíme do vzorce dostat a najít ten okamžik, kdy se klient může zastavit a jít cestou jinou. I v tomto případě se můžeme zaměřit na techniku výjimek a zkusit ve vzorci i najít situaci, kdy se ono vybočení neboli výjimka již udály. Třeba člověk již svůj vzorec dříve narušil a my můžeme zjistit, kdy k tomu došlo a za jakých okolností. Můžeme narazit na výjimku a tu pak pevně uchopit a pracovat s ní dál. Můžeme tak dodat i klientovi sebevědomí, že se jeho situace může vyřešit a že řešení má ve svých rukách.

Kromě průběhu při začátku léčení, bych se zde zaměřila i na situaci, se kterou se setká každý člověk, který se ze závislosti léčí. Touto situací myslím relaps. Relaps je: „*Recidiva, zvrát, návrat choroby k předchozímu stavu, opětovné vzplanutí předtím potlačené choroby*“ (Hartl, Hartlová, 2015, s. 504). Dle odborníků se s relapsem setkáme alespoň jednou nebo dvakrát za dobu léčby klienta. Tyto relapsy by mělo být podle všeho v normě. Pokud pracujeme s lidmi trpícími závislostí, je důležité se naučit s relapsy pracovat. Pro člověka se závislostí relaps může znamenat stud, ztrátu ochoty se léčit, nebo snížení sebevědomí a pocit méněcennosti. Proto je důležité klientům připomenout, že relaps neznamená konec a že musí začít

od úplného začátku, ale že je to pouze uklouznutí na jejich cestě a že i z tohoto uklouznutí si mohou vzít ponaučení do dalšího léčení (Berg, 2013, s. 162).

V relapsu můžeme využít otázky na zvládnání. Můžeme klienta podpořit v jeho ochotě a snaze se léčit, že mu připomeneme, jak situaci zvládl a že to můžeme dokázat znovu. Kromě připomenutí starých zdrojů a technik může také relaps vést k objevení nových možností, jak závislost zvládat, a k novým strategiím. Často si při relapsu může klient připomenout, do čeho už se dostat znovu nechce a o co by všechno přišel, kdyby závislosti opět podlehl. Můžeme využít i škálu jako další techniku. Když klient začne služby využívat, může se nacházet na velmi nízkém bodě ve své škále života. Postupně se začne zlepšovat a na své škále tak poroste. S relapsem spadne, ale nemusí to být pád až na úplný začátek. Pracovník může s klientem probrat jeho relaps a v jaké situaci se právě teď nachází. Situace nemusí být vůbec tak hrozná jako na samém začátku, kdy klient poprvé k pracovníkovi přišel. I toto je důležité zdůraznit a poukázat na tuto skutečnost.

Při každé léčbě člověk zažívá dobré i špatné dny. Ve spolupráci pracovníka a klienta je důležité umět se špatnými dny pracovat. Nenechat klienta se v nich utopit, ale naopak mu pomoci najít sílu buď s nimi bojovat, nebo je překonat bez pomoci závislosti. Člověk jistě závislostí netrpěl celý svůj život, nebo už abstinovat někdy v životě zkusil. Byly jistě dny, kdy nepil, nebo nebral drogy, nebo nepropadl své závislosti. Můžeme se tedy v tomto případě zaměřit na jeho mimoprobémové situace, kdy se závislost v jeho životě nevyskytla. Lidé se závislostí vidí často svou situaci jako bezvýhodnou. Jako situaci, ze které už se nikdy nedostanou. Když ale společně s pracovníkem přijde na své mimoprobémové situace, můžou společně najít preferovanou budoucnost, do které by se klient rád dostal a také to člověku ukáže možnost zlepšení jeho situace.

Myslím, že přístup zaměřený na řešení má u lidí se závislostí velký potenciál. Problém u těchto lidí často známe, i když u každého může způsobovat jiné potíže, nebo dělat obtížnou jinou životní situaci, problém je ale často ukryt v závislosti. My se ale na problém zaměřovat nepotřebujeme, pro prospěch klienta a naší spolupráce bude najít společně řešení a rozvíjet ho do takové podoby, aby klient zvládal svou situaci sám, bez pomoci závislosti, nebo pomoci naší.

ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo zmapovat, na základě kompilace literatury, jaké jsou možnosti využití terapeutického přístupu zaměřeného na řešení v sociální práci, a to konkrétně u lidí s duševním onemocněním. Podle tohoto cíle jsem zvolila témata, kterým jsem se ve své práci věnovala a která mi měla pomoc mého cíle dosáhnout. Zvláště jsem se zaměřila na sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, na přístup zaměřený na řešení a na metody, které se v práci s lidmi s duševním onemocněním nejčastěji využívají.

Každé z těchto témat jsem blíže představila ve své práci a sama prošla literaturu, která se těmito tématy zabývá. Při prozkoumávání literatury jsem si představovala, jak by se dal tento přístup využít při práci s touto skupinou lidí. Podle toho, co jsem zjistila a jak jsem si práci představila je hlavní, aby tento přístup sedl konkrétnímu pracovníkovi a klientovi. Myslím, že jsou určité skupiny lidí s určitým onemocněním jako například lidi trpící depresí, u kterých se dá tento přístup krásně využít a bude to i u většího množství klientů než například u lidí trpící demencí.

Rozhodně jsou onemocnění, u kterých spíše sáhneme po technikách a po stylu myšlení tohoto přístupu a bude nám to hodně k užítku. Tyto skupiny jsem blíže přiblížila ve své poslední kapitole, kde jsem popsala, jak si myslím, že by se tento přístup dal využít u lidí trpících afektivní poruchou a u lidí se závislostí. Techniky, které jsem našla se dle mého názoru dají u těchto skupin použít velice efektivně.

Kromě toho, že musím techniky a metoda sednout klientovi musí sednout i samotnému pracovníkovi. Tato metoda může být sebelepší, ale pokud ji nebude pracovník věřit a vědět, jak ji použít klientovi nepomůže. Mě osobně hodně zaujalo na této metodě její zaměření. S klientem se nepotápíme hlouběji, do jeho problému, ale hledáme řešení, které by dokázalo jeho situaci zlepšit, a i jeho myšlení zaměřit pozitivním směrem ke zlepšení jeho situace.

Práce na mé bakalářské práci mi rozhodně rozšířila obzory, co vše je možné využít při práci s klientem a k jakým metodám se přitom může naklonit a opřít se o ně. Rozhodně si dokážu ve své budoucí praxi představit, jak využívám přístup zaměřený na řešení a pracuji s ním. Jeho myšlenka, principy a techniky se mi staly při psaní velice blízké.

Podle svých poznatků a myšlenek, které jsem při vypracování své bakalářské práce nasbírala, bych tedy ohodnotila svůj cíl práce, který zní jako zmapování, na základě kompilace literatury, jaké jsou možnosti využití terapeutického přístupu zaměřeného na řešení v sociální práci, a to konkrétně u lidí s duševním onemocněním, jako za splněný.

SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ

ARNOLDOVÁ, Anna. 2015. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. díl. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5147-4.

CADE, Brian. The Solution-Oriented Approach. [cit. 2023-13-04]. Dostupné z: <http://www.solutions-centre.org/pdf/Cade%20-%20The%20Solution-oriented%20Approach.pdf>

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Platforma CARE. CMHCD.cz [online]. ©2021 [cit. 2023-13-04]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/vzdelavaci-institut/platforma-care/>

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Média. CMHCD.cz [online]. ©2021 [cit. 2023-13-04]. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/POSTER-950x1350-CARe_web.pdf

BERG, Insoo Kim. 2013. *Posílení rodiny: základy krátké terapie zaměřené na řešení*. Přeložil Ivan ÚLEHLA. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0500-5.

DE SHAZER, Steve a Yvonne M. DOLAN. 2014. *Zázračná otázka: krátká terapie zaměřená na řešení*. Vyd. 2. Přeložil Ondřej FAJEJTA. Praha: Portál. Spektrum, 73. ISBN 978-80-262-0680-4.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing. Psyché. ISBN 978-80-247-1620-6.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. 2015. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0.

HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. 2020. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup: praktická příručka modelu CARE*. Přeložil Eliška BOKOVÁ. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. ISBN 978-80-908458-5-5.

IVESON, Chris. 2018. Solution-focused brief therapy In: Cambridge University Press [online]. 2. Ledna 2018 [cit. 2023-13-04]. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/solutionfocused-brief-therapy/B8198B18DDEE77F9D39A09FDBCC0CE15>

KONDRÁTOVÁ, Lucie a Petr WINKLER. 2017. Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním-zahraniční a česká zkušenost: Narativní syntéza. *Čes a slov*

Psychiatr. [online] 113(3) [cit. 2023-13-04]. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1150>

KUČEROVÁ, Helena. 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-4733-0

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 9788024721385.

MATOUŠEK, Oldřich. 2008. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.

MÁTEL, Andrej. 2019. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2220-2.

MILLER, Scott D. a Insoo Kim BERG. 2014. *Zázračná metoda: radikálně nový přístup k problémovému pití alkoholu*. Přeložil Petr BÍLEK, přeložil Pavla LE ROCH. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0593-7.

MURRAY, Heather. 2023. What is Solution Focused Brief Therapy (SFBT)? In: *SimplyPsychology* [online]. 3. Dubna 2023 [cit. 2023-13-04]. Dostupné z: <https://www.simplypsychology.org/solution-focused-therapy.html>

NEŠPOR, Karel. 2018. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1357-4.

RAGINSE, Mark. 2018. *Cesta k zotavení*. Praha: Fokus Praha, z. ú. ISBN: 978-80-902741-2-9.

RIDGWAY, P. a kol. 2014. *Cesty k zotavení*. University of Kansas School of Social Welfare. ISBN: 978-1-5031-7191-6.

SWANSON, J. Sarah a Deborah R. BECKER. 2013. *Praktický průvodce Metoda IPS (Individual Placement and Support)*. Přeložil Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z.s. Dartmouth: Psychiatric Research Center.

SLADE, Mike. 2013. *100 způsobů, jak podporovat zotavení*. Londýn: Rethink.

ÚLEHLA, Ivan. 2005. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., V Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). Učebnice pro obor sociální práce, sv. 11. ISBN 80-86429-36-9.

ZATLOUKAL, Leoš. 2009. Žije ve strachu – Využití přístupu zaměřeného na řešení při práci s psychiatrickým pacientem. *E-psychologie*. [online] 3(3) [cit. 2023-13-04]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/pdf/zatloukal.pdf>

ZATLOUKAL, Leoš. Přístup zaměřený na řešení – stručný úvod In: Dalet [online]. [cit. 2023-13-04]. Dostupné z: <http://dalet.cz/Clanky/SFBT-uvod.pdf>

ZATLOUKAL, Leoš. 2011. Jak odehnat slony: terapie zaměřená na řešení. *Psychologie dnes*. [online] 17(5) [cit. 2023-13-04]. Dostupné z: <http://dalet.cz/Clanky/SFT-psychologiednes.pdf>

ZATLOUKAL, Leoš a Pavel VÍTEK. 2016. *Koučování zaměřené na řešení: 50 klíčů pro společné otevírání nových možností*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1011-5.

ZATLOUKAL, L., P. VÍTEK, M. VĚŽNÍK a D. ŽÁKOVSKÝ. 2019. *Spoluvytváření změn: různé podoby přístupu zaměřeného na řešení v teorii, v praxi a ve výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5696-6.

ZATLOUKAL, L., M. VĚŽNÍK a D. ŽÁKOVSKÝ. 2019. Možnosti práce s „výjimkami“ v terapii zaměřené na řešení. *Psychoterapie*. [online] 13(2) [cit. 2023-13-04]. ISSN 1802-3983. Dostupné z: <http://dalet.cz/Clanky/Vyjimky.pdf>

ZATLOUKAL, Leoš a Daniel ŽÁKOVSKÝ. 2019. *Zázrak tří květin: terapie zaměřená na řešení s dětmi a dospívajícími*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1484-7.

Zákon č. 108 ze dne 31. března 2006 o sociálních službách. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ŽÁKOVSKÝ, Daniel a Leoš ZATLOUKAL. 2021. *Meditace zaměřená na řešení: trénink mysli a srdce pro náročné situace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1838-8.

SEZNAM PŘÍLOH

Obrázek 1 Spirála prohlubování problémů (vlevo) Spirála rozvíjení řešení (vpravo)40

Tabulka 1 Principy SFBT36