

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Rozhovor jako způsob porozumění a poskytování podpory  
v sociální práci s klienty s vybranými duševními onemocněními**

Kamila Kořenková

**Diplomová práce**

Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou  
psychoterapii

vedoucí práce: doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

**Praha 2024**

# **Prague College of Psychosocial Studies**



## **Interview as a method of understanding and providing support in social work with clients with selected mental illnesses**

Kamila Kořenková

**Diploma Thesis**

The Diploma Thesis Work Supervisor: doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

**Praha 2024**

**Prohlášení:**

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne .....

Podpis .....

**Poděkování:**

Chtěla bych poděkovat vedoucímu mé diplomové práce doc. PhDr. Davidu Urbanovi, Ph.D. za cenné rady a vedení mé diplomové práce.

Dále děkuji všem respondentům, kteří se účastnili výzkumné části diplomové práce, za jejich ochotu, upřímnost a čas.

## **Anotace:**

Tato diplomová práce se zabývá rozhovorem – nástrojem sociální práce, jako způsobu porozumění a poskytování podpory v sociální práci s klienty s vybranými duševními onemocněními.

Cílem této diplomové práce je popsat zkušenosti a potřeby osob s duševním onemocněním a zkušenosti pracovníků v pomáhajících profesích ve vztahu k rozhovorům. Výchozím bodem správného vedení rozhovoru, je osobnost pracovníka, zajištění bezpečí a důvěry a navázání vztahu. Sociální pracovník by měl být vybaven znalostmi a kompetencemi v oblasti projevů duševních potíží a jejich mírnění. Autorka diplomové práce vychází z teoretických východisek dané problematiky a na základě kvalitativního výzkumu poukazuje na vhodné vedení rozhovoru.

**Klíčová slova:** Rozhovor, sociální práce, klient s duševním onemocněním.

**Abstract:**

This diploma thesis deals with the interview as a way of understanding and providing support in social work with clients with selected mental illnesses.

The aim of this thesis is to describe the experiences and needs of people with mental illness and the experiences of workers in helping professions in relation to interviews. The starting point for conducting the interview correctly is the personality of the worker, ensuring safety and trust and establishing a relationship. The social worker should be equipped with knowledge and competences in the field of manifestations of mental problems and their mitigation. The author of the diploma thesis is based on the theoretical starting points of the given issue and, based on qualitative research, points out the appropriate conduct of the interview.

**Key words:** Interview, social work, client with mental illness.

## Obsah

<b>1</b>	<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>SOCIÁLNÍ PRÁCE S KLIENTY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....</b>	<b>11</b>
2.1	Sociální práce a její role v poskytování podpory klientům s duševním onemocněním	12
2.1.1	Přístupy v poskytování sociální práce klientům s duševním onemocněním .....	13
2.1.2	Vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem .....	16
2.2	Etické aspekty sociální práce .....	19
2.3	Duální diagnóza jako duševní onemocnění .....	20
<b>3</b>	<b>OSOBNOST SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA.....</b>	<b>23</b>
3.1	Syndrom vyhoření .....	24
3.2	Výcvik a supervize pracovníků .....	25
<b>4</b>	<b>KOMUNIKACE A JEJÍ ROLE V POROZUMĚNÍ A POSKYTOVÁNÍ PODPORY.....</b>	<b>26</b>
4.1	Komunikace .....	26
4.2	Způsoby komunikace .....	27
4.3	Komunikace s klienty s duševním onemocněním .....	28
<b>5</b>	<b>VÝZNAM ROZHovorŮ JAKO ZPŮSOB POROZUMĚNÍ V RÁMCI SOCIÁLNÍ PRÁCE.....</b>	<b>31</b>
5.1	Rozhovor v sociální práci .....	31
5.2	Dělení rozhovorů .....	32
5.3	Rozhovor s klientem s duševním onemocněním .....	33
5.3.1	Styl rozhovoru .....	34
5.3.2	Fáze rozhovoru .....	34
<b>6</b>	<b>TECHNIKY A PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY VHODNÉ PRO ROZHovORY S KLIENTY S DUŠEVNÍMI ONEMOCNĚNÍMI.....</b>	<b>43</b>
6.1	Techniky aktivního naslouchání .....	43

6.2	Psychoterapeutické přístupy využívané při rozhovorech s klienty s duševním onemocněním.....	45
6.2.1	Empatické rozhovory.....	46
6.2.2	Otevřený dialog.....	46
6.2.3	Motivační rozhovory.....	46
6.2.4	Rogersův přístup zaměřený na člověka.....	47
<b>7</b>	<b>METODOLOGIE.....</b>	<b>49</b>
7.1	Cíle a výzkumné otázky.....	49
7.2	Metodika.....	49
<b>8</b>	<b>SBĚR A ANALÝZA DAT.....</b>	<b>52</b>
<b>9</b>	<b>VÝSLEDKY ANALÝZY.....</b>	<b>53</b>
9.1	Výsledky analýzy skupiny respondentů osob s duševním onemocněním.....	53
9.1.1	Tematický okruh 1: Zkušenosti osob s duševním onemocněním ve vztahu k rozhovorům.....	53
9.1.2	Tematický okruh 2: Potřeby osob s duševním onemocněním při rozhovoru.....	70
9.2	Výsledky analýzy skupiny respondentů odborníků z pomáhajících profesí.....	80
9.2.1	Tematický okruh 1: Zkušenosti pracovníků v pomáhajících profesích ve vztahu k rozhovorům.....	81
<b>10</b>	<b>ZÁVĚREČNÉ SHRNUÍ A DISKUZE.....</b>	<b>114</b>
<b>11</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>120</b>
<b>12</b>	<b>POUŽITÉ ZDROJE.....</b>	<b>123</b>
<b>13</b>	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>130</b>



# 1 Úvod

Tématem diplomové práce je rozhovor – nástroj sociální práce, jako způsob porozumění a poskytování podpory v sociální práci s klienty s vybranými duševními onemocněními. Cílem této diplomové práce je popsat zkušenosti a potřeby osob s duševním onemocněním a zkušenosti pracovníků v pomáhajících profesích ve vztahu k rozhovorům. Důvodem výběru uvedeného tématu je skutečnost, že pracuji jako sociální pracovník a že mě zajímá oblast poskytování podpory osobám s duševním onemocněním. Rozhovor považuji za důležitý nástroj sociální práce, díky kterému můžeme jako sociální pracovníci lépe porozumět druhým a poskytnout tak podporu, která je z mého pohledu, zjednodušeně řečeno, podstatou sociální práce.

V oblasti vedení rozhovoru v sociální práci s osobami s duševními onemocněními však vnímám mnoho úskalí a taktéž vnímám, že tomuto tématu není věnováno dostatek pozornosti. V České republice se tomuto tématu nevěnuje specificky mnoho publikací a z důvodu, že klienti, ke kterým sociální práce směřuje, mají několik druhů potíží, se může sociální pracovník v problematice vedení rozhovoru rychle ztratit nebo nenávratně přerušit již navázanou důvěru, kterou si s klientem vybudoval. Z toho důvodu považuji za důležité, aby se sociální pracovníci více věnovali problematice vedení rozhovoru.

V první části diplomové práce se věnuji teoretickým východiskům dané problematiky. Nejprve se věnuji problematice sociální práce s klienty s duševním onemocněním a různým přístupům v této oblasti. Dále popisují význam vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem, etické aspekty sociální práce a pojem duální diagnóza, který je vybraným duševním onemocněním diplomové práce. V další kapitole se zaměřuji na osobnost sociálního pracovníka, která ve vztahu k tématu diplomové práce zastupuje významnou roli. V další kapitole se zaměřuji na roli komunikace v porozumění a poskytování podpory, kdy se snažím popsat specifika komunikace s osobami s duševním onemocněním. Následuje stěžejní kapitola věnovaná významu rozhovoru jako způsobu porozumění, kde popisují jednotlivé fáze rozhovoru, jeho úskalí a příležitosti, které lze využít pro zlepšení důvěry. Navazuje poslední kapitola teoretické části, která doplňuje kapitolu o vedení rozhovoru. V této kapitole uvádím techniky aktivního naslouchání, které jsou nedílnou součástí schopností a dovedností vedení rozhovoru a dále některé psychoterapeutické přístupy, jejichž prvky lze využít v rozhovoru v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním.

Výzkumná část diplomové práce se zaměřuje na zjištění zkušeností a potřeb osob s duševním onemocněním ve vztahu k rozhovoru a zkušeností pracovníků pomáhajících profesí ve vztahu k rozhovoru. Nejprve je popsána metodologie kvalitativního výzkumu a následuje analýza získaných dat, která je rozdělena na dvě části – analýza výsledků osob s duševním onemocněním a analýza výsledků pracovníků pomáhajících profesí. Následně byly obě části výzkumu shrnuty a porovnány v diskuzi a závěru.

## 2 Sociální práce s klienty s duševním onemocněním

V této kapitole se zabývám vymezením sociální práce, a jaká je její role v poskytování podpory klientům s duševním onemocněním, neboť tato diplomová práce se zabývá rozhovorem – nástrojem sociální práce, jakožto způsobu porozumění a poskytnutí podpory. V tomto ohledu považuji za důležité nejprve vymezit sociální práci a její roli v poskytování podpory. V rámci vymezení role sociální práce v podpoře klientům, se v práci detailněji zaměřuji na několik přístupů v sociální práci s klienty s duševním onemocněním. Čeští autoři zabývající se sociální prací, popisují práci s různými cílovými skupinami, avšak publikací zaměřujících se konkrétně na sociální práci s osobami s duševním onemocněním není mnoho. Z toho důvodu jsem čerpala taktéž z odborných knih zahraničních autorů, zaměřujících se na konkrétní přístupy v oblasti podpory osob s duševním onemocněním, či na publikace zaměřující se na duševní onemocnění a ty jsem poté uvedla v souvislosti se sociální prací. Role sociální práce s klienty s duševním onemocněním spočívá v uvedených přístupech. Dále se v kapitole zaměřuji na vztah pracovníka a klienta s duševním onemocněním. Právě vztah je klíčovým faktorem a výchozím bodem spolupráce, kdy odkazuji na autory, kteří uvádějí důležité aspekty budování vztahu. V kapitole se zabývám také etickými aspekty poskytování sociální práce, neboť při spolupráci s osobami s duševním onemocněním jsou klíčové pro posílení kvality sociální práce a zajištění důstojnosti a respektu ve vztahu ke klientovi. V závěru kapitoly je popsána duální diagnóza a její vliv na život jedince, neboť rozhovory ve výzkumné části práce byly provedeny s respondenty právě s touto diagnózou.

### Sociální práce

Podle Matouška (2003) je sociální práce „*společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (...)*“ (s. 213). Matoušek (2007) dále uvádí, že sociální práce je činnost sociálních pracovníků a v tomto kontextu Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFSW) uvádí definici, že *sociální pracovníci pracují v komunitách s lidmi, kteří nalézají pozitivní cesty vpřed v problémech, kterým ve svém životě čelí. Pomáhají lidem vytvářet taková prostředí, ve kterých chtějí žít, prostřednictvím spolurozhodování, koprodukce a společenské* (IFSW, n.d., překlad vlastní).

Sociální práce dle Úlehly (2007) spočívá na třech opěrných bodech – klientovy způsoby, normy společnosti a pracovníkova odbornost. Pracovník pak je prostředník mezi normami společnosti a klientovými způsoby – tedy jeho jednáním, myšlením, postoji, přáními, názory apod. Z uvedeného plyne, že sociální práce má ve společnosti nezaměnitelnou úlohu a postavení. Bandela a Mishra (2015) uvádějí, že společnost není statická, ale dynamická a měnící se a je úkolem sociálního pracovníka pomáhat lidem přizpůsobit se těmto změnám.

Sociální práce zahrnuje integraci znalostí a hodnot založených na profesi a dále souhrn dovedností z oblastí rozhovorů a komunikační dovednosti, společně s osobním já sociálního pracovníka (Bogo, 2006). Sociální pracovník by měl mít širokou škálu znalostí a osvojených technik, které využívá podle situace klienta, neboť ty jsou taktéž rozmanité a vyžadují individuální přístup (Bandela & Mishra, 2015).

Pojem *klient* v práci uvádím v kontextu příjemce podpory a pomoci v sociální práci. Pojem klient, jakožto příjemce pomoci nebo služeb sociální práce uvádí taktéž Holasová (2014). Přestože může být pojem klient kritizován, z pohledu sociálního pracovníka se mi jeví jako nejvhodnější pro účely teoretické části této práce. Podle Brynych, Franzové, Goldmanové a Strossové (n. d.) je vhodné nejprve označit osobu a poté obtížnou situaci nebo zkušenost a tím zdůraznit osobu jako individualitu. Z toho důvodu budu v rámci diplomové práce používat spojení *klient s duševním onemocněním*, případně *pojem osoba s duševním onemocněním*. V oblasti duševních potíží se stále používají pojmy, jako například „duševně nemocní“, které je stigmatizující a nevhodné (Brynych, L., Franzová, D., Goldmanová, H. & Strossová, I., n.d.).

## **2.1 Sociální práce a její role v poskytování podpory klientům s duševním onemocněním**

Sociální práce může být v oblasti duševního zdraví poskytována v mnoha oblastech a prostřednictvím různých druhů služeb. Sociální pracovník může poskytovat podporu klientům s duševní onemocněním v institucích, jako jsou nemocnice, v léčebných komunitách, v komunitních zařízeních, jako jsou krizová centra, sanatoria apod. Dále jsou to služby poskytované obcemi a neziskovými organizacemi (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2010). Poskytování podpory se bude mimo jiné odvíjet také od typu instituce, neboť to může korespondovat s aktuální fází duševního onemocnění, kdy jinak bude schopen spolupracovat klient, který je hospitalizován v psychiatrické nemocnici a jinak bude schopen spolupracovat

klient denního stacionáře. Ať už pracovník pracuje v kterékoliv z uvedených institucích či služeb, poskytování podpory spočívá na velmi podobných principech a má stejné zásady. Oblast sociální práce s klienty s duševním onemocněním směřuje od institucionální péče k péči komunitní. Muusse a van Rooijen (2019) popisují svobodu spojenou s komunitní péčí, jako klíčový a výchozí krok, které napomáhá obnovit sociální vztahy, které jsou často vlivem stigmatizace narušené.

V oblasti sociální práce dochází ke spolupráci rezortů zdravotnictví, sociálních věcí a školství a prolíná se státní i nestátní sektor. Někdy je sociální práce poskytována jako pomoc, někdy jako kontrola. Je to podstatný faktor, od kterého se odvíjí dynamika spolupráce s klientem (Mahrová & Venglářová, 2008). Taktéž Úlehla (2007) hovoří od dvou pohledech na sociální práci, a to sociální práce jako *kontrola a pomoc*. V případě kontroly se jedná o sledování jiného zájmu, než je klientova objednávka, kdy pracovník se řídí normami. V případě pomoci se toto uskutečňuje na základě tří kroků: klientova objednávka, pracovníkova nabídka a dojednávání. Pracovník poskytuje jedno nebo druhé. Mezi profesionální způsoby kontroly patří opatrování, dozor, přesvědčování, vyjasňování. Tato práce se zabývá rozhovorem jakožto nástroje poskytování poradenství. Poradenství patří mezi základní způsoby *pomoci*. Od způsobu, kterým je sociální práce poskytována, tedy zda je poskytována jako pomoc nebo kontrola, se odvíjí taktéž motivace klienta pro spolupráci. V případě sociální práce jako pomoci bývá klient obvykle více motivován pro spolupráci. V některém období spolupráce nebo někdy i po celou dobu spolupráce sociálního pracovníka a klienta se může motivace klienta jevit jako snižená a spolupráce se začne více jevit jako nedobrovolná. Sociální pracovník by si měl být vědom toho, jaký způsob sociální práce poskytuje a pracovat s motivací klienta (Úlehla, 2007).

### **2.1.1 Přístupy v poskytování sociální práce klientům s duševním onemocněním**

Podle Matouška (2010) sociální pracovník „*chápe, že se lidé s problémy v oblasti duševního zdraví liší nejen typem psychických problémů, jež zasahují do jejich života (diagnózou), ale i prostředím, zázemím, hodnotami a cíli, které měli a mají, charakteristikami osobnosti, vzděláním a dovednostmi, věkem a zkušenostmi, ale také typem profesionální pomoci a podpory, které se jim již dostalo (souhrnně řečeno individualitami)*“ (s. 135). Sociální práce s osobami s duševním onemocněním je náročná s ohledem na specifika duševního onemocnění, ale je náročná i z podstaty sociální práce, neboť sociální pracovník zastává několik funkcí a rolí, od emoční a psychické podpory klienta, přes poskytovatele poradenství po průvodce

komplexní péči, ale také jako osoba podporující klienta při zotavení (Černá, Klepáčová & Krejčí, 2022). Sociální práce s osobami s duševním onemocněním je specifická v mnoha ohledech. Z toho důvodu se v této oblasti poskytování sociální práce vyvinuly specifické přístupy.

### **Case Management přístup v sociální práci**

Přístupem využívaným v sociální práci s duševně nemocnými je *Case management*. *Case Manager* je zodpovědný za součinnost úzce specializovaných členů týmů. (Muusse & van Rooijen, 2019). Case Manager by měl dokázat s klientem identifikovat jeho potřeby. K tomu slouží především rozhovor, kterým se tato práce zabývá. Podle Musila (2004), napomáhání sociálního pracovníka spočívá v působení na bezprostřední situaci člověka a dále v tom, že pracovník se musí zaměřit na činnosti, resp. služby, které sociální pracovník nevykonává, ale zprostředkovává je a také protože se podílí na záměrech další odborníků, jako jsou lékaři apod. Case Manager tedy zprostředkovává klientovi další služby nebo je jeho práce součástí komplexu služeb (Musil, 2004). Nepustil (2018) uvádí, že case management není přístup, který se dá aplikovat jedním člověkem, ale je potřeba podpora zastřešující organizace a dalších služeb.

### **Metodika CARE**

Hollander a Wilken (2016) uvádějí *metodiku Care* (komplexní přístup k rehabilitaci), která se zaměřuje na kvalitu osob v oblasti duševního zdraví. Je to metodika, která slouží jako nástroj k podpoře, aby klienti dosáhli života, který si přejí, je založena na přítomnosti, zotavení a zplnomocňování. Důraz je kladen na budování rovnocenné vazby a v rámci principů v metodice Care jsou uvedeny principy, jako je základní bezpečí, aktivní podpora a osobní pouto. Základním přístupem, nejen v metodice Care, ale i obecně v sociální práci je tzv. *zplnomocňování* klienta neboli posílení, kdy klient je aktivně účastněn na procesu řešení jeho problému. Zplnomocňování spočívá v posilování silných stránek, orientaci na zdraví a životní pohodu, nikoliv na potíže (Hollander & Wilken, 2016).

### **Recovery přístup neboli zotavení**

Recovery neboli zotavení je přístup a pohled na duševní onemocnění, který se zaměřuje na zplnomocnění jedince, který trpí duševním onemocněním a který přebírá zodpovědnost za

svůj život. Jedná se o celoživotní proces. Davidson, Rowe, Tondora, O'Connell a Lawless (2017) popisují koncept zotavení jako přístup v oblasti duševního zdraví, a to především v oblasti závažných duševních poruch. Zotavení se zaměřuje na převzetí kontroly nad životem i přes potíže, které onemocnění přináší. Mezi základní principy přístupu uvádí „*holistický přístup, hledání a zachování naděje, právo na sebeurčení, individuální plánování, přebírání odpovědnosti a kontroly, budování smysluplného života, začlenění do komunity*“ (Davidson et al., 2017, s. 11). Ragins (2018) popisuje zotavení jako čtyři fáze – *naděje*, jako motivační prvek, která by měla mít podobu jasné vize. Dále *zplnomocnění*, kdy se klient zaměřuje na to, co pro sebe může udělat sám, věřit ve své schopnosti. Dále nést *odpovědnost sám za sebe*, nezůstávat v roli, kdy se o ně někdo stará. Poslední fáze se nazývá *smysluplná životní role* (Ragins, 2018). Pracovníci, kteří pracují s osobami s duševním onemocněním, by měli onemocnění klienta vnímat jako bio-psycho-sociální onemocnění, neboť se klienti potýkají s potížemi v běžném životě, které se týkají také vztahů, ale i schopnosti samostatně zcela fungovat. Z toho důvodu je potřebná komplexní podpora v oblasti zdravotně sociálních potřeb s podporou zvládnání každodenního života v podmínkách a prostředí, které si klient sám zvolil (Centrum péče pro rozvoj duševních nemocí, n. d.)

V souvislosti s recovery přístupem uvádím opačný, avšak nevhodný přístup. Jedná se o „značkování“ nebo „nálepkování“ osob s duševním onemocněním na základě postojů a předsudků. Vybíral (2005) uvádí, že při spolupráci s klientem s duševním onemocněním, by si měl být pracovník tohoto způsobu myšlení vědom a na základě toho pracovat s klientem bez takového způsobu myšlení. Příčinou škatulkování ze strany pracovníka může být jeho nejistota o daném problému, který se může snažit tímto způsobem předčasně pojmenovat (Vybíral, 2005). Elliott a Ragsdale (2020) v prováděné kvalitativní studii zjistili u tří čtvrtin dotazovaných pracovníků se zkušeností s duševním onemocněním, kteří poskytují podporu osobám s duševním onemocněním, nepřímé předsudky u kolegů profesionálů v oblasti duševního zdraví, což mělo za následek potřebu skrývání svých potíží před kolegy. Ocisková a Praško (2015) uvádějí, že postoje lidí mohou vést ke stigmatizaci, ale častým jevem u lidí s duševním onemocněním je i sebestigmatizace. Za účinné je považována psychoedukace o onemocnění, ať už formou individuálního nebo skupinového vzdělávání a podpora rodiny a společnosti. Thornicroft (2011) poukazuje na to, že některé osoby nevnímají duševní onemocnění jako část jejich života, ale jako podstatu své identity. Toto podporuje užívání

označení například „schizofrenik“, apod. Autor vysvětluje stigmatizaci a sebestigmatizaci jako naučené chování.

### 2.1.2 Vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem

Vymětal (2007) popisuje vztahy jako základní předpoklad pro vytvoření a udržení duševního zdraví jedince. Bezpečné a blízké vztahy jsou předpokladem emoční stability. Z toho důvodu je i vztah s pracovníkem a jeho kvalita určující pro další spolupráci. Na počátku spolupráce je potřeba budovat vztah. Ruch, Turney a Ward (2010) popisují využití vztahu v sociální práci na vztahově založeném modelu, který čerpá z psychoanalytických a psychosociálních teorií. Prostřednictvím teorie citové vazby a dalších teorií se autoři snaží porozumět rozmanitosti navazování vztahů se zaměřením na současné i minulé vztahy.

Navázání dobrého vztahu souvisí s bezpečím. Hollander a Wilken (2016) uvádějí, že pokud se uskutečňuje práce se zranitelnými osobami, kterými klienti s duševními onemocněními jsou, je nezbytné bezpečí, které každý vnímá individuálně. Podle Úlehly (2007) z počátku spolupráce slouží společné setkání a rozhovory k navázání kvalitního vztahu. Klient se potřebuje ujistit o tom, kdo pracovník je a dokud si v tomto směru klient nebude jistý, nebude zcela otevřený. Pracovník tak musí objasňovat svou pozici, poslání, zmiňovat pravidla apod. Hollander a Wilken (2016) uvádějí, že důležité je vědomí klienta, že situaci může ovlivnit a že nad ní má do určité míry kontrolu a dále jistota, kterou situace poskytuje. Základní bezpečí je ochrana před fyzickým a emočním nebezpečím, ale i jistota ohledně naplnění základních potřeb, jako je jídlo apod. Pracovník by měl zjišťovat, co je pro klienta důležité v otázce bezpečí. Pocit nedostatku bezpečí vede k jednání, které má za cíl bezpečí navodit. Při pocitu nebezpečí pak klient může používat *copingové strategie*, aby právě pocit jistoty navodil a pracovník si takové chování klienta může vysvětlovat jako odpor. Pocit bezpečí posílí pracovník tím, že zjišťuje, co klienta vedlo k danému chování, snaží se jej pochopit (Hollander a Wilken, 2016). Vymětal (2004) popisuje dvě důležité vlastnosti vztahu jako vzdálenost a bezpečí. Pocit bezpečí souvisí s pocitem základní důvěry, kterou dítě získává v rané fázi života a je dále ovlivňován životními zkušenostmi, kterými by měl být tento pocit důvěry upevňován a měl by být podporován druhou osobou. Na to navazuje téma konzistentnosti, kdy klient potřebuje, aby byla zachována po celou dobu konzistentní podoba vztahu. S tím souvisí například to, že pracovník by měl na počátku spolupráce stanovit jeho možnosti a oblasti podpory, aby klient neměl jiná očekávání od spolupráce. O vzdálenosti pak Vymětal (2004) hovoří, jako o psychické vzdálenosti a popisuje



problematiku potřeby splynutí klienta s druhými, kdy je na pracovníkovi, aby dokázal udržet bezpečnou vzdálenost s klientem, zvláště pak, když klienti mají často potíže ve vztazích. Na oblast blízkosti ve vztahu navazuje otázka pocitu oddělenosti, kterou by měla mít každá osoba ohraničenou, neboť hrozí potřeba těsné blízkosti a rozplynutí v druhém. (Vymětal, 2004).

Kadushin a Kadushin (2013) uvádějí, že pokud je navázán vztah pracovníka a klienta a je zajištěno bezpečí, buduje se důvěra. Při rozhovoru s klientem zná pracovník osobní a intimní informace o klientovi, a to pracovníkovi dává určitou moc nad klientem, kterou může pracovník zneužít k poškození a ublížení, ale i k pomoci a podpoře. Na začátku spolupráce je vhodné klientovi sdělit několik informací ohledně důvěrnosti a důvěry. Je vhodné informace o důvěře a bezpečí, v průběhu spolupráce, klientovi opakovat a podpořit tak rozvoj důvěry (Kadushin & Kadushin, 2013).

Mahrová a Venglářová (2008) hovoří o základních přístupech podporující vztah, jako je opravdovost, respekt, vřelost, otevřenost, blízkost, empatie a profesionální chování. Uvedené přístupy vychází z práce Carla Ransoma Rogerse, jehož teorie je popsána níže v této práci. Jeho přístup zaměřený na člověka, je psychologickým směrem, jehož principy jsou využívány v psychoterapii, ale jeho opěrné body a principy lze využít obecně v pomáhajících profesích a často je uplatňován taktéž v sociální práci. Hlavní zásady tohoto přístupu se prolínají množstvím literatury uváděné v této práci. Fontana (2017) popisuje jako dobré pracovníky v pomáhajících profesích, jako takové, kteří mají dobré vztahy s klienty, zároveň dokáží dát najevo respekt vůči klientovi, naslouchat, dokáží uklidnit, ale příliš nadměrně se emočně nezapojují, dokáží jednoznačně sdělit, jakou podporu mohou poskytnout, přijmou i negativní zpětnou vazbu, nezneužívají své postavení. Timuľák (2014) popisuje postoje, které by měly zabezpečit dobrý vztah mezi klientem a psychoterapeutem a které je možné využít i z pohledu sociálního pracovníka. Je to opravdovost, otevřenost, empatie, snaha být nápomocen, být otevřen změně, být eticky zaangažován ve vztahu s klientem, dostatečná míra sebereflexe, postoj pokory vůči vlastním omezením vůči pohledu klienta na jejich vzájemnou interakci, snaha o soustředění reflektování.

Vymětal (2004) uvádí, že vztah mezi pracovníkem a klientem slouží jako informace o světě klientových vztahů. Klient se často ve vztahu k pracovníkovi projevuje tak, jak se projevuje i v ostatních vztazích, což může být důležitá informace pro pracovníka. Zároveň tím

však tento princip klade vysoké nároky na pracovníka, ve smyslu uvědomění si tohoto principu a práce s těmito projevy klienta, které si pracovník může osvojit v rámci výcviku.

Po navázání důvěrného vztahu, se může klient začít svěřovat s těžkými emocionálními potížemi a traumaty, které mohou být důvodem vzniku duševního onemocnění. Baker (2021) uvádí, že lidé, kteří slyší hlasy a mají diagnostikované závažné psychotické onemocnění, se často v minulosti setkali s traumatickými zážitky, jako je sexuální zneužívání, psychické zneužívání, zanedbávání, aj. Tyto zážitky a zkušenosti, může klient začít postupně otevírat se stále více se prohlubujícím vztahem. Podle Matouška (2013) ve chvíli, kdy klient důvěřuje pracovníkovi, je schopen se svěřit se svým trápením a případně svěřit se i se závažnějšími informacemi, které by jej mohly ohrozit. Pro sociálního pracovníka může být náročné udržet hranice a kompetence své pozice a rozpoznat, která část podpory spadá do terapeutické práce s klientem, nikoliv poradenské. Zakouřilová (2014) uvádí, že v poradenství se využívá řada psychologických a terapeutických prostředků, a to z oblasti komunikace a vztahu pracovníka a klienta. Poradenství se zaměřuje na sociální fungování a vztahy. Na rozdíl od psychoterapie nezachází do takové hloubky, používá jednodušší nástroje a je realizována i bez počáteční motivace klienta. Poradenství se více zaměřuje na budoucnost a řešení. Flowers a Schwarz (2022), uvádějí situace, kdy může dojít k narušení hranic vztahu. Autoři hovoří o nadměrné identifikaci s klientem, kdy pracovník ztrácí v procesu sám sebe a ztrácí objektivitu, dále o příliš rigidních hranicích, kdy si pracovník uchovává emoční vzdálenost nebo naopak o nepřiměřeným otevřením se před klientem. Mahrová a Venglářová (2008) uvádějí několik oblastí hranic, které je potřeba ve vztahu s klientem nastavit a za jejich dodržování pracovník zodpovídá. Jedná se o hranici času a prostoru, hranici pomoci a kontroly a hranice profesionálního vztahu.

Role sociální práce při poskytování podpory klientů s duševním onemocněním může spočívat v poskytování podpory a intervence, v individuálním plánování, ve zprostředkování služeb, mimo jiné i formou Case Managementu, a může také spočívat v naslouchání klientovi, kdy i při procesu naslouchání může dojít k procesům, jako je porozumění, které může klienta podpořit v jeho zotavování. Důležitým prvkem je vztah založený na důvěře a bezpečí a přístup zaměřený na zplnomocňování klienta.

## 2.2 Etické aspekty sociální práce

Při poskytování sociální práce by měl sociální pracovník dodržovat profesní etiku. Jedná se o morálku obsaženou v normách, pravidlech a předpisech. Pracovník by měl být schopen se orientovat v etickém chování, volit prostředky a metody k dosažení cílů v souladu s etikou. Aby pracovník nezneužíval svoji moc, řídí se tzv. *etickými kodexy*, kdy tématem je respekt k hodnotě a důstojnosti, podpora sebeurčení, spravedlnost a integrita. Zásadní kodex v oblasti sociální práce je *etický kodex sociálního pracovníka* (Mahrová & Venglářová, 2008). Etický kodex je souborem norem a pravidel a vede pracovníka v tom, jak by se měl chovat a jaké by měl zastávat hodnoty. V etickém kodexu sociálního pracovníka jsou uvedeny hodnoty sociální rovnosti, sociální změny, lidské důstojnosti a mezilidské vztahy. V etickém kodexu sociálního pracovníka jsou dále uvedeny hlavní zásady etické zodpovědnosti ke klientovi, jako je vědomí vlastní odpovědnosti klienta, ochrana důstojnosti a lidských práv klienta, zdržování se diskriminace, chrání soukromí klienta, podporuje silné stránky klienta, jedná s respektem, vytváří důvěrný vztah, klienta podporuje a zplnomocňuje, zajímá se o klienta jako o celek, apod.

Mahrová a Venglářová (2008) jmenují pravidla etických norem v sociální práci, a to klientovo právo na sebeurčení, ochrana klientova soukromí, klientova přístupu k záznamům, klientova nároku na služby, na způsob jejich poskytování, způsobu určování kontaktu, kontaktu s klientovou rodinou, ohlašovací povinnost, rozhodování o omezených zdrojích pomoci, omezení klientovi svobody. Timuňák (2014) popisuje etické zásady v terapeutickém procesu, jako dodržování výše uvedených etických standardů a kompetence, kam autor uvádí vzdělání, supervizi, dodržování psychohygieny, průběžné vzdělávání, dále důvěrnost, klientova autonomie a řešení etických problémů. Podle Mahrové (2008), klientem je člověk, který užívá služeb sociálního pracovníka. Klient by měl být rovnocenným partnerem, má být dbáno na klientovo rozhodnutí. V oblasti spolupráce s klientem s duševním onemocněním však může dojít i k situaci, kdy se klient ocitne ve službě nedobrovolně, nebo není zcela motivován pro spolupráci, může se dokonce ocitnout v roli pacienta. Úlehla (2007) upozorňuje na to, že v této fázi spolupráce se může názor sociálního pracovníka a klienta rozcházet a u pracovníka začne docházet k dilematům a etickým otázkám. Především poskytování sociální práce ve smyslu kontroly, se dotýká významných etických otázek a hodnot. Je na sociálním pracovníkovi, aby umožnil klientovi zůstat v roli klienta a zaměřil se podporu a pomoc v oblasti zdravého

potenciálu. Bez ohledu na to, zda se klient spolupracuje zcela dobrovolně, či nikoliv, je potřeba přistupovat ke klientovi lidsky a s ohledem na dodržování základních lidských práv. V Listině základních lidských práv najdeme mimo jiné i to, jaká jsou pravidla pro držení klienta bez souhlasu ve zdravotnické péči, což se v případě duševních potíží může stát a dochází k tzv. nedobrovolné hospitalizaci klienta.

Etická pravidla by se měla uplatňovat také při rozhovorech s osobami s duševním onemocněním. Kennedy (2017) ve výzkumné studii zaměřil na etické otázky v rámci provádění rozhovorů s osobami s těžkými duševními onemocněními. Studie upozorňuje v oblasti etiky především na získání informovaného souhlasu od klienta a dále poukazuje na význam vzájemného vztahu mezi osobou provádějící rozhovor a osobou s duševním onemocněním. Studie poukazuje na vhodný způsob rozhovoru o citlivých tématech a etický přístup by měl vyřešit, jak ochránit osoby s duševním onemocněním před poškozením. Informovaný souhlas by měl poukazovat na zachování autonomie a respektu (Kennedy, 2017).

### **2.3 Duální diagnóza jako duševní onemocnění**

V této podkapitole se zabývám vymezením duševního onemocnění a duální diagnózou obecně, neboť podrobnější popis všech diagnóz, které spadají pod duální diagnózy, by přesahoval rozsah této práce. Považuji za důležité, v rámci sociální práce, popsat, co vše může duální diagnóza zahrnovat a jak se může ovlivňovat spolupráci. Dále krátce popíšu fáze problematiky užívání návykových látek, neboť se domnívám, že je důležité se orientovat v tom, jak fáze závislosti ovlivňuje a určuje spolupráci s klientem a může mít významný vliv na rozhovory v sociální práci. Na závěr kapitoly shrnu, jaký je aktuální stav v naší zemi ve vztahu k problematice duálních diagnóz.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje duševní onemocnění tak, že *duševní porucha je charakterizována klinicky významnou poruchou kognice, emoční regulace nebo chování jedince. Obvykle je spojena s úzkostí nebo poruchou v důležitých oblastech fungování* (WHO, 2022, překlad vlastní). Duševní onemocnění má významné sociální, ekonomické a individuální dopady. Klienti s duševním onemocněním potřebují dlouhodobou a stálou péči a podporu (Durech, 2014).

U onemocnění duální diagnózy se jedná o souběh duševního onemocnění a poruchy způsobené užíváním návykových látek. V České republice je nesoulad ve výčtu, co všechno

v rámci duálních diagnóz lze zahrnout do duševních onemocnění. Nejčastěji se jedná o duševní onemocnění z okruhu tzv. Severe Mental Illness, kam se řadí závažné duševní onemocnění, například schizofrenie (Růžková et al., 2023). Metodika práce s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním (2019), kterou vydala obecně prospěšná společnost Komunikujeme, uvádí mezi nejvýznamnější onemocnění depresi, schizofrenii, bipolární afektivní poruchu, neurotické poruchy a poruchy osobnosti, kdy tato onemocnění výrazně narušují myšlení, chování a prožívání.

Závislosti na návykových látkách, dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN 10), patří mezi duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. MKN 10 uvádí, že do této kategorie patří poruchy vyvolané požíváním alkoholu, a dále další kategorie dle typu užívání nealkoholové návykové látky. V důsledku nadměrného užívání návykových látek, dochází ke změnám v psychice jedince, jako jsou změny emočního prožívání, změny v oblasti kognitivních procesů, osobnostní změny a změna motivace a hodnot (Vágnerová, 2004). Fischer a Škoda (2009) uvádějí, že osoby s poruchou osobnosti a s duševními onemocněními mají vyšší riziko tendence závislosti. Avšak příčinná souvislost je nejasná. Sociální práce v oblasti poskytování podpory osob s duální diagnózu spočívá v náročnosti souběhu dvou onemocnění, kdy u závislosti je důležité zjišťovat fázi závislosti osoby na návykové látce. Dušek a Večeřová-Procházková (2015) sdělují, že ne každé užívání alkoholu u člověka, znamená, že člověk je na alkoholu závislý a za alkoholismu považuje stádium, kdy se u jedince vyskytují potíže nebo má jedinec potíže ve společnosti. Vágnerová (2004) popisuje 4. fáze alkoholismu od fáze občasné konzumace, přes fázi prodromální neboli varovnou, kdy roste tolerance. Následuje fáze kritická, kdy jedinec ztrácí kontrolu nad užíváním a poslední fáze terminální neboli fáze úpadku, kdy se tolerance k alkoholu začíná snižovat. Vágnerová (2004) uvádí fáze užívání nealkoholových návykových látek, jako fázi experimentování, kdy motivací je často zvědavost. Následuje fáze pravidelného užívání a následně fáze návykového užívání, kdy osoba začíná být ke všemu ostatnímu lhostejná a ztrácí sociální vazby. Ve fázi terminální již dochází k rozpadu osobnosti a sociálních vazeb. Václavík (2023) uvádí psychiatrická vodítka závislosti jako silná touha neboli bažení, zvyšující se tolerance, přítomnost odvykacích příznaků, opuštění jiných zájmů, pokračování i přes jasné problémy, které závislost způsobuje.

Růžková et al. (2023) uvádí, že v České republice nebyl doposud provedený výzkum, který by se zabýval počtem osob, které trpí duální diagnózou. Někdy jsou tyto osoby chybně diagnostikovány či často má klient diagnostikované duševní onemocnění, ale již není známo, že užívá návykové látky a v České republice tak chybí integrovaná péče o osoby s duální diagnózou. Z důvodu, že není možné identifikovat potřebnost služeb, není možné realizovat ani změnu v systému. Je důležité, aby zainteresované profese při spolupráci s klienty s duální diagnózou uplatňovaly přístup orientovaný na člověka. Klienti s duální diagnózou se vracejí opakovaně v rámci služeb, neboť jejich dvojitá zátěž a tím zvýšené riziko recidivy ztěžuje proces zotavení (Růžková et al., 2023). Dubnová a Řezníková (2018) rovněž zmiňují, že lidé se závažným duševním onemocněním jsou v České republice opakovaně a dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrické nemocnici. Za účelem zlepšení této situace u nás probíhá reforma psychiatrické péče a podpora lidí s duševním onemocněním v jejich přirozeném prostředí a tím dochází také ke snížení stigmatizace.

### 3 Osobnost sociálního pracovníka

V této kapitole se zabývám osobností sociálního pracovníka, neboť ji považuji za další důležitý faktor při rozhovoru s osobou s duševním onemocněním. V první kapitole jsem uvedla vztah, jako první významný faktor v kontextu rozhovoru. Pro budování dobrého vztahu je však důležité, aby pracovník disponoval osobnostními předpoklady, díky kterým dovede navázat vztah s klientem s duševním onemocněním, který, jak jsem již uvedla v předchozí kapitole, je obtížně navazován pro velké pocity počáteční nedůvěry, která se buduje až v průběhu spolupráce či rozhovoru. Zabývám se zde kompetencemi, znalostmi a dovednostmi, kterými by měl být sociální pracovník vybaven, aby navázal vztah a mohl klientovi porozumět a poskytnout podporu. Aby mohl sociální pracovník pomáhat druhým, potřebuje pečovat i o svou osobu. Z toho důvodu se v závěru kapitoly zabývám syndromem vyhoření, významem supervize a sebezkušenostního výcviku. Spolupráce s osobami s duševním onemocněním je emočně náročná nejen pro klienta, ale i pro sociálního pracovníka. Považuji za důležité upozornit na souvislost supervize a sebezkušenostního výcviku v souvislosti se syndromem vyhoření, neboť jsou tyto oblasti vhodnou formou podpory a zpracování emoční zátěže v souvislosti se sociální prací s osobami s duševním onemocněním.

Osobnost sociálního pracovníka ovlivňuje více faktorů, od osobních charakteristik přes zkušenosti, po odborné znalosti. Elichová (2017) uvádí, že kromě kvalifikačních předpokladů (odborná způsobilost, způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost a zdravotní způsobilost) daných zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je důležitá osobnost pracovníka. Co se týče kvality poskytování sociální práce, v České republice neexistují kvalitativní kritéria, pouze standardy sociálních služeb, a právě na kvalitu poskytované sociální práce má značný vliv osobnost pracovníka. Z uvedeného tedy vyplývá, že na kvalitě poskytování sociální práce má z velké části podíl sám pracovník a jeho osobnost, styl práce a komunikace.

Práce s klienty s duševním onemocněním vyžaduje osobnostní předpoklady pracovníka, a to vlastní stabilitu, pružnost a tvořivost, schopnost empatie a tolerance k odlišnému, (Foitová a Kubinová, n.d). Podle Tomeše (1997) sociální pracovník by měl mít teoretické znalosti z oblasti psychologie, sociologie, práva, sociální politiky, teorie a metod sociální práce, metodologie výzkumu, dále komunikační dovednosti, psychosociálně terapeutické dovednosti a organizační schopnosti. Pokud sociální pracovník vykonává práci v oblasti podpory klientům s duševním onemocněním, je vhodný psychosociální výcvik pracovníka, kde získá techniky

a nástroje pro praxi. Pokud sociální pracovník pracuje ve zdravotnickém zařízení, musí mít znalosti z oblasti medicíny a ošetrovatelství (Tomeš, 1997).

Vymětal (2004) hovoří o vlastnostech, které by měl pracovník mít, jako je empatie, akceptace, autenticita, dále pak specifické vlastnosti, jako je osobní zralost, vnitřní stabilita a vyšší frustrační tolerance. Dále jsou to oblasti specifikace osobnosti pracovníka, jako je potřebná kvalifikace, nutnost supervize a psychohygieny. Na základě vlastního šetření Elichová (2017) uvádí hodnoty typické pro sociální pracovníky, jako je empatie, odbornost, důvěryhodnost, vstřícnost, tolerantnost, otevřenost, čestnost, altruismus. Podle Matouška (2010) by sociální pracovník měl mít schopnosti v oblasti vedení rozhovoru empaticky naslouchat, umět vnímat neverbální i verbální projevy, být dobrý pozorovatel. Podle Bogo (2006) sociální pracovník přináší jeho sociální identitu, zkušenosti a hodnoty, a z průběhu odborné přípravy přináší taktéž profesionální znalosti, hodnoty a dovednosti, které integruje do svého osobnostního já. Pracovník se učí identifikovat pocity, myšlenky a reakce a významy, které přiřazuje událostem na základě zkušeností. Pracovník se dále učí, jak mohou uvedené faktory operovat v utváření jeho úsudků a konání při práci s klientem, a to jak pozitivně, tak negativně. Při práci s touto sebereflexí a sebeuvědomováním, se pracovník učí o sobě samém a tím utváří větší pochopení a akceptaci pro jeho vnitřní zkušenosti a lépe tak pracuje dále s různými situacemi. Díky této dovednosti nereaguje bezprostředně na přicházející situace, ale zůstává u rozhovoru upřímný a cílevědomý (Bogo, 2006). Mátel (2019) uvádí, že kompetence se rozvíjejí při samotném výkonu sociální práce, ale i prostřednictvím vzdělávání, supervize apod.

### **3.1 Syndrom vyhoření**

Výše uvedené předpoklady mohou být ohroženy vlivem syndromu vyhoření, který se vyskytuje především u pomáhajících profesí. Syndrom vyhoření negativně ovlivňuje pracovníka ve všech oblastech jeho práce. Syndrom vyhoření je duševní stav pracovníka, kdy je emocionálně, fyzicky i psychicky vyčerpaný, projevující se jako úzkost, strach, únava, bolest, nervozita, neschopnost koncentrace, poruchy spánku apod. (Knezović a Ralbovská, 2009). Maroon (2012) uvádí mezi společné prvky různých definic syndromu vyhoření jako individuální jev. Jde o duševní proces, který se projevuje v pocitech, způsobech chování, motivech a očekáváních, v narušeném fungování, při kterém se projevuje pocit lhostejnosti a nedůvěry. Vůči klientovi se pracovník projeví odosobněním, chová se pohrdavě



a nepřiměřeně. Celkově se syndrom projeví na náladě pracovníka a promítá se kromě pracovní oblasti i do osobního života. Nejčastější chyby předcházení syndromu vyhoření jsou nesledovat vlastní pohodu, nenajít rovnováhu mezi prací a volným časem, ignorovat komfortní zónu prostředí a nadměrnou specializaci (Maroon, 2021). Mahrová a Venglářová (2008) uvádějí jako prevenci syndromu vyhoření supervizi. Spolupráce s osobami s duševním onemocněním bývá dlouhodobá. Kadushin a Kadushin (2013) upozorňují na to, že pokud jedná jeden pracovník se stejným klientem opakovaně, mnohdy několik let, upadá spontánnost a zájem a počáteční nadšení a optimismus problém řešit, což může vést k vyhoření pracovníků, neboť je emocionálně vyčerpaný a mnohdy začne být ke klientům citově odměřený a neempatický, neboť některé potíže a situace mají podobné prvky a řešení je v nedohlednu. Zvyšuje se možnost stereotypizace a pracovník začíná být lhostejný.

### **3.2 Výcvik a supervize pracovníků**

Podle Kopřivy (2016) sociální pracovník by měl pečovat o svou osobu i svou pozici profesionála prostřednictvím supervize a dalšího vzdělávání. Mezi další vzdělávání mimo jiné můžeme zařadit výcvik, který zahrnuje sebezkušenostní část, kdy se pracovník učí uvědomit si své vlastní emoce a prožívání a pracovat s nimi. Pokud pracovník pociťuje, že do své práce vnáší mnoho emocí, své klienty se snaží řídit, neumí jim naslouchat a práce mu bere energii, je vhodné nalézt podporu pro sebe prostřednictvím odborného výcviku, například sebezkušenostního. Výcvik by měl přinést pracovníkovi uvědomění si svých citlivých míst, své emoční traumata a ty pojmenovat tak, aby při kontaktu s klientem nedocházelo ke vnášení těchto pocitů a prožitků pracovníka do procesu poskytování podpory. Obzvláště u poskytování podpory klientovi s duševním onemocněním může docházet k tzv. protipřenosu, kdy klient aktivuje v pracovníkovi tyto nevědomé vzorce hluboko uložených traumat. Další z možností hledání vlastní podpory je supervize. Supervize se zaměřuje na témata vztahů ke klientům, ale i na vztahy na pracovišti a k organizaci obecně. V rámci České republiky je supervize považována za součást dobré praxe. Supervize může být jak individuální, tak skupinová (Kopřiva, 2016).

## **4 Komunikace a její role v porozumění a poskytování podpory**

V této kapitole se zabývám komunikací, neboť rozhovor, na který se tato práce zaměřuje, je komunikačním procesem. Komunikace se děje před rozhovorem, v průběhu rozhovoru i po jeho skončení a podstatou není pouze přenos informací, ale je nástrojem pro budování vztahu, který je významným prvkem rozhovoru. Kapitola se zakládá na poznatcích především z oblasti sociální práce a psychologie komunikace a přispívá k lepšímu porozumění komunikačních potřeb a strategií při práci s klienty s duševním onemocněním.

V úvodu kapitoly se zabývám způsoby komunikace, kde se zaměřuji především na neverbální komunikaci. Neverbální komunikace obsahuje důležité prvky, na které je potřeba se zaměřit, jak na straně pracovníka, tak na straně klienta. Dále popisuji komunikaci s klienty s duševním onemocněním a její specifika. Vycházím z obecných teoretických východisek, kdy jsem se však zaměřila pouze na ty, které jsou pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním významné. Dále se v kapitole zaměřuji na komunikaci s klienty s duševním onemocněním a co může komunikaci ovlivnit. V závěru kapitoly uvádím, jak by měla vypadat zdravá komunikace a chyby, kterých je potřeba se vyvarovat při komunikaci, neboť právě pracovník je ten, kdo by měl komunikaci udržet na správné úrovni.

### **4.1 Komunikace**

Novosad (2009) popisuje komunikaci jako sdělování určitých informací a významů v sociálním kontaktu. Nakonečný (2009) charakterizuje komunikaci buď jako jednosměrný sociální akt, nebo jako interakci, kdy hovoří o rozhovoru. Díky komunikaci můžeme mírnit emoce nebo je prostřednictvím komunikace zesílit. V rámci komunikace s klienty s duševním onemocněním se téma emocí často objevuje a samotná komunikace se odvíjí od celkového emočního a duševního rozpoložení (Vybíral, 2005). Každý člověk se rodí jako sociální bytost, která se z psychologického hlediska vyvíjí celý život. Člověk pro tento vývoj potřebuje komunikovat a mluvit, být vyslyšen, ale zároveň také potřebuje mít pocit sounáležitosti (Knezović a Ralbovská, 2009). Samotná komunikace je někdy při spolupráci s klientem s duševním onemocněním postačující, někdy dokonce klíčová. Pracovník může prostřednictvím komunikace s klientem mnohé změnit, může dát klientovi radu i pochopení, naději i pomoc, porozumění i sílu.

## 4.2 Způsoby komunikace

Pro popis způsobů komunikace použijí dělení podle Vybírala (2005), který základní způsoby komunikace dělí na verbální, neverbální a komunikační činy.

### Verbální komunikace

Verbální komunikace zahrnuje mluvené slovo a paralingvistické aspekty řeči, které vyjadřují psychický stav klienta, kdy na základě rychlosti nebo intonace a zvuků mimo slova můžeme odhadnout psychické rozpoložení (Knezović a Ralbovská, 2009). Engelbrecht (1999) uvádí, že verbální komunikace pomáhá identifikovat jedince, jeho kulturu a socioekonomický status aj. Důležitá je volba výšky tónu, hlasitost, tempo a plynulost.

Rodat (2023) popisuje, že sociální pracovník by měl znát komunikační bariéry, kterých by se měl při spolupráci s klientem vyvarovat. Mezi verbální komunikační bariéry řadí Rodat (2023) kulturu, domněnky, očekávání, přílišné moralizování, rady a předčasné návrhy na řešení, kritiku a obviňování, analýzu a interpretaci klientova sdělení, opakování sdělení klienta, které označuje jako „papouškování“, používání klišé, výhrušky, snahu u vnucení svých názorů, ironii, sarkasmus, ale také nevhodné použití zvolené techniky.

### Neverbální komunikace

Do neverbální komunikace Vybíral (2005) zahrnuje gesta, gestikulaci rukou, těla a jeho postoj, výraz ve tváři, oční kontakt, tón hlasu, ale i vnější dojem, jako je ošacení. Dále zde můžeme zařadit také na první pohled nejasné oblasti, jako je zacházení s časem, to, jak je jedinec uspěchaný, jaké je tempo řeči, zda je dodržován předem stanovený čas a způsob, jakým jedinec zachází s předměty. Tempo můžeme částečně ovládat a mění se při strachu, depresi a při manickém stavu bipolární poruchy (Vybíral, 2005). Knezović a Ralbovská (2009) do neverbální komunikace zahrnují proxemiku – vzdálenost, teritorialitu – osobní zónu, mimiku - výrazy tváře, gestiku – pohyby rukou, pohledy očí, haptiku – doteky, frotérismus – nadměrnou komunikaci doteky, zevnějšek, posturiku – řeč těla, fyzických postojů a držení těla. Prostřednictvím posturiky klient může prozrazovat, zda má strach apod. Zde rozlišujeme posturiku otevřenou, polouzavřenou (zkřížené ruce nebo nohy) a uzavřenou (nohy i ruce překřížené současně, tělo je v napětí). Klient se takto může projevat v pro něj neznámých situacích, nebo když nemá chuť komunikovat. Fontana (2017) hovoří jako o nejdůležitějším projevu řeči těla o úsměvu, podle kterého lidé hodnotí míru empatie a porozumění.

Rodat (2023) popisuje bariéry v neverbální komunikaci, kam řadí nedostatek prostoru, nesprávnou vzdálenost, nevhodná gesta a mimiku, neadekvátní vizáž, výraz, tón hlasu, ale pro některé klienty může být i nevhodně zvolený pracovník z důvodu věku nebo pohlaví. Richi (n.d.) popisuje jako komunikační bariéry rušení jiných osob, žargon, nedostatek empatie, zmatení rolí, předsudky apod.

Podle Vybírala (2005) neverbální komunikace je spíše neuvědomovaná. Jedna strana může prostředky komunikace zneužít a manipulovat tak druhého, neboť ten si je neuvědomuje. Neverbální projevy mají svou dynamiku, kdy klient tímto realizuje hlubší psychické vzorce a pro pracovníka mohou být zdrojem informací – klientův záměr, zrcadlení pokusů o přiblížení se, závažnost sdělení, odvedení pozornosti apod. Funkce neverbální řeči je, aby člověk podpořil řeč, nahradil ji, zvládl prožitek emoce, aby vyjádřil postoj, nebo slouží k sebe prezentaci (Vybíral, 2005). Dle Knezoviće a Ralbovské (2009), neverbální komunikace má význam při vyjadřování postojů, nálad, prožívání emocí apod. Podle Vybírala (2005), mezi základní emoce patří štěstí, překvapení, strach, smutek, hněv, znechucení a zájem. Tyto emoce bývají jednoznačně pozorovatelné ve tváři i dalšími způsoby, například v tónu hlasu.

Při komunikaci s klientem se můžeme setkat s tzv. agováním, kdy se jedná o náhradu za přímou reakci, pokud klient nedokáže v danou chvíli vyjádřit sdělení verbálně. Často se jedná o nepříjemná témata, u kterých je nepříjemné sdělit verbálně a jedinec použije gesta, mimiku, aj. (Vybíral, 2005).

### **Komunikace činy**

Podle autorů Knezoviće a Ralbovské (2009) je komunikace činy projev chování – sympatií, porozumění, odmítnutí apod. Je součástí neverbální i verbální komunikace.

### **4.3 Komunikace s klienty s duševním onemocněním**

Komunikace má zásadní vliv při poskytování podpory v sociální práci a skrze ni se uskutečňuje rozhovor s klientem. Vybíral (2005) uvádí, že „*komunikace má vliv na řadu potíží a na průběh onemocnění.*“ (str. 260). Podle Mahrové (2008) je komunikace nástrojem pro vytváření vztahu. Sdělování informace při komunikaci musí být pravdivé, i kdyby mělo být pro klienta nepříjemné. Komunikace musí probíhat s respektem a ve srozumitelném jazyce. Podle Zakouřilové (2014), klienti mohou mít snížené vyjadřovací schopnosti, mohou hůře chápat

sdělení informace, někdy si významy překládají po svém. Pracovníkem sdělované informace mohou být pro klienta příliš komplikované a nebude si je pamatovat. Podle Mahrové (2008) se klient s duševním onemocněním často nachází ve složité a náročné životní situaci. Pro pracovníka mohou být klientovi projevy a chování často nepříjemné, ale i přesto s klientem musí pracovat a navázat vztah, který je základem pro úspěšnou spolupráci. Klient s duševním onemocněním má potíže v určitých oblastech, které mohou být patrné při kontaktu. Jsou to potíže v oblasti vnímání, v oblasti vědomí, paměti, myšlení, poruch dynamiky, poruch emocí, aj. Práce s emocemi je jedna z nejnáročnějších částí spolupráce s klientem, neboť ty jej velmi často ovlivňují při spolupráci. Není vhodné klienta na začátku spolupráce ihned aktivizovat, pokud pracovník vnímá, že některé z uvedených projevů se vyskytují u klienta. Uvedené projevy je třeba rozpoznat a nepodceňovat, neboť se může jednat o projevy duševního onemocnění (Mahrová & Venglářová, 2008).

### **Zdravá a efektivní komunikace**

Charakteristiky zdravé komunikace jsou podle Vybírala (2005) bezprostřednost reakce, kognitivní přizpůsobování, zájem o druhého, reciprocita, humor, podpora vývoje a flexibility, konzistence reakcí, uvolnění. Pozitivní komunikace je důležitá pro rozvíjení kvalitních vztahů i pro rozvíjení nás samých. Negativní hodnocení mají vliv na sebedůvěru a sebejistotu. Vlastnosti zdravě komunikujícího jedince jsou, že pozitivně vidí sám sebe a věří si, je zároveň empatický, neústupný, vstřícný, odměřený, není rivalizující, dokáže kompromis s pomocí k němu, neobviňuje, je otevřený změnám a názorům, nediskvalifikuje, řídí komunikaci, reguluje směr, umí neutralizovat konflikty, neodbíhá, umí odhalit. Mezi nejoblíbenější jedince patří ti, kteří rozumí emocím a neverbální řeči. Z uvedeného vyplývá v jakých oblastech je komunikace s klienty s duševním onemocněním specifická (Vybíral, 2005). Efektivní komunikace spočívá v navození pocitu důvěry, porozumění, úctě a respektu, pozitivním přístupem. To dává klientovi pocit zájmu o něj, pocit jistoty, bezpečí, porozumění a důvěry. Na pracovníka klade komunikace nároky v oblasti odborných znalostí, etického kodexu a osobnosti pracovníka, ale také nároky v oblasti sociálních dovedností, kam řadíme aktivní naslouchání, zpětnou vazbu, respekt, empatii, zájem, podporu, mlčení, ticho, autentičnost a porozumění (Knezović a Ralbovská, 2009). Fonatana (2017) řadí mezi prvky efektivní komunikace umění být dobrým řečníkem, být dobrým posluchačem a hovořit o naslouchání jako

o situaci, kdy jednoho zajímá názor druhého, jako jeho názor. Dále uvádí umění klást otázky a číst neverbální signály.

### **Rizika a chyby v komunikaci**

Vybíral (2005) v oblasti rizik upozorňuje na odborný žargon sociálního pracovníka, který snižuje pochopení. Rizikový může být také smích a možná chybná interpretace smíchu jako radosti. Smíchem může klient maskovat pocity nervozity, strachu a rozpaků. Mahrová a Venglářová (2008) hovoří o rizicích a nevhodném přístupu na straně pracovníka, kdy popisuje, že pracovník se má vyhýbat hodnocení klienta, nálepkování a nevědomého odmítání. Zakouřilová (2014) uvádí chyby v komunikaci na straně pracovníka, kdy pracovník poučuje, hodnotí a moralizuje, zaměřuje se pouze na verbální sdělení klienta, je neschopen emočního vyladění, má přehnaný soucit, dochází ke ztotožnění, klienta obviňuje, dohaduje se, vede monolog, nedrží si odstup, hovoří příliš odborně, zkresluje sdělení nebo klienta nálepkuje. Vymětal (2007) považuje za důležitou jasnou a jednoznačnou komunikaci a uvádí některé chyby v této oblasti, například komunikace agresivní nebo lhostejná, která vyvolává v klientovi pocit, že neexistuje nebo klienta zpochybňuje. Dále je to předstírání pozitivního vztahu, ale ve skutečnosti osoba pociťuje ambivalenci. Dále je chybou tzv. dvojná vazba, kdy je rozpor ve verbální a neverbální komunikaci. Uvedené potíže vedou ke vzniku inkongruencí – tedy nesouladu a dochází k vnitřnímu chaosu.

Při kontaktu s klientem s duševním onemocněním se může u klienta objevit úzkost, deprese, panická ataka a další potíže. U klienta může převládat úzkost i ze samotného setkání, což může doprovázet řada somatických projevů – do krve se vyplavuje adrenalin, klientovi se rozbuší srdce, zbledne, má sucho v ústech, potí se, aktivuje se tzv. sympatikus, který člověka připravuje na boj nebo útěk (Vybíral, 2005). Úlehla (2007) vysvětluje, že pokud je klient útočný, zlobí se a rozčiluje, je na straně pracovníka důležité si uvědomit, že klient má nejspíše pravdu, která odpovídá jeho zkušenosti. Kadushin a Kadushin (2013) hovoří o lži. Klient může lhát, aby působil dokonale, ale úkolem pracovníka je klientovi vysvětlit, že ho přijme i se všemi nedokonalostmi a snaží se snížit ohrožení klientova ega, což vede ke snížení lhaní. Pracovník by klientovi neměl sdělovat falešné informace, neslibovat, co neví, co nemůže splnit apod. Pracovník má poskytovat vzor poctivosti a jít v tomto směru příkladem. Není úkolem pracovníka napravovat morálku a etiku klienta, ale získat informace, aby klientovi mohl pomoci (Kadushin & Kadushin, 2013).

## 5 Význam rozhovorů jako způsob porozumění v rámci sociální práce

V této kapitole se věnuji stěžejnímu tématu, a to vedení rozhovoru. Nejprve definuji rozhovor v sociální práci, popíšu jeho dělení a popíšu vedení rozhovoru s klienty s duševním onemocněním a jednotlivé fáze rozhovoru. Považuji za důležité poukázat na význam rozhovorů v sociální práci s osobami s duševním onemocněním a jeho správné vedení. Odborná literatura českých autorů se málokdy specificky zaměřuje na vedení rozhovoru s klientem s duševním onemocněním a mnohdy i rozhovor v sociální práci, je pouze kapitolou či částí dané publikace. Z toho důvodu se tato práce vychází z obecných předpokladů vedení rozhovoru s klientem v sociální práci, které jsem použila pro popis vedení rozhovoru s klienty s duševním onemocněním. Při zpracování této kapitoly jsem vycházela především z práce Kadushin a Kadushin (2013), neboť jejich publikace se velmi podrobně zabývá rozhovorem v sociální práci a v rámci rešerše literatury je dle mého názoru nejdetailněji zpracovnou publikací na dané téma. Kapitola se zaměřuje především na detailnější popis jednotlivých fází rozhovoru. Poukazuji tímto na skutečnost, že to, jak je rozhovor veden, jak jsou naplňovány jednotlivé fáze rozhovoru, vede k porozumění klientovi a poskytnutí podpory. Je důležité porozumět překážkám, zdrojům a potřebám klienta a k tomu slouží právě rozhovor. Vycházím z předpokladu, že pro vedení rozhovoru není určující diagnóza, ale spíše to, zda se klient nenachází v akutní fázi onemocnění, resp. v jaké fázi onemocnění se klient nachází. Podstatné je, aby stav klienta byl stabilizován a byla možná oboustranná komunikace – tedy, že klient je pro spolupráci alespoň částečně motivován.

### 5.1 Rozhovor v sociální práci

Úlehla (2007) hovoří o rozhovoru jako o základním nástroji pracovníka, jakožto rozmlouvání dvou a více lidí. Dlabal (2021) rozhovor definuje jako „*způsob mezilidské komunikace, při které si účastníci vyměňují sdělení. Sdělení zahrnují informace, nebo lépe řečeno významy, které jim účastníci přiřazují. Přiřazené významy na ně následně působí a ovlivňují jejich myšlení, prožívání a chování*“ (s.10). Ebimngbo, Okoli a Ugwu, (2017) uvádějí, že rozhovor je nástroj sociální práce. Prostřednictvím navázaného vztahu a důvěry nechává pracovník hovořit osobu s duševním onemocněním otevřeně a volně a klade otázky při potřebě objasnění. Autoři hovoří o rozhovoru a poradenství jako o procesu naslouchání, pozorování, reagování, porozumění, zkoumání, hodnocení a spolupráci. Citlivý přístup pracovníka spočívá

v prohloubení důvěry, nikoliv v souzení, stigmatizace či traumatizace. Podle Vymětala (2004), se jedná o komplexní děj, který obsahuje verbální složku, neverbální a paraverbální, kam autor řadí například intonaci.

Dle Knezoviće a Ralbovské (2009) se při rozhovoru střídá role komunikanta a komunikátora. Rozhovor je nejčastější forma komunikace. Je zřejmé, že rozhovor se může konat v mnoha různých situacích. Rozhovory v sociální práci kladou nároky na emoční stránku, postoje a osobní prožívání klienta, více než na získání objektivních faktických dat. Jsou kladeny vysoké nároky na pracovníka, protože ten se nemůže na rozhovor zcela předem připravit, ale musí reagovat dle toho, jak se rozhovor vyvíjí. Allen a Langford (2021) uvádějí, že rozhovor v sociální práci je rozhovor dvou lidí, který má určitý účel. Rozhovor v sociální práci je veden za účelem sběru informací, výměně informací nebo k terapeutickým účelům. Uvedené cíle rozhovoru jsou velmi zjednodušené a je na sociálním pracovníkovi, aby následně s klientem sestavil plán, který bude pro klienta vhodný. Rozhovor se často vztahuje i na minulost a vztahy klienta, které mají často hluboký emocionální podtext a z toho důvodu jsou rozhovory v sociální práci často velmi náročné. Je nutné klientovi věnovat čas, neboť je potřeba důkladně prozkoumat celý problém (Allen & Langford, 2021).

Rozhovor je složitý proces, který se skládá z klíčových prvků a průběžných dotazů pracovníka a klienta. Úspěšné vedení rozhovoru je postaveno na znalosti cvičební šablony, které zahrnují teorie, tedy znalosti a dovednosti a na pracovním modelu, který zahrnuje zkušenosti pracovníka. Pro pracovníka je nutné se vzdělávat v teoretických znalostech, ve zkušenostech, ale je nutná i supervize. Všechny oblasti vedení rozhovoru mají význam pro pochopení emocionálních zápletek. Jedná se o tzv. problematiku přenosu a protipřenosu. Je na pracovníkově schopnosti používat sebe sama jako klíčového nástroje pro rozhovory (Mckenzie & Nicotera, 2018).

## **5.2 Dělení rozhovorů**

Rozhovor obecně dělíme na standardizovaný, polostandardizovaný a volný. Novosad (2009) rozlišuje rozhovor skupinový nebo individuální. Knezović a Ralbovská (2009) uvádí typy rozhovorů jako informační, ventilační, motivační, hodnotící a presvazivní. U posledního jmenovaného, se jedná o přesvědčení o nezbytnosti podpory. Kadushin a Kadushin (2013) sdělují, že je třeba odlišit, zda se jedná o terapeutický, hodnotící či diagnostický rozhovor. Dále



podle toho, jak je rozhovor veden, rozlišují nedirektivní techniky rozhovoru a direktivní techniky rozhovoru. U nedirektivního rozhovoru je důležitý tzv. Rogerovský přístup, kdy má pracovník navodit takovou atmosféru, aby klient dokázal sám otevřeně hovořit a být takový, jaký je. U direktivního rozhovoru, který je formálnější, je pracovník aktivnější a klade více otázek. Každý typ rozhovoru bude vyžadovat jiný přístup pracovníka. Kompetence pracovníka pak spočívají v odlišení, o jaký typ rozhovoru se jedná a tomu přizpůsobit styl a způsob vedení rozhovoru. Diagnostický rozhovor slouží k posouzení a určení způsobilosti klienta pro danou službu. Jeho obsah je předem dán, neboť pracovník zjišťuje určité charakteristiky. Účelem takového rozhovoru je získat selektivní informace k rozhodnutí. Účelem terapeutického rozhovoru je ovlivnit změnu u klientů a jejich sociální situace. Cílem má být zlepšení sociálního fungování klienta. V takovém rozhovoru používá pracovník nejrůznější techniky k ovlivnění postojů, pocitů a chování klienta. Jedná se o rozhovory velmi individuální a hůře se plánuje obsah takových rozhovorů. Samotný rozhovor může být nástrojem ke změně (Kadushin & Kadushin, 2013).

### **5.3 Rozhovor s klientem s duševním onemocněním**

Aby k rozhovoru mohlo dojít, musí dojít k setkání. Rozhovor se může odehrávat v mnoha různých situacích a pracovník by si měl být vědom toho, jaký typ pomoci klientovi nabízí. Podle Úlehly (2007), pracovníci chtějí pomáhat, ale aby se tak mohlo stát, musí mít nejprve jasno v tom, co pomoc je a co není a poté se zabývat tím, jak pomoc poskytovat. Není možné nabízet pomoc klientovi, který není ve fázi, kdy by pomoc přijímal. V této souvislosti Zakouřilová (2014) doporučuje nespolupracovat s klientem, který potřebuje spíše psychiatrickou péči, je intoxikován, má akutní fázi onemocnění, má suicidální projevy nebo je agresivní. Dále to mohou nastat situace, kdy pracovník má ke klientovi bližší osobní vztah, potíže klienta se dotýkají osobních potíží pracovníka, klient má potíže, na které se specializuje jiný pracovník, u pracovníka dojde k pochybení nebo situace, kdy se sám pracovník se ocitl v náročné životní situaci apod. V těchto situacích taktéž není vhodné s klientem spolupracovat a vést rozhovor (Zakouřilová, 2014). Základními předpoklady pro realizaci rozhovoru jsou takové, že pracovník má odpovědnost za zajištění psychologické atmosféry a navázání dobrého vztahu. U klienta musí být schopnost komunikace, její organizace a schopnost verbalizovat myšlenky a pocity (Kadushin & Kadushin, 2013). Kennedy (2017) ve studii v rámci rozhovorů s osobami s těžkými duševními onemocněními, poukazuje na důležitost toho, aby mohla osoba

s duševním onemocněním volně vyprávět svůj příběh bez překážek, kterými mohou být stigma, tíseň, medikace, pasivita atd. Důležitá v tomto smyslu je neformální a uvolněná atmosféra. Dalším významným faktorem je bezpečí při rozhovoru, řeč těla a důvěra. Budování důvěry se prohlubuje s vytvořením pevných hranic a společně se sebeodhalením.

### 5.3.1 Styl rozhovoru

Ve smyslu stylu rozhovoru Kadushin a Kadushin (2013) zmiňují rovnováhu *kontroly*, rovnováhu maximální a minimální *struktury* a rovnováhu mezi *aktivitou a pasivitou*. U kontroly se nejedná o nátlak, ale spíše o udávání směru a zahrnuje, jaká témata budou řešena, v jakém pořadí a zaměření, míru emocionality, přechody apod. Strukturu rozhovoru také určuje pracovník. Pokud je míra struktury větší, pracovník klientovi sdělí pravidla a vysvětlí, co očekává. U menší míry struktury, pracovník klientovi nic nesdělí a nechá klienta volně hovořit. Struktura, aktivita a kontrola by měly být určeny obsahem rozhovoru a potřebami klienta, a to i v různých částech rozhovoru. Mohou se objevit témata, o kterých klient dokáže volně vyprávět a sám nejlépe ví, co je potřeba sdělit, ale mohou být fáze a témata rozhovoru, kdy je potřeba ze strany pracovníka pokládat více otázek, které směřují ke zjištění potřebných informací. Obecně více struktury potřebuje klient na počátku rozhovoru a při počátcích spolupráce, kdy klientovi není tolik známo, co se od něj očekává. Kontrola a struktura ve vyšší míře, snižují u klienta nejednoznačnost situace a úzkost. Struktura, aktivita a kontrola se také mění v závislosti na věku, inteligenci a zkušenosti klienta. Přestože Kadushin a Kadushin (2013) upozorňují, že u klientů bylo zjištěno, že jim více vyhovuje jasné strukturování a mírná úroveň kontroly a aktivity, autoři doporučují, aby byl rozhovor veden tak, aby byla struktura, aktivita a kontrola co nejmenší.

### 5.3.2 Fáze rozhovoru

Rozhovor je součástí procesu, který může obsahovat několik rozhovorů, ale i samotný jednotlivý rozhovor, má několik kroků, má začátek, prostředek a konec. Tento proces je vědomý, je dynamický a pracovník vede klienta postupně těmito fázemi. Tyto fáze se mohou různě prolínat a je na pracovníkovi a jeho dovednostech, aby dokázal klienta těmito fázemi přirozeně a plynule provést (Kadushin & Kadushin, 2013). Pro potřeby této práce jsem rozdělila fáze rozhovoru na fáze podle Úlehly (2007), kdy se jedná o fáze přípravy, otevření, dojednávání, průběhu a ukončení. Rozhovor dle Úlehly (2007) má fáze, které se cyklí a opakují. Ve fázi přípravy na počátku by si měl pracovník položit otázky, jako co dělá, proč to dělá a k čemu je to dobré, kdy v rámci přípravy přináší smysluplná vysvětlení. Ve fázi otevření

dochází ke sjednání schůzky, přivítání, k prvním větám a počátku rozhovoru. V této fázi je důležité vytvořit bezpečí pro klienta. Navazuje fáze dojednávání, kdy klient sděluje svoji objednávku a pracovník sděluje, co v rámci své pozice může klientovi nabídnout. V další fázi průběhu je cílem vyřešení problému klienta. Na závěr dochází k fázi ukončení, kdy se ověřuje úspěšnost rozhovoru a hodnotí se spolupráce. Následuje opět fáze přípravy, kde je obsahem další vzdělávání, seberozvoj pracovníka a další příprava (Úlehla, 2007). Klient by si měl v průběhu rozhovoru uvědomit příčiny a následky své složité situace, své zdroje a zároveň by měl pracovník posilovat klientovi kompetence (Zakouřilová, 2014).

### **Přípravná fáze, oslovení klienta a úvod rozhovoru**

Jak uvádí Kadushin a Kadushin (2013), pracovník má předem stanovit *předmět rozhovoru* a měl by mít informace o sociální problematice, na jejíž oblast se nabízená služba zaměřuje. Pracovník potřebuje znát potřebné koncepty a zobecnění pro danou problematiku, aby mohl klást vhodné otázky a aby mohl sdělení klienta zasadit do patřičného rámce. Pracovník tak může vést rozhovor úspěšně, cítit se sebejistě a poskytovat klientovi bezpečí. Pokud pracovník předem zná oblast problému, který je potřeba řešit, je vhodné si o dané problematice zjistit znalosti, a to i v širším kontextu. Sociální pracovník, který vede rozhovory s klienty s duševními onemocněními, by měl být vybaven znalostmi o jednotlivých duševních onemocněních. Pracovník se rovněž může dopředu připravit a zajistit kontakty na návazné služby, vytisknout potřebné formuláře apod. Opačný přístup by vedl k tomu, že pracovník, by si nebyl sám sebou jistý, což by v klientovi způsobovalo úzkost a nejistotu. Z uvedeného vyplývá, že pracovník musí mít znalosti z vedení rozhovoru a z oblasti sociálního problému, kterému se v rámci své profese věnuje. Pracovník musí stanovit také *účel rozhovoru*, kterému by měl odpovídat obsah rozhovoru, který bude tematicky návazný. Při stanovení účelu rozhovoru by měl také přemýšlet nad tím, jaký účel rozhovoru by chtěl stanovit klient, případně účel rozhovoru sladit. Poté by měl pracovník specifikovat a určit jednotlivé kroky k jeho dosažení cíle rozhovoru, případně stanovit dílčí cíle a následně stanovit otázky, které povedou k dosažení jednotlivých cílů a k tomu, jaká témata je třeba v rámci rozhovoru pokrýt a určit posloupnost jednotlivých témat. Následně by měl pracovník stanovit, jakou *intervenční metodu* použije, aby rozhovor správně plynul (Kadushin & Kadushin, 2013). Matoušek (2013) v tomto ohledu hovoří o stanovení cíle a významu rozhovoru. Zakouřilová (2014) v rámci přípravy na rozhovor uvádí, že pro zajištění pocitu bezpečí a důvěry, je potřeba správně zvolit místo a čas

pro rozhovor. Důraz klade na zařízení místnosti a další faktory, jako to, zda se v místnosti nachází další osoby, rozmístění sezení pracovníka a klienta, útulnost apod. Kadushin a Kadushin (2013) uvádějí, že rozhovory mohou být realizovány i mimo kancelář klienta, například v psychiatrické nemocnici, kdy klient může dokonce ležet na nemocničním lůžku, ale rozhovory mohou probíhat i u klienta v domácnosti, na veřejném místě, apod. Návštěva klienta v kanceláři pracovníka ukazuje na určitou motivaci a odpovědnost klienta. Naopak realizace návštěvy pracovníka u klienta doma může být vnímána ze strany klienta podezíravě a v případě neohlášené návštěvy může u klienta vést až k odporu (Kadushin & Kadushin, 2013).

Nyní se zaměřím na oslovení a přivítání klienta. Kadushin a Kadushin (2013) uvádějí, že eticky přijatelné je oslovovat klienta křestním jménem, ale pouze za předchozího souhlasu klienta. Důležitá je přiměřená míra pohostinnosti ze strany pracovníka, kdy je nutné brát na vědomí, že se nejedná o společenskou událost. Pohostinnost by měla být přiměřená klientovi a jeho rozpoložení. Například depresivního klienta by neměl pracovník euforicky vítat apod. Pracovník by měl klienta pozdravit, přivítat, dát pokyn k odložení kabátu, posazení apod. Pracovník by měl dát klientovi prostor se v místnosti zorientovat a uvědomit si první dojmy. Úvodní dotaz, jak se klient má, slouží především k navázání kontaktu a zjištění aktuální situace klienta. Na úvod rozhovoru volí pracovník obecnou konverzaci od každodenního sociálního kontaktu k formální interakci. Na závěr rozhovoru se děje stejný proces opačně, tedy od formální interakce rozhovoru přechází pracovník k neformální konverzaci (Kadushin & Kadushin, 2013). Zakouřilová (2014) upozorňuje na formu uvítání klienta a atmosféru celého prvního setkání, která rozhoduje o tom, jaká bude celá další komunikace. Způsob vedení prvního rozhovoru má značný vliv na další změny. Vztah výrazně ovlivňuje motivaci. Klient posuzuje pracovníka a podle toho se odvíjí motivace či nemotivace klienta.

Četnost setkání závisí na problému, který se má řešit, ale i od dalších faktorů, jako je potřeba klienta, v rozmezí jednou týdně až jednou za půl roku. Délka rozhovoru bývá nejčastěji jednu hodinu (Zakouřilová, 2014). Kadushin a Kadushin (2013) uvádějí, že na úvod rozhovoru by měl pracovník sdělit, kolik času na rozhovor společně mají. Kopriva (2016) uvádí, že délka rozhovoru by měla být 30–60 minut. Klientům při krizové intervenci je věnována hodina a pokud je klientovi věnován delší čas, cítí se tak, že je mu věnována větší pozornost a že se mu dostává zvláštního zacházení a svůj problém může vnímat jako výjimečný.

Na počátku je také důležité vymezit role, jaké jsou cíle a další pravidla (Zakouřilová, 2014). Mezi cíle prvního rozhovoru s klientem patří podle Kadushina a Kadushina (2013) identifikace problému, navázání vztahu a zvýšení motivace, zjištění, jak se klient doposud snažil problém řešit, s jakými výsledky, snaží se určit rozsah trvání a intenzitu problému. Obecně je první rozhovor zaměřen na zkoumání problému a vyžaduje větší aktivitu pracovníka. V dalších rozhovorech přejde rozhovor rychleji od neformálního k formálnímu a pracovník je méně aktivnější, rozhovor je zaměřen na intervenci, zahrnuje více konfrontace a interpretace, pracovník se stává vnímavějším (Kadushin & Kadushin, 2013).

### **Fáze otevření**

Jak již bylo uvedeno, na úvod je vhodné klienta pozdravit, začít neutrálním dotazem, jak se klient má, jak se mu daří a poté položit otevřenou otázku, aby klient mohl hovořit o tom, co považuje za důležité. Úlehla (2007) zmiňuje otázky vhodné na úvod, jako je: „Řekněte mi, co vás sem přivádí?“ nebo „Co pro vás mohu udělat?“. Ve fázi otevření je podle Úlehly (2007) základem nechat klienta hovořit o jeho tématu, neboť klient nejlépe ví, co potřebuje. Pracovník zůstává posluchačem klientova vyprávění, je otevřený možnostem a ponechává výběr metod a postupů na co nejpozdější dobu. Klient sám dokáže vyslovit, co si přeje, co by potřeboval. Pracovník by neměl přicházet s řešením, protože klient tak může mít pocit, že problém vyřešil, a zavírají se tím ostatní možnosti. Pro vytvoření bezpečí pro formulaci zakázky je důležitá důvěra, bezpečí a respekt (Úlehla, 2007).

Kadushin a Kadushin (2013) uvádějí, že mnoho lidí nemá představy o rozhovoru se sociálním pracovníkem a z toho důvodu je důležité, aby pracovník klienta vyzval a sdělil, že by potřeboval, aby klient povídal o potřebném problému. Podle Dlabala (2021), by pracovník měl sledovat linii příběhu, a pokud se klient ve vyprávění ztratí nebo se odkloní od tématu, může jej pracovník na to upozornit. Další možností je, že pracovník se dotazuje klienta na konkrétní téma. Pokud klient o tématu hovořit nechce, může to vést k jeho obhajobě a protiargumentaci. Vhodnější je zjišťovat o tématu aktuální stav, jaký je klientův cíl a co pro tento cíl již podniknul. Pokud klient sděluje, co potřeba udělat a co by měl znát, může to být signálem, že klient je motivovaný (Dlabal, 2021).

Úlehla (2007) zmiňuje zásady pro správné tzv. připojení ve fázi otevření, jako je naslouchání, dávat najevo zájem, pomáhat formulovat co si klient přeje, respektovat, vyjasňovat

svou pozici, nabízet pomoc a oceňovat. Od počátku spolupráce je důležité, aby pracovník klienta oceňoval v tom, co se mu povedlo a potvrzuje, že chápe klientovy potíže a bere je vážně. Taktéž Matoušek (2013) doporučuje na úvod rozhovoru nechat hovořit klienta a pokud je to možné, nechat klienta, aby si na řešení a návrhy přišel klient sám.

### **Fáze dojednávání**

Ve fázi vyjednávání Úlehla (2007) hovoří o *bezpečí*. Jedná se o základní hodnotu ve vztahu pracovníka a klienta. Bezpečí je důležité nejen na straně klienta, ale i na straně pracovníka. Je povinnost pracovníka postarat se o vlastní pocit bezpečí. Na to se vážou tři složky: pracovník ví, jak pomáhá, ví, podle čeho měří svou profesionalitu a podle čeho hodnotí úspěch své práce. Hovoří se o tzv. usebrání se, kdy pracovník by se měl před rozhovorem zaměřit a uvědomit si, co potřebuje k tomu, aby se během rozhovoru cítil dobře. Klient může být nepříjemný a nesympatický. Je na pracovníkovi, aby se naučil rozlišovat své pocity, ty pojmenovat a s nimi pak pracovat a nenechat je působit na další spolupráci. Je pravděpodobné, že klient vyvolává stejné pocity i v jiných lidech. Pracovník musí být schopen mluvit o nepříjemných tématech nebo tématech, které nejsou běžná. Pro klienta má pracovník vytvářet pocit bezpečí, že může s někým hovořit o tématech, o kterých doposud s ostatními hovořit nemohl. Pracovník by neměl klienta zavrhnout jako osobu, ale je možné, že nebude souhlasit s některými klientovými činy. U klienta si může pracovník ověřovat jeho pocit bezpečí otázkou, zda to, co právě dělají, je to, co klient potřebuje (Úlehla, 2007). Kadushin a Kadushin (2013) uvádějí, že počátek rozhovoru může být ze strany klienta doprovázen nejistotou, strachem a zmatením. V této fázi rozhovoru je důležitý větší směr a struktura rozhovoru. Klient může být v této fázi v afektu a může vnímat spolupráci jako nepříjemnou. Je důležité povzbuzení, podpora a empatie ze strany pracovníka, který klade otevřené a obecné otázky, aby zjistil klientovu situaci z jeho pohledu. Pracovník pokládá otázky, které se týkají neosobních, novějších a vědomých témat a známých informací, které mají nižší afektivitu pro klienta (Kadushin & Kadushin, 2013). Matoušek (2013) uvádí, že účelem je dozvědět se potřebné informace a je potřeba využívat naslouchání a pokládat správně otázky.

Kadushin a Kadushin (2013) uvádějí, že v této části rozhovoru se pracovník snaží s klientem prodiskutovat obsah, který má větší emocionální hloubku. Pracovník by měl předem určit strategii rozhovoru, kde si ujasní *rozsah a hloubku*. Pracovník musí vědět, jaký rozsah informací podle daného problému má být v rozhovoru pokryt. Rozsah se týká rozmanitosti

a množství potřebných údajů. Z toho vyplývá, že pokud je potřeba pokrýt velké množství údajů, není možné zabývat se informacemi příliš do hloubky. V této fázi rozhovoru využívá pracovník různé techniky pro ovlivňování témat rozhovoru, jejich rozsahu a hloubky. Kadushin a Kadushin (2013) zmiňují techniky *projekce pozornosti a zájmu, parafrázování, shrnutí, provádění přechodů a dotazování*.

### **Fáze průběh**

Podle Kadushina a Kadushina (2013) je z počátku rozhovoru důležité navázání vztahu a poznání situace klienta. Následuje uskutečnění změny prostřednictvím využití navázaného vztahu. Spolupráce je orientovaná na řešení problémů. Pracovník je v této fázi rozhovoru více aktivní a poskytuje rady. Tato fáze spočívá v intervenci zaměřenou na řešení problému. Úlehla (2007) v této fázi rozhovoru hovoří o *zplnomocňování klienta* v tom, v čem je dobrý, co se mu podařilo, vyzdvihuje dobré schopnosti a podporuje klienta, aby v tomto směru konal dál. Smyslem je změnit pohled klienta a vidět dobré i v tom, co původně klient vnímal jako špatné. Klient by na toto řešení měl přijít sám a zažít tak pocit vlastní kontroly nad životem.

Woodcock (2016) uvádí, že osoby s duševními potížemi prožívají často strach, úzkost a hněv. Z toho důvodu by měl sociální pracovník postupovat opatrně a citlivě, aby nedošlo k odcizení. Pracovník by se měl snažit o naladění se na klienta a jeho situaci, ale také na sebe samého a vnímat, zda na klientovu situaci nebo klienta samotného nenahlíží optikou stigmatizace, stereotypizace a předsudků. Dlabal (2021) doporučuje ocenit klienta v tom, v čem si myslí, že to klient očekává, co sám považuje jako zdařené, neboť při častém oceňování se může klientovi jevit pracovník jako hodnotitel soudce, kdežto při ocenění toho, co se jeví klientovi přijatelné, klient ocení pracovníka jako někoho, kdo si všiml toho, co klient zvládl. Pokud oceníme klientovy pozitivní osobní charakteristiky a klient je považuje za pravdivé, může to klient pojmout jako součást pozitivního sebepojetí. Vymětal (2004) sděluje, že oceňování a vyjadřování podpory vedou ke snížení nejistoty klienta a posilují jeho schopnost zabývat se náročnými tématy.

### **Dotazování**

Kadushin a Kadushin (2013) uvádějí, že by otázka měla být obecně jasná, srozumitelná, jednoznačná a dostatečně krátká, aby si ji klient zapamatoval. První věta může sloužit k uvedení

do kontextu nebo pro sdělení důvodů pro položení dané otázky a druhá věta by měla být již samotná otázka. Nejlepší otázky jsou takové, které navazují na klienta a jeho vyprávění a umožňují klientovi naslouchat, resp. vystávají, protože pracovník klientovi naslouchá, je zachována kontinuita v myšlení a nechává klienta více mluvit. Formulace otázky klade nárok na pracovníka, který musí přesně vědět, na co se chce zeptat. Otázky mají být jasné, stručné a mají zohledňovat úroveň slovní zásoby klienta. Otázky jsou pokládány za účelem dosažení hloubky a rozsahu k pomoci při řešení problémů a k přechodům na jiné téma. Otázkami pracovník podněcuje u klienta zkoumání různých oblastí, různě úrovně emocionality. Otázky vedou k objasnění, stimulují myšlení a cítění, pomáhají klientovi, aby přemýšlel o své situaci, pomáhají klientovi objasnit a chápat situaci (Kadushin & Kadushin, 2013).

Základní typy otázek jsou podle Vybírala (2005) *uzavřené a otevřené otázky*. Uzavřené otázky nerozvíjí rozhovor, klient na takové otázky odpovídá ano či ne. Úlehla (2007) uzavřené otázky nazývá *stvrzující otázky*. Otázka, na kterou je možné odpovědět ano a ne, je typická stvrzující otázka. Dále je uzavřená otázka typu buď anebo. Tímto dává pracovník rovnou omezenou možnost odpovědi. Doporučeno je vyhýbat se otázce „proč“, neboť často je v této otázce skrytá výtka, což vede k přebírání zodpovědnosti za klienta. Úlehla (2007) upozorňuje, že otázky týkající se problému vedou pracovníka k porozumění problému, ale zároveň problém upevňují. Dlabal (2021) uvádí, že pokládáním otázek pracovník vede rozhovor svým směrem. V otázce by neměl být zdůrazněn požadavek odpovědi, naopak měla by být zjmeněná o alternativy a zůstat co nejvíce otevřená, tak by klient měl možnost variabilní odpovědi.

Vhodnější jsou podle Úlehly (2007) *otázky otevírající*, a které vedou klienta k tomu, aby klient našel novou odpověď a vedou k vytvoření nového pohledu. Vhodné *otevírající otázky* jsou podle Úlehly (2007) otázky tzv. *konstruktivní*. Ty pomáhají vytvářet klientův pohled na svět a sám nalézá řešení. Vhodnou konstruktivní otázkou je například „Co se změní, až tento rozhovor skončí?“ V rámci otevírajících otázek Úlehla (2007) popisuje, že je možné položit také tzv. *zázračnou otázku*, která se zaměřuje na budoucnost. Otázka může znít, „Představte si, že se v noci stane zázrak, a váš problém se vyřeší. Jak to poznáte?“ Kadushin a Kadushin (2013) uvádějí, že otevřené otázky dávají klientovi svobodu, může příběh vyprávět po svém a podporuje tak důvěru. Pokud má klient málo zkušeností s rozhovory, mohou se mu naopak otevřené otázky jevit jako ohrožující, v rozhovoru je málo struktury a směru a klient neví, o čem má mluvit, jak zorganizovat příběh. Podle Kadushina a Kadushina (2013), na dotaz



pracovníka, co klienta přivádí do služby, tedy na otevřenou otázku, může klient odpovědět relevantně nebo může sdělit, že si není jistý, kde začít. Pak by měl pracovník do rozhovoru přinést více struktury a klienta směřovat pomocí tzv. uzavřených otázek, které přináší dynamiku. Ty je vhodné pokládat také v situaci, která je velmi nepřehledná a kdy pracovník potřebuje získat konkrétní informace. Pracovník použije otevřené otázky, pokud potřebuje zúžit rozsah. Položení otevřené otázky umožňuje, aby klient nevnášel do rozhovoru témata, která jsou v danou chvíli nepodstatná. Pokud klient neví a není si jist, uzavřené otázky přinesou dynamiku. Pokud je však interakce příliš rychlá, uzavřené otázky naopak přinesou zpomalení a sníží míru emocionalitu u velmi otevřeného klienta, který ihned na úvod sdílí mnoho informací. Pracovník může uzavřené otázky použít také u tématu, které je citlivé a které se klient může obávat sdílet v rámci otevřené otázky. Umění klást otázky závisí na citlivosti pracovníka, který musí zvažovat, jaká otázka je vhodná, v jaké fázi a místě rozhovoru. Model typu otázka odpověď je nejméně vhodný, neboť nerozvíjí vztah mezi pracovníkem a klientem (Kadushin & Kadushin, 2013).

Úlehla (2007) popisuje ještě *měřicí otázku* typu, kdy si má klient představit desetibodovou stupnici a má ohodnotit, jak mu bylo, když se cítil nejhůře a jak se cítí nyní. Pomáhá to klientovi vidět, jak se posunul a kolik toho udělal na cestě k vyřešení problému. Dlabal (2021) u měřících otázek sděluje, že jsou důležité při vedení klienta od současného stavu do požadovaného. Vymětal (2004) upozorňuje na *otázky sugestivní*, kterým by se měl pracovník vyhnout. Jako nevhodné Kadushin a Kadushin (2013) taktéž zmiňují používání *sugestivních otázek*, které doporučuje pouze vysoce kompetentním pracovníkům, neboť mohou zkreslovat odpověď klienta, z důvodu vysoké předpojatosti očekávané odpovědi.

### **Fáze ukončení**

Podle Kadushin a Kadushin (2013), konec rozhovoru souvisí s účelem rozhovoru, pokud byl cíl rozhovor naplněn, není třeba pokračovat do konce stanoveného času. Naopak, pokud čas vypršel a nebyl naplněn cíl rozhovoru, rozhovor může být přerušen a pokračováno v rozhovoru při dalším setkání. Pokud jsou si klient i pracovník vědomi konečnosti rozhovoru a časového rozmezí, mohou efektivněji vynakládat úsilí. Pracovník by měl rozhovor naplánovat tak, aby nedošlo k velké únavě klienta. Hodina až hodina a půl je dlouhá doba, a pokud se jedná o emocionálně náročný rozhovor, může se dostavit únava ještě dříve. Pracovník může na závěr zmiňovat, že se chýlí k naplnění času a může i neverbálními gesty naznačovat konec rozhovoru,

například utříděním papírů. Pracovník si může dojmy klienta ohledně ukončení rozhovoru ověřit a dotázat se klienta na pocity ohledně ukončení rozhovoru. Při ukončování rozhovoru by měl pracovník mírnit pocity, afekty a emocionální složku rozhovoru. Může se stát, že klient nepocituje naplnění účelu, či mu čas vymezený k rozhovoru nestačil a nereaguje na verbální i neverbální sdělení pracovníka o ukončení rozhovoru. Zde je potřeba s klientem dohodnout další termín. Pracovník stručně zrekapituluje, co bylo řešeno, jaká rozhodnutí byla konzultována a co je třeba ještě vyřešit. Na závěr se pracovník s klientem rozloučí, případně jej vyprovodí. Psaní poznámek se nedoporučuje, neboť pracovníkovi uniká část neverbální komunikace. Zapisování poznámek může u klienta narušit sdělení přemýšlením o tom, proč si pracovník zrovna právě zapisuje apod. Výjimkou je poznamenání dat, kontaktů apod. Pokud se pracovník rozhodne si poznámky zapisovat, měl by o tom předem informovat klienta a obeznámit ho s účelem psaní poznámek. Klient by měl mít možnost na jeho žádost do poznámek nahlížet. Klient si může rovněž při rozhovoru psát poznámky (Kadushin & Kadushin, 2013). Novosad (2009) uvádí, že poznámky a písemné záznamy se provádějí s ohledem na psychický stav klienta, ale i s ohledem na individuální přístup a vztah mezi pracovníkem a klientem.

Matoušek (2013) zdůrazňuje, že významné informace mohou ze strany klienta přijít až poté, co byl ukončen formální rozhovor. Podle Kadushina Kadushina (2013), rozhovor i po skončení pokračuje v mysli pracovníka i klienta. Pracovník si může v rámci hodnocení položit několik otázek ohledně toho, jaký byl účel rozhovoru, zda bylo účelu dosaženo, jaké byly zvoleny intervence k dosažení účelu a další otázky ohledně pocitů z rozhovoru, konfliktu v rozhovoru apod. (Kadushin & Kadushin, 2013).

## **6 Techniky a psychoterapeutické přístupy vhodné pro rozhovory s klienty s duševními onemocněními**

V této kapitole popisují techniky využívané při rozhovorech v sociální práci. Jedná se o jednotlivé techniky aktivního naslouchání – empatie, parafrázování, reflexe pocitů, zrcadlení, shrnutí a rekapitulace. Tyto techniky zde uvádím, neboť se jedná o nástroj sloužící k navázání a prohloubení důvěry, k efektivní komunikaci a porozumění při rozhovoru. Sociální pracovník by měl umět jednotlivé techniky používat a osvojit si taktéž jejich roli a přínos tak, aby pracovník věděl, v jaké fázi a části rozhovoru jakou techniku využít. Technik využívaných při rozhovoru v sociální práci je mnoho. Uvádím zde vybrané techniky, které považuji za důležité ve vztahu k lidem s duševním onemocněním, neboť je velmi důležité, aby klient s duševním onemocněním pociťoval od pracovníka porozumění, k jehož získání napomáhají uvedené techniky.

Vzhledem k zaměření studovaného oboru – Sociální práce se zaměřením na aplikovanou psychoterapii a komunikaci, považuji za důležité uvést některé základní psychoterapeutické přístupy, které je možné využít při práci s klientem s duševním onemocněním. Jedná se o empatické rozhovory, otevřený dialog, motivační rozhovory, a především přístup zaměřený na člověka od Carla Ransoma Rogerse. Přístup zaměřený na člověka zde podrobněji uvádím z toho důvodu, že uvedené principy a zásady uvedené ve všech kapitolách této práce nejvíce korespondují s principy a zásady tohoto přístupu.

### **6.1 Techniky aktivního naslouchání**

Techniky pomáhají naplnit různý účel, od navození důvěry, po ukončení rozhovoru. Znalost technik a schopnost je využít v pravý čas patří k dovednostem pracovníka. Důležité je nezaměřit se na techniky natolik, aby pracovník zapomněl na klíčový prvek rozhovoru a to je budování vztahu (Flowers & Schwarz, 2022). Uvedené techniky může pracovník kombinovat, některé by měl využívat po celou dobu rozhovoru. Pracovník by měl svým citlivým přístupem dokázat jednotlivé techniky zapojit do rozhovoru tak, že rozhovor bude nadále plynout zcela přirozeně a pokud možno uvolněně.

Naslouchání je podle Kopřivy (2016) aktivní proces, kdy je důležité pozorně sledovat, co druhý říká. To vyžaduje stálou přítomnost bez výrazné myšlenkové aktivity. Dále je důležité nehodnotit, být konkrétní a respektovat autonomii druhého. Podle Zakouřilové (2014), by měl

pracovník využívat techniky aktivního naslouchání – parafrázování, shrnování, oceňování, povzbuzování, vyjasňování a zrcadlení. Mezi techniky aktivního naslouchání řadí Andrášiová a Bednařík (2020) empatii, parafrázování, objasňující otázky, sumarizaci, povzbuzování ke sdílení a oceňující výroky. Podle autorů se jedná o komplexní vnímání.

První technikou aktivního naslouchání je *empatie*. Rogers (2014) popisuje empatii, jako nejmocnější prvek v navození změny a učení. Zároveň empatii popisuje jako dočasně žít život druhého člověka, v něm se orientovat a přitom nehodnotit. Vymětal (2004) popisuje empatii jako vnitřní zážitek sdílení a porozumění. Empatický pracovník se dočasně identifikuje s klientem a dokáže tak lépe pochopit klientovo vnímání a prožívání a následně porozumět pocitům a zpracovat je. Výrost a Slaměnik (2008) uvádějí, že empatií pracovník rozpozná vnitřní prožívání klienta a může ovlivnit jeho nepříjemný stav. Vybíral (2005) hovoří o empatickém přístupu, kdy naslouchající slyší nejen osobní význam sdělovaného, ale může porozumět i tomu, co je za vědomím toho, co klient sděluje. Jedná se o odstraňování předsudků, schémat a stereotypů a schopnost soustředit veškerou pozornost na obsah sdělení. Kadushin a Kadushin (2013) popisují, že v rámci empatie pracovník musí odlišit své pocity od pocitů klienta a vysvětluje, že přílišná empatie může vést k identifikaci s klientem a ke ztrátě objektivity. Elliott a Ragsdale (2020) prováděli kvalitativní studii zaměřenou na pracovníky v oblasti duševního zdraví s duševním onemocněním, kdy zkoumali zkušenosti těchto pracovníků. Bylo zjištěno, že přímá zkušenost s duševním onemocněním zvýšila schopnost vcítit se do klienta, ale na druhou stranu díky této zkušenosti mohla empatie spustit příznaky onemocnění u pracovníka.

Další technikou aktivního naslouchání je technika *parafrázování*. Podle Dlabala (2021), když klient sdělil téma, kterému by se chtěl věnovat, nebo je dané téma, které se má řešit, je vhodné sdělení tématu klienta parafrázovat, čímž pracovník dává najevo, že sleduje a poslouchá klientovo téma. Taktéž tím dává najevo, že rozumí a vyjadřuje akceptaci. Parafráze je vhodnější než otázka, neboť v klientovi nevyvolává obranné postoje (Dlabal, 2021). Pokud by klient svým negativním sdělením vytvářel překážky, je vhodné použít *aktivní parafrázování*, kdy pracovník shrne hlavní obsah sdělení a zároveň zjemňuje nebo zvýrazňuje některou z částí a tím umožňuje v budoucnu otevřít i další varianty. Pracovník tedy zvýrazňuje přijatelnější část sdělení a upozadňuje méně přijatelnou (Dlabal, 2021).

Další technikou aktivního naslouchání je podle Kadushina a Kadushina (2013) *reflexe pocitů*. Technika reflexe pocitů je podobná parafrázi a zintenzivňuje hloubku rozhovoru. Parafráze se zabývá obsahem sděleného, reflexe pocitů se zaměřuje na afektivní složku a je náročnější, neboť jde o překlad emocí, které nejsou však vždy verbalizovány, ale mohou se projevit i neverbálně. Reflexe pocitů i parafráze prohlubují vztah prostřednictvím sdílení a porozumění, a pokud jsou v souladu, svědčí to o vysoké empatii pracovníka, který se dokázal vcítit do klientových sdělení a pocitů a vhodně je reflektovat a parafrázovat. Klientovi to dává možnost naslouchat sám sobě skrze sdělení pracovníka, lépe si uvědomuje, co cítí. Reflexe pocitů by měla probíhat bezprostředně, klienta povzbuzuje v pokračování sdílení pocitů (Kadushin & Kadushin, 2013).

Další technikou aktivního naslouchání je *zrcadlení*. Díky technice zrcadlení, pracovník sníží tempo hovoru, a to prostřednictvím zopakování toho, co pracovník slyší, že klient sděluje (Sand, 2018). Amador (2019) vysvětluje, že zrcadlením dává pracovník klientovi najevo, že jeho sdělení pochopil. Zrcadlení pracovník činí, aniž by sdělení klienta jakýmkoliv způsobem hodnotil nebo komentoval.

Poslední uvedenou technikou aktivního naslouchání je technika *shrnutí a rekapitulace*. Podle Kadushina a Kadushina (2013), shrnutí a rekapitulace pomáhají rozšířit rozsah a to tak, že pracovník shrne, co již bylo řečeno a udá další směr rozhovoru. Pracovník tak ujasní, co již bylo probráno a čemu je potřeba se ještě věnovat. Shrnutím pracovník třídí více relevantní informace od méně relevantních. Shrnutí se provádí zejména u přechodu na jiné téma rozhovoru. Na konci rozhovoru se provádí podrobnější shrnutí a pracovník může naznačit směřování dalšího rozhovoru. Důležitá je i zpětná vazba klienta ke shrnutí, neboť může za významné považovat jiné body rozhovoru než pracovník (Kadushin & Kadushin, 2013).

## **6.2 Psychoterapeutické přístupy využívané při rozhovorech s klienty s duševním onemocněním.**

Sociální pracovník zpravidla neposkytuje psychoterapii, ale poradenství, které je více zaměřeno na praktickou pomoc. Sociální pracovníci však často čerpají jednotlivé prvky z psychoterapeutických přístupů. Šupa (2017) hovoří o tom, že psychoterapie obohacuje činnost sociálního pracovníka tím, že dochází k lepšímu porozumění chování a motivace a celkově obohacuje rozhovor s klientem.

### **6.2.1 Empatické rozhovory**

Kratochvíl (2017) uvádí jako jednou z metod psychoterapie empatické rozhovory, kdy se pracovník schází pravidelně s klientem při rozhovorech, které trvají přibližně hodinu. Pracovník nechává klienta hovořit o svém tématu, povídání neusměřňuje, nehodnotí, používá techniku zrcadlení, klade se důraz na emoční složku a na prožívání. Rozhovor slouží k sebepoznání klienta. Pracovník vyprávění klienta nehodnotí, nedává rady, pozorně naslouchá. Tato metoda dle mého názoru koresponduje se zjištěnými prvky v oblasti zkušeností a potřeb z výzkumné části této práce, kdy tomu, jak by měly být rozhovory vedeny, odpovídá metoda empatických rozhovorů.

### **6.2.2 Otevřený dialog**

Přístup otevřeného dialogu vznikl ve Finsku a usiluje o komunitní přístup založený na multidisciplinaritě a koordinaci pomáhajících profesí v péči o osoby s duševním onemocněním. Dialog spočívá v propojení sítě pomáhajících pracovníků a klienta a jeho rodiny (Arnkil & Sikkula, 2013). Přístup otevřeného dialogu funguje v rámci komunitního modelu poskytování podpory lidem s duševním onemocněním a může vést k etické a nákladově efektivní léčbě a podpoře (Aaltonen, Alakare & Seikkula, 2011). Tento přístup zde uvádím, neboť se jedná o přístup, který uplatňuje spolupráci v týmu a je významný z hlediska spolupráce s klienty i se závažnými duševními onemocněními (Otevřené dialogy, n. d.)

### **6.2.3 Motivační rozhovory**

Podle Soukupa (2014) je nejdůležitějším předmětem tohoto přístupu změna a motivace klienta ke změně. Klient má často ambivalentní prožitek mezi současným stavem a představou o změně. Ve chvíli, kdy se klient začíná přiklánět ke změně, začíná vidět nedostatky a přiklání se ke druhé variantě. Ambivalence je přirozená a je součástí procesu změny. Její úbytek poznáme jak z řeči klienta, tak z neverbálního chování. Při ambivalenci, klient začíná uplatňovat obhajovací reflex, je to tendence se přiklonit k opačnému stanovisku. Důležité je vyhnout se napravovacímu reflexu, kdy pracovník v pomáhající profesi má tendenci ochránit klienta před rizikem. Předpokladem ke změně u klienta a k dosažení fáze změny v tomto přístupu je nutné, aby klient vnímal důležitost změny a důvěřoval ve své schopnosti (Soukup, 2014). Technika motivačních rozhovorů je založena na důkazech a využívá komunikaci s klientem založenou na vztahu s důrazem na podporu autonomie klienta a jeho spolupráci

a soucit. Tato technika je často využívá při léčbě zvilosti a motivují ke změně v chování (Hohman, 2021). Motivační rozhovory jsou vhodnou technikou pro spolupráci s klienty, kteří mají potíže se zvilostí na návykových látkách. Tento přístup uvádím v návaznosti na problematiku spolupráce s klienty s tzv. duální diagnózou, se kterými byla provedena část výzkumné části diplomové práce.

#### **6.2.4 Rogersův přístup zaměřený na člověka**

Přístup zaměřený na člověka je řazen do oblasti humanistické psychologie. Autorem je Carl Ransom Rogers. Vymětal (2007) popisuje humanistický přístup jako takový, který zdůrazňuje lidskou jedinečnost a osobní růst a rozvoj. Ve vztahu pracovník – klient pak klade důraz na autenticitu a přístup pracovníka jako osobnosti, nikoliv jako experta. Hlavním bodem tohoto přístupu je setkání a hlavním prostředkem léčby v tomto přístupu je rozhovor.

Za nejdůležitější považoval Rogers (2014) vztah. Nykl (2012) sděluje, že Rogers přisuzoval vztahu mezi klientem a pracovníkem takovou sílu, že se domníval, že samotný pohovor s klientem je terapeutický, čímž způsobil změnu v oblasti sociální práce. Přístup zaměřený na člověka spočívá v tom, že těžištěm je vztah a jeho proces, nikoliv zaměření na problémy a vnitřní konflikty člověka. Akceptace a empatie jsou první postoje vedoucí k navázání důvěrného vztahu, který směřuje k růstu osobnosti a který je založen na akceptaci klienta neboli bezvýhradné přijetí, který u klienta vzbuzuje pocit důvěry. Důležitá je také empatie, díky které dokáže pracovník vnímat vnitřní svět druhého. Pokud klient nemá pocit důvěry, může to vést k pocitu ohrožení, klient nebude ochoten sdílet svůj vnitřní svět. Naopak při navázání důvěry je klient schopen své pocity nejen popsat, ale rovněž je prožít. Další důležitý faktor vztahu je opravdovost neboli kongruence, kdy se jedná o vnitřní a nezkrývanou symbolizaci prožívání a otevřené vyjádření druhému, kdy pracovník nezachází ve vztahu do nejasných a rizikových míst. Takové kongruenční jednání není možné, pokud jsou zde obavy a strach. (Nykl, 2012). Mašková et al. (2023) popisují autenticitu rovněž jako důležitý faktor, který zlepšuje vzájemný vztah, neboť autenticita je spojená s extroverzní osobností, která je spojená s otevřeností. Autentický člověk dokáže lépe přijímat vzniklé konflikty a společná spolupráce díky autenticitě pracovníka nabývá přirozenosti. Rogers (2020) popisuje, že tento přístup vychází z toho, že jedinec má schopnost naplnit svůj vlastní potenciál (sebeaktivační tendence), není nutné stanovit cíl zvenčí, ale klient je schopen si cíl určit sám. Jedná se o důvěru v člověka. Sebeaktivační se projevuje ve zvyšování autonomie, celistvosti a odpovědnosti.

Za mocnou sílu změny považuje Rogers (2014) empatické naslouchání. Rogersův přístup zaměřený na člověka považují za univerzální přístup, jehož prvky je vhodné uplatňovat v sociální práci obecně a jeví se jako vhodný i pro oblast sociální práce s klienty s duševním onemocněním.



## **7 Metodologie**

### **7.1 Cíle a výzkumné otázky**

Zkoumaným problémem ve výzkumné části diplomové práce je využití rozhovoru jako prostředku porozumění a podpory v sociální práci s osobami s duševními onemocněními, a jak rozhovor provést co nejlépe tak, aby klientovi mohla být poskytnuta potřebná podpora.

Pro diplomovou práci jsem stanovila následující cíl a výzkumné otázky:

Cíl: Cílem této diplomové práce je popsat zkušenosti a potřeby osob s duševním onemocněním a zkušenosti pracovníků v pomáhajících profesích ve vztahu k rozhovorům.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou zkušenosti a potřeby osob s duševním onemocněním ve vztahu k rozhovorům?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou zkušenosti pracovníků v pomáhajících profesích ve vztahu k rozhovorům?

### **7.2 Metodika**

Výzkumnou strategií pro diplomovou práci byl kvalitativní výzkum prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. V diplomové práci jsem použila prvky metody zakotvené teorie. Pro získání co nejkomplexnějšího pohledu na zkoumaný problém jsem získala data od dvou skupin respondentů – osoby s duševním onemocněním a pracovníci z pomáhajících profesí.

#### **Výzkumný soubor, průběh sběru dat**

Výběr výzkumného souboru jsem zvolila tak, že jsem nejprve charakterizovala kategorii respondentů osob se zkušeností s duševním onemocněním, kdy záměrem bylo původně oslovit osoby s vybranými duševními onemocněními, které budou mít danou vybranou diagnózu. Při realizaci intenzivní odborné praxe v léčebné komunitě pro osoby s duševními potížemi, kde jsem nabídla klientům komunity možnost realizace rozhovorů, projevil o rozhovory zájem několik klientů komunity. Postupně se v průběhu realizace rozhovorů s těmito klienty ukázalo, že jejich výpovědi jsou natolik obsáhlé a pestré, že představují dostatečné vyčerpání souboru (ne však zcela úplného) a že není třeba oslovovat další respondenty. Klienti komunity měli

diagnostikované tzv. duální onemocnění, které popisují v teoretické části. Duální diagnóza představuje širokou škálu různých typů duševního onemocnění souběžně s diagnózou závislosti a zahrnuje tedy téměř všechna duševní onemocnění. V názvu diplomové práce tedy zůstalo označení vybraná duševní onemocnění, neboť realizované rozhovory zahrnují výpovědi respondentů s duševními onemocněními, které jsem označila za vybrané, neboť jsem se dalšími typy duševních onemocnění nezabývala. Mezi vybrané duševní onemocnění tedy uvádím tzv. duální diagnózy, kterou měli diagnostikovanou všichni respondenti a které zahrnují diagnózy duševního onemocnění a závislost na návykových látkách.

Následně jsem charakterizovala kategorii pomáhajících profesí. Přestože se diplomová práce zabývá rozhovorem mezi sociálním pracovníkem a klientem, původním záměrem bylo oslovit kromě sociálních pracovníků například i psychology, terapeuty a psychiatry, aby byl získán ucelený pohled na rozhovory a jejich správné vedení. Po provedených rozhovorech v terapeutické komunitě jsem se pokoušela zjistit, zda by bylo možné provést rozhovory s pracovníky komunity, což mi nebylo umožněno. Vzhledem k předchozím pracovním zkušenostem jsem měla dva kontakty na sociální pracovníky pracující s osobami s duševním onemocněním, kdy se následně ukázalo, že oba sociální pracovníci pracují jako terénní sociální pracovníci a jejich klienti jsou často lidé s duálními diagnózami. Následně se mi podařilo získat, díky kontaktům v aktuálním zaměstnání, kontakt na lékařku, která pracuje jako psychiatr a psychoterapeut s lidmi s duševním onemocněním, se kterou byl proveden další rozhovor. Na závěr byl oslovený peer pracovník, kterého jsem potkala v rámci svého zaměstnání. Peer pracovník byl pro rozhovor záměrně vybrán poté, co na tuto profesi odkazovaly ve svých rozhovorech tři ze čtyř respondentů osob s duševním onemocněním. Podařilo se mi tedy naplnit původní záměr a všichni mnou oslovení respondenti byli ochotni mi rozhovor poskytnout. Rozhovory z této kategorie jsem tedy realizovala se dvěma sociálními pracovníky, s psychiatrem, který zároveň poskytuje terapeutickou péči a s peer pracovníkem. Sběr dat skončil ve chvíli, kdy se informace v rozhovorech začaly opakovat. Nejprve jsem realizovala rozhovory s osobami s duševním onemocněním a následně s odborníky z pomáhajících profesí.

Rozhovory byly uskutečněny prostřednictvím tzv. polostrukturovaných rozhovorů. Na základě teoretické části byly, podle jednotlivých kapitol a podkapitol sestaveny otázky tak, aby bylo zjištěno a ověřeno, zda literatura koresponduje s výpovědi respondentů a zároveň byl zvolen typ polostrukturovaného rozhovoru, aby byl dostatek prostoru pro témata, která se sama

v průběhu rozhovoru objeví. Otázky sestavené na základě teoretické části diplomové práce a dostupné literatury byly následně seskupeny do témat a okruhů, jejichž seznam se nachází v příloze č. 1. Pro každou ze dvou kategorií respondentů byl vytvořen okruh otázek zvlášť. Otázky a okruhy byly spíše vodítkem při vedení rozhovoru. Nebyly vždy položeny všechny otázky všem respondentům, aby bylo kontrolováno, zda jsou postupně naplňována uvedená témata alespoň tak, aby do rozhovoru nebylo příliš zasahováno.

Rozhovory realizované s respondenty jsou uvedeny ve zvláštní příloze, která je součástí mého osobního archívu. Rozhovory byly zcela anonymizovány pro zachování anonymity respondentů. Rozhovory jsou označeny číslem. Délka rozhovorů byla 45–60 minut. Rozhovory byly zaznamenány na diktafon a následně doslovně přepsány pro další analýzu dat. Rozhovory s osobami s duševním onemocněním probíhaly v zázemí terapeutické komunity, v místnosti určené k ranním a večerním komunitám, kde probíhají i společné terapie klientů. Rozhovory s odborníky z pomáhajících profesí byly realizovány v kanceláři pracovníků, které využívají pro svou práci s klienty. Rozhovory byly tedy realizovány v prostředí všem respondentům dobře známém, což mohlo přispět k zajištění bezpečí a uvolnění respondentů při realizaci rozhovorů.

## 8 Sběr a analýza dat

Analýzu dat jsem provedla pomocí využití prvků a principů metody zakotvené teorie – metody kontrastování. Získaná data jsem nejprve zpracovala pomocí otevřeného kódování, kdy byly jednotlivým významům přiděleny kódy – významové jednotky. Každá ze skupin respondentů (osoby s duševním onemocněním a pracovníci z pomáhajících profesí) byla kódovaná zvlášť. Tato fáze otevřeného kódování byla provedena dvakrát z důvodu kontroly, zda nedochází k příliš obecnému kódování významů. Následně jsem kódy seskupila do vyšších významových celků – podkategorií, kategorií a do tematických okruhů podle výzkumných otázek. Vznikly tedy dvě skupiny kódů, kategorií, podkategorií a tematických okruhů za každou skupinu respondentů zvlášť. Některé z kódů tvořily samostatnou kategorii bez podkategorie, neboť jejich obsah přímo odkazoval na kategorii.

Další fáze metody zakotvené teorie nebyly dále zpracovány z důvodu rozsahu práce. Porovnání obou skupin respondentů uvádím v závěrech a diskuzi.

### **Harmonogram**

Přípravu na výzkumnou část diplomové práce jsem realizovala v květnu a červnu 2023. Rozhovory s osobami s duševním onemocněním jsem provedla a vyhodnocovala v měsících červenec a srpen 2023. Rozhovory s odborníky z pomáhajících profesí jsem provedla a vyhodnocovala v mezi měsíci listopad 2023–únor 2024. Výsledné zpracování získaných dat probíhalo v únoru a březnu 2023.

### **Etika výzkumu**

Respondenty výzkumu jsem před realizací rozhovoru seznámila s informovaným souhlasem, kdy jsem sdělila účel sběru dat, který sloužil pro výzkumnou část diplomové práce. Dále, že rozhovor bude zcela anonymizován a bude uveden v příloze diplomové práce, kdy je možné, že citace výpovědí respondentů budu podle potřeby uvádět v práci samotné. Dále bylo sděleno, že je pořizován záznam na diktafon, který slouží výhradně pro zpracování dat do psané formy. Všichni respondenti se sdělenými informacemi souhlasili. Rozhovory byly anonymizovány tak, že byla zcela zakryta jména respondentů, města a konkrétní názvy služeb, o kterých respondenti hovořili.

## **9 Výsledky analýzy**

V této části práce uvádím analýzu a interpretaci dat získaných prostřednictvím rozhovorů. Analýzu jsem provedla uvedením tematických okruhů, kategorií, podkategorií a v některých případech ještě podtémat s popisem obsahu kategorií a podkategorií a uvedením příkladu přímé výpovědi respondenta. Některé kategorie a podkategorie analýzy by šlo seskupit, rozdělit a jinak uspořádat. Vzhledem k rozsáhlosti získaných dat jsem zvolila rozdělení na kategorie a podkategorie, které se přirozeně tvořily v průběhu kódování. Pokud se některé podkategorie jeví jako nejasné ve vztahu ke kategoriím, třídila jsem podkategorie podle rozdělení teoretické části diplomové práce. Nejprve jsem popsala analýzu získaných dat od osob s duševním onemocněním a následně analýzu dat získanou od pracovníků z pomáhajících profesí.

### **9.1 Výsledky analýzy skupiny respondentů osob s duševním onemocněním**

Analýza skupiny respondentů s duševním onemocněním byla rozdělena na dva tematické okruhy, a to na tematický okruh 1 - Zkušenosti osob s duševním onemocněním ve vztahu k rozhovorům a tematický okruh 2 – Potřeby klientů s duševním onemocněním při rozhovoru. Tematické okruhy byly stanoveny na základě výzkumných otázek diplomové práce, kterými jsou: Jaké jsou zkušenosti a potřeby osob s duševním onemocněním? Jaké jsou zkušenosti pracovníků v pomáhajících profesích ve vztahu k rozhovorům? Následně byly tematické okruhy ještě rozčleněny do kategorií, podkategorií a u některých podkategorií ještě do menších podtémat. Jednotlivé kategorie byly vytvořeny na základě cíle diplomové práce – popsat zkušenosti a potřeby osob s duševním onemocněním ve vztahu k rozhovorům a popsat zkušenosti pracovníků v pomáhajících profesích ve vztahu k rozhovorům. Názvy podkategorií vznikly na základě popisu obsahu kódů v dané podkategorii a u některých podkategorií vznikla ještě podtémata, neboť obsahovaly kódy obsahující ještě dílčí téma. Pro přehlednost jsem u každé podkategorie a podtématu uvedla i název kategorie, aby bylo jasné, k jaké kategorii se jednotlivé podkategorie vztahují.

#### **9.1.1 Tematický okruh 1: Zkušenosti osob s duševním onemocněním ve vztahu k rozhovorům**

Z oblastí zkušenosti ve vztahu k rozhovorům bylo zjišťováno, zda osoby s duševním onemocněním, které prošly několika službami a zařízeními, mají zkušenosti se sociálním

pracovníkem a jaké jsou tyto zkušenosti. Dále byly zjišťovány zkušenosti s osobností sociálního pracovníka, se vztahem mezi pracovníkem a osobou s duševním onemocněním, s neverbální komunikací, s rozhovorem a s technikami využívanými při rozhovoru. Dále jsou zde popsány kategorie zkušenosti se sebestigmatizací a jak ovlivňuje rozhovor. Následují kategorie, které se během rozhovoru samy objevily ve výpovědi osob s duševním onemocněním. Na daná témata nebyla osoba s duševním onemocněním dotazována, ale zmínila je sama. Jedná se o kategorie zkušenosti s pozdním příchodem, zážitek společného pláče klienta a pracovníka a zkušenosti s humorem.

### **Kategorie: Zkušenosti se sociálním pracovníkem**

V rámci kategorie zkušenosti se sociálním pracovníkem byly pojmenovány podkategorie zkušenosti se sociálním pracovníkem a jeho činností, zkušenosti s pracovníkem na úřadě versus ve službách a zkušenosti s četností kontaktů.

#### **Podkategorie: Zkušenost se sociálním pracovníkem a jeho činností**

V rámci této podkategorie byly nejprve sdíleny zkušenosti osob s duševním onemocněním se sociálním pracovníkem a jejich představy o profesi sociálního pracovníka, ale i zkušenost taková, že se se sociálním pracovníkem zatím neseťkaly. Zkušenosti se sociálními pracovníky jsou v kontextu zajištění dávek a důchodů, zprostředkování služeb a léčby a insolvence.

*„Sociální pracovník je ten, co domlouvá důchody...“ (Rozhovor č. 2)*

Následně pak byly sdíleny zkušenosti v rámci konkrétních služeb, kdy dvě osoby s duševním onemocněním hovořily o spolupráci se sociálním pracovníkem, kdy bylo zřejmé, že s pracovníkem navázaly vztah a delší spolupráci.

#### **Kategorie: Zkušenosti se sociálním pracovníkem/ Podkategorie: Zkušenost se sociálním pracovníkem na úřadě versus ve službách**

Srovnání sociálního pracovníka na úřadě se sociálním pracovníkem ve službách uvedla jedna osoba s duševním onemocněním, kdy měla tato osoba zkušenost takovou, že pracovník se nezajímá o klienta jako takového, ale snaží se co nejrychleji vyřešit zakázku. Na rozdíl od pracovníka ve službách, pracovníka na úřadě nezajímá, jak se klient má a je nepřijemný:

*„ ...a ty úřady, to je katastrofa, ty sociální pracovníky na úřadech nezajímá, jak se ten člověk má vlastně, oni jedou podle stroje vlastně...“ (Rozhovor č. 1)*

**Kategorie: Zkušenosti se sociálním pracovníkem/Podkategorie: Zkušenosti s četností kontaktů se sociálním pracovníkem**

Zkušenosti s četností kontaktů s pracovníkem se lišily. Jedna z osob vypověděla, že se s pracovníkem setkala devětkrát. Další z osob s duševním onemocněním sdělila, že kontakt s pracovníkem byl každodenní a přetrvává doposud i po skončení služby:

*„ ...a každý den jsme se viděli (ehhm) a jsem doposud vlastně v kontaktu vlastně (ehhm, ehhm)“ . (Rozhovor č. 1)*

**Kategorie: Analýza osobnosti pracovníka**

Významnou kategorií, která určuje průběh celého rozhovoru a která se ve výpovědích osob s duševním onemocněním často objevovala a jeví se jako klíčová, je osobnost sociálního pracovníka, která první působí na klienta a ovlivňuje další kategorie v tomto okruhu. Pokud osobnost pracovníka není taková, jaká by měla být, není možné realizovat ani další oblasti rozhovoru tím nejvhodnějším způsobem. Osobnost pracovníka je určující pro vytvoření dobrého vztahu i pro správné vedení rozhovoru. V rámci osobnosti sociálního pracovníka se objevilo několik podkategorií – sympatie, jaký má být sociální pracovník, zásady toho, co by měl pracovník udělat, jaký by pracovník neměl být, přístup pracovníka ke klientovi, dodržování etických zásad ze strany pracovníka, vizáž pracovníka a její vliv na rozhovor, význam vzdělání pracovníka a význam pohlaví pracovníka. Překvapivou podkategorií pro mě bylo vzdělání pracovníka, které osoby s duševním onemocněním různě hodnotily a vnímaly. Překvapivá byla tato podkategorie v tom, že jsem nečekala, že budou osoby s duševním onemocněním mít k tomuto tématu tolik sdílení a podnětů.

**Kategorie: Analýza osobnosti pracovníka/Podkategorie: Sympatie**

Sympatie byly zmíněny jako hlavní faktor při dotazování na to, jaký by měl pracovník být:

*„ ...taky jsem v něm viděla jakoby sympatii, prostě nějakou, že mi ten člověk byl sympatickejší.“ (Rozhovor č. 2)*

**Kategorie: Analýza osobnosti pracovníka/Podkategorie: Jaký má být sociální pracovník**

Sociální pracovník by měl být flexibilní, měl by mít přehled, měl by vědět, co má dělat, měl by se zajímat o celkovou situaci klienta, měl by umět vyslechnout, měl by být spolehlivý, měl by mít příjemné vystupování. K příjemnému vystupování osoba s duševním onemocněním řadí úsměv, gestikulaci, nabídnutí pití a pobídnutí k sezení. Dále by měl pracovník být hodný, upřímný, elegantní, měl by mít úroveň, měl by být otevřený, hezký se oblékat, měl by být objektivní, nedávat falešné naděje. Pracovník by měl mít odstup, aby si držel své hranice – měl by projevovat empatii, ale zároveň si držet odstup:

*„A tak je pro mě důležitý, že sociální pracovnice přesně ví, co mám dělat a baví se se mnou, že se i jako zajímá třeba o...“.* (Rozhovor č. 4)

**Kategorie: Analýza osobnosti pracovníka/Podkategorie: Zásady toho, co by měl pracovník dělat**

Mezi zásady toho, co by měl pracovník dělat, osoby s duševním onemocněním uvedly podání ruky, úsměv, nepodávat útočné otázky, pracovník má být neutrální, umí naslouchat, ale i vnímat:

*„Nějaký to podání té ruky prostě ideální úsměv, úsměv mně přijde, že to prostě dělá s člověkem na druhý straně, jako se mnou prostě hodně tak...“.* (Rozhovor č. 2)

**Kategorie: Analýza osobnosti pracovníka/Podkategorie: Jaký by pracovník neměl být**

V této kategorii bylo uvedeno, že pracovník nemá být nepříjemný, neměl by dávat najevo únavu, neměl by porovnávat, neměl by být vulgární a neměl by vyčítat.

Téma výčitek se objevilo u dvou osob s duševním onemocněním, kdy jedna osoba uváděla zkušenost s tím, že místo pomoci se jí dostalo výčitek, které byly nepříjemné a způsobilo to demotivaci pro další rozhovor. Další osoba s duševním uvedla, že má zkušenost s vyčítavými otázkami ze strany pracovníka, které působily jako výslech nebo také výčitky ze strany pracovníka v kontextu pozdního příchodu na schůzku:

*„Já nevím nějak jakoby vyčítání nebo to naštvání, že se na ty 2 měsíce za ty 2 měsíce vlastně jakoby jakoby neozvu.“* (Rozhovor č. 4)



**Kategorie: Analýza osobnosti pracovníka/Podkategorie: Přístup pracovníka ke klientovi**

Pracovník by měl mít přátelský přístup a měl by umět podpořit. Pracovník by neměl přehnaně reagovat, neměl by vyčítat a neměl by být odměřený, měl by mít respekt. Při prvním rozhovoru by měl pracovník určit pravidla. Jedním z témat této podkategorie byly také typy od pracovníka, kdy osoba s duševním onemocněním raději než rady od pracovníka přijímá typy, které jsou sdělovány nenásilně a vyplynou z rozhovoru:

*„Dal mi nějaký tipy, dejme tomu to zní líp, než radí mi, přijde. Dal nějaký tipy, co bych mohla udělat, jenom na mě samozřejmě, jestli to udělám,“ (Rozhovor č. 2)*

**Kategorie: Analýza osobnosti pracovníka/Podkategorie: Dodržování etických zásad ze strany pracovníka**

V rámci etiky bylo zjištěno, že osoby s duševním onemocněním příliš nevěděly, co si pod etikou představit. Osoba s duševním onemocněním sdělovala v tomto kontextu význam mlčenlivosti pracovníka, která navazuje na důvěru a dále rovnocenný přístup. Jedna z osob s duševním onemocněním sdělila, že si na etický přístup nepotrpí, neboť sama jedná a komunikuje tak, že její jednání často etická pravidla nesplňuje:

*„Jo, jo, jo a určitě nějaký, nějaký zase jako zachování mlčenlivosti jako o jinech, o jinech jakoby klientech. Taky no abych věděl, že třeba jakoby nevypráví pak, nevypráví jakoby pak o mně, no. ....“ (Rozhovor č. 4)*

**Kategorie: Analýza osobnosti pracovníka/Podkategorie: Vizáž pracovníka a její vliv na rozhovor**

V rámci podkategorie vizáž, osoby s duševním onemocněním uvedly, že si na pracovníkovi všimají vůně, očí, oblečení, celkové péče o zevnějšek a toho, jak se tváří. Jedna z osob s duševním onemocněním pak uvedla popis toho, jak by měl pracovník působit, že by měl být hezky oblečený, měl by mít úroveň a být elegantní:

*„Tomu, jako, protože já to mám rád, když prostě ten sociální pracovník jako je hezky oblečen...“ (Rozhovor č. 1)*

**Kategorie: Analýza osobnosti pracovníka/Podkategorie: Význam vzdělání pracovníka**

V podkategorii význam vzdělání bylo zjištěno, že osoby s duševním onemocněním se zajímají o vzdělání pracovníka. Jedna z osob s duševním onemocněním uvedla, že vzdělání je důležité, ale pracovník musí mít vlohy pro práci i v osobnosti. Jiná osoba s duševním onemocněním sdělila, že na vzdělání záleží a je důležité, aby měl pracovník alespoň bakalářský titul a pracovník by měl mít znalosti v dané problematice, aby věděl, jaké situace mohou nastat. Další osoba s duševním onemocněním sdělila, že vzdělání pracovníka nehraje roli, o dané téma se zajímá pouze z důvodu, aby navázal neformální konverzaci:

*„...Kdyby mi ten sociální pracovník řekl, že má i střední školu, tak by mi to vůbec nevadilo. Pro mě, já se vždy vyptávám prostě jako, abych s ním navázal nějaký kontakt vlastně. Jinak jako technicky jako, je mi to v podstatě jedno (jo)“.* (Rozhovor č. 1)

#### **Kategorie: Analýza osobnosti pracovníka/Podkategorie: Význam pohlaví pracovníka**

Téma pohlaví pracovníka byla pro dvě osoby s duševním onemocněním zcela zásadní, kdy se jednalo o osoby s duševním onemocněním muže, kterým více vyhovuje spolupráce s pracovnící ženou a je to pro ně zásadní faktor. U dalších dvou osob se ukázalo téma pohlaví pracovníka jako nepodstatné a shodují se na tom, že záleží na sympatii a na důvěře, nikoliv na pohlaví pracovníka. Zároveň však u prvních dvou osob s duševním onemocněním pohlaví pracovníka přímo souviselo s tématem důvěry a bezpečí, neboť sdělily, že k pracovníci ženě pociťují větší důvěru. Jedna z osob s duševním onemocněním sdělila, že vztah se ženami pracovníci je pro něj jako vztah matky a syna, kdy i v životě hledal u matky útočiště. Druhá osoba s duševním onemocněním pak sdělila, že u pracovníci ženy se rychleji uvolní, má větší důvěru, pracovníkovi muži by se nemohl svěřit například s dluhovou problematikou. Má dojem, že by jej pracovník muž nechápal a škatulkoval by jej, což by poznal podle chování a toho, co říká. Spolupráce s věkově mladší ženou jej uklidňuje a cítí se dobře:

*„Další, co prostě tak mám, tak ten pracovník nemůže být muž. (Ehm). Já nedokážu mluvit vlastně o svých problémech...“* (Rozhovor č. 1)

#### **Kategorie: Vztah pracovníka a osoby s duševním onemocněním**

Kategorie vztah, kterým je myšlen vztah sociálního pracovníka a osoby s duševním onemocněním, je vůbec neobsáhlejší kategorií analýzy. Kategorie byla rozdělena do podkategorií – budování a formování vztahu a co by mohlo vést k narušení vztahu.

### Podkategorie: Budování a formování vztahu

V rámci podkategorie budování a formování vztahu jsou uvedena ještě podtémata první kontakt, motivace, očekávání, pochvala a přizpůsobení chování klienta.

#### Podtéma: První kontakt

Osoba s duševním onemocněním uvedla důležité prvky prvního kontaktu, které by měl pracovník udělat, jaké je podání ruky, úsměv a neformální první otázka:

*„Tak první, na co si vzpomenu, tak je přesně to pevný podání ruky v tom jakoby cejtim i takovou tu jako stabilitu, podívání se do očí a usmání se to. To je fakt jakoby dobrej, dobrej začátek...“ (Rozhovor č. 2)*

Na počátku spolupráce s pracovníkem potřebuje osoba s duševním onemocněním vedení ze strany pracovníka, čas a prostor. Je lepší, když se na počátku pracovník ptá a pokládá otázky. Důležité je, že pracovník na počátku vyslechne. Z počátku trvá, než se osoba s duševním onemocněním rozmluví, než se naváže důvěra. Z počátku je na straně osoby s duševním onemocněním velká nedůvěra k pracovníkovi a nervozita. Tyto pocity nedůvěry vedly k tomu, že osoba s duševním onemocněním lhala pracovníkovi. Osoba s duševním onemocněním lhala, protože se styděla za pravdu. Počáteční pocity osoby s duševním onemocněním vedly až k tomu, že prožívala deprese z rozhovoru a měla somatické potíže:

*„...když začíná ten rozhovor, nebo když jsme se vůbec poznali, tak to řeknu, tak tam bylo eee, velká nervozita, vlastně, ze začátku a nedůvěra, vlastně, i vůči tomu pracovníkovi sociálnímu (ehm).“ (Rozhovor č. 1)*

První rozhovory byly spíše o vzájemném poznání. Osobě s duševním onemocněním záleželo i na poznání pracovníka.

### **Kategorie: Vztah pracovníka a osoby s duševním onemocněním/**Podkategorie: Budování a formování vztahu

#### Podtéma: Motivace

V rámci podkategorie počátek budování a formování vztahu se objevilo podtéma motivace osoby s duševním onemocněním pro rozhovory a spolupráci se sociálním pracovníkem. Osoba s duševním onemocněním neměla motivaci, dokud si sama neuvědomila, že má problém s návykovými látkami. Vstupním iniciátorem získání podpory byla rodina této osoby. Motivace osoby s duševní onemocněním pak ovlivnila další průběh rozhovoru a spolupráce:

*„Tak já jsem v šestnácti letech poprvý nastoupila do xxx do xxx, tam mě teda jakoby dotáhli...“ (Rozhovor č. 2)*

**Kategorie: Vztah pracovníka a osoby s duševním onemocněním /Podkategorie: Budování a formování vztahu**

Podtéma: Očekávání

Dalším podtématem v podkategorii budování a formování vztahu je očekávání od rozhovoru. Osoba s duševním onemocněním nemá od sezení na počátku očekávání, ale v kontextu prvního sezení zmínila zvědavost, co v sobě objeví, neboť to je smysl sezení a rozhovoru – hledat řešení sama v sobě. Důležitý je také pocit, se kterým odchází. Při prvním rozhovoru si řekli pravidla, ta vytyčil především pracovník a doptal se na očekávání:

*„Eh, většinou to bylo na těch prvních, prvních až druhé jako to setkání, kdy vlastně ten sociální pracovník se mě vlastně zeptal, co já bych potřeboval s ním jako řešit, nebo co očekávám vlastně od těch sezení“.* (Rozhovor č. 1)

Osoba s duševním onemocněním sdílela, že před rozhovorem přemýšlí nad tím, s jakým pocitem bude z rozhovoru odcházet.

**Kategorie: Vztah pracovníka a osoby s duševním onemocněním /Podkategorie: Budování a formování vztahu**

Podtéma: Pochvala

Téma pochvaly se ukázalo jako velmi důležité, neboť se objevilo u všech osob s duševním onemocněním. Bylo sdíleno, že pochvala od pracovníka podpořila sebevědomí:

*„Tak vím, že mě tenkrát hrozně jako podpořilo, že mi řekla, že mám přirozenou inteligenci a mě to tenkrát hrozně nějak jako se dotklo asi...“ (Rozhovor č. 3)*

Pokud se řeší problém, pochvala od pracovníka povzbuzuje a podporuje na cestě k dalšímu kroku.

Téma pochvaly vnímám jako důležité v tom kontextu, že osoba s duální diagnózou má často zcela přerušené sociální vazby a kontakty a vztah s pracovníkem bývá často jediný hlubší a kvalitní vztah, kde může osoba s duševním onemocněním zažívat pochvalu, ale i další prvky, které lidé prožívají ve vzájemných vztazích.

**Kategorie: Vztah pracovníka a osoby s duševním onemocněním /Podkategorie: Budování a formování vztahu**

Podtéma: Přizpůsobení chování klienta

Jedna z osob s duševním onemocněním sdělila, že své chování přizpůsobuje chování pracovníka, kdy již dopředu pozná, o jaký typ pracovníka se jedná a jak se má před pracovníkem chovat:

*„Už podle toho, jak třeba vystupuje, nebo jako jak říká, tak podle toho i já vlastně vím, jak mám přistupovat, jak se mám chovat vlastně jo.“ (Rozhovor č. 1)*

**Kategorie: Vztah pracovníka a osoby s duševním onemocněním/Podkategorie: Co by mohlo vést k narušení vztahu**

V této podkategorii byla vydefinována podtémata překročení a narušení hranic vztahu, nevyžádané rady, přetvářka, protiřečení, vtloukání myšlenek, konflikt a lež. Tato kategorie byla obsáhlá a analýza ukazuje, že osoby s duševním onemocněním mají jasné představy o narušení vzájemného vztahu a hranic:

Podtéma: Překročení a narušení hranic vztahu

Osoba s duševním onemocněním má za to, že by měl pracovník poznat, pokud se dostává do nepříjemných stavů a měl by na tyto stavy umět reagovat. Z výpovědi bylo patrné, že sama osoba s duševním onemocněním prožívá ve chvíli panické ataky nebo jiného

nepříjemného stavu velký strach, má obavy a vhodný přístup pracovníka, který si s danou situací ví rady, může zásadně pomoci se zklidněním situace. Osoba s duševním onemocněním na otázku ohledně vnímání překročení hranic sdělila přímou a konkrétní situaci ohledně toho, že by pracovník neměl dostatek kompetencí na zvládnutí nepříjemných stavů osoby s duševním onemocněním.

*„No že jo jakoby v tom smyslu, že no jako není, jako dokážu říct, že když to cítím zrovna, ale až třeba když už je to blízko té atace, že on to ten psycholog poznal dřív v těch xxx...“ (Rozhovor č. 2)*

Další důležitou zkušeností byl vzájemný vztah, který přešel do příliš přátelské roviny, kde se poté osoba s duševním onemocněním mohla cítit zmateně, neboť již neměla zájem ve spolupráci pokračovat, ale v důsledku přátelského vztahu nevěděla, jak spolupráci ukončit.

V dalším případě osoba s duševním onemocněním sdílela zkušenost, kdy pracovníkovi lhala a následně se omluvila, ale cítila, že vzájemný vztah už není jako dřív a že důvěra byla narušena a ze strany pracovníka nedochází k obnovení důvěry. Ve společné spolupráci se pak necítila dobře, vnímala hodně neverbální komunikace od pracovnice, kam řadila především pohled, ironické posměšky a tón hlasu. V tomto případě hovoří osoba s duševním onemocněním o narušení hranic jako o narušení důvěry:

*„... výrazy v tváři, jo (ehm). Ironické posměšky, jako jo (aha). A jo, už jenom, když se na mě koukala prostě, ať třeba očima jako jo (ehm) jako, tak tam jsem, to bylo hodně nepříjemné třeba pro mě jako.“ (Rozhovor č. 1)*

**Kategorie: Vztah pracovníka a osoby s duševním onemocněním/ Podkategorie: Co by mohlo vést k narušení vztahu**

**Podtéma: Nevyžádané rady**

Další oblastí podkategorie překročení a narušení hranic vztahu jsou nevyžádané rady od pracovníka. Kdy osoba s duševním onemocněním sdílela zkušenost s přímými radami od pracovníka, kdy na základě toho poté ukončila spolupráci. Názor osoby s duševním onemocněním je takový, že by pracovník neměl dávat rady:

**Kategorie: Vztah pracovníka a osoby s duševním onemocněním/Podkategorie: Co by mohlo vést k narušení vztahu**

Podtéma: Přetvářka

Osoba s duševním onemocněním má zkušenost s přetvářkou ze strany pracovníka, kterou vnímá jako nějakou energii, kterou vycítí. Přetvářka pak narušuje vzájemnou důvěru a vztah:

*„Err, zase jsem jako vnímal, protože stalo se že že, že to, že jsem to cítil, že to nemyslí vážně, třeba jo, to se mi stalo...A myslím si, že tam byla nějaká přetvářka, nebo jako tady toto.“ (Rozhovor č. 1)*

**Kategorie: Vztah pracovníka a osoby s duševním onemocněním/Podkategorie: Co by mohlo vést k narušení vztahu**

Podtéma: Protiřečení

V jednom případě v rámci překročení a narušení hranic vztahu osoba s duševním onemocněním sdělovala protiřečení, jako narušení hranic vzájemného vztahu, protože je poté těžké se ve sdělení pracovníka vyznat a on se poté necítí bezpečně, cítí se zmateně:

*„Hmm, tak nějaký jako protiřečení, třeba že se nedrží nějakých...Asi to je i v rámci toho bezpečí, že jo, ty jistoty a když jako si toho nějak ne...když se toho nedrží a pořád říká něco jiného, tak je to jako těžký se v tom vyznat...“ (Rozhovor č. 3)*

**Kategorie: Vztah pracovníka a osoby s duševním onemocněním /Podkategorie: Co by mohlo vést k narušení vztahu**

Podtéma: Vtloukání myšlenek

Osoba s duševním onemocněním sdělovala v rámci narušení hranic vtloukání myšlenek, kdy zmiňovala, že si myslí, že není vhodné, aby pracovník podsouval svoje názory a myšlenky a zároveň uvedla, že má s podsouváním myšlenek obecně problém, že má někdy pocit, že s ní lidé manipulují:

*„Ehm... To podsouvání myšlenek, že to nemá, jako mám s tím problém i normálně, jakože mám pocit, že se mnou třeba lidi manipulují...“ (Rozhovor č. 3)*

**Kategorie: Vztah pracovníka a osoby s duševním onemocněním/Podkategorie: Co by mohlo vést k narušení vztahu**

Podtéma: Konflikt

Pokud dojde na přímý konflikt, je důležité jej pozitivně uzavřít. Osoba s duševním onemocněním sdělovala, že konflikt by mohl vzniknout, pokud by na něj pracovník pohlížel jako na závislou osobu. Další z osob s duševním onemocněním sdělovala, že konflikty má často z důvodu své povahy a když byl ze strany pracovníka nátlak:

*„To se stávalo nebo stalo se to (stalo, ehm). Ještě s tou mojí povahou, vlastně co mám. Eh, tak nejvíc, co bývalo tak asi, když na mě třeba tlačili, že čím dřív to budu mít, jo...“ (Rozhovor č. 1)*

**Kategorie: Vztah pracovníka a osoby s duševním onemocněním/Podkategorie: Co by mohlo vést k narušení vztahu**

Podtéma: Lež

Další významné téma bylo téma lež, kdy se vzájemný vztah pracovníka a osoby s duševním onemocněním proměnil na základě lži, kdy lhala osoba s duševním onemocněním. Tato zkušenost byla sdílena ze strany dvou osob s duševním onemocněním. Obě osoby uvedly, že následnou nedůvěru pracovníka poznaly podle neverbální komunikace pracovníka:

*„Jo, tu jako... výrazy v tváři, jo (ehm). Ironické posměšky, jako jo (aha). A jo, už jenom, když se na mě koukala prostě, ať třeba očima jako jo (ehm) jako, tak tam jsem, to bylo hodně nepříjemné třeba pro mě jako. Ale zas pro ni muselo být nepříjemné to, že jsem jí lhal jako jo (ehm) takže“. (Rozhovor č. 1)*

**Kategorie: Neverbální komunikace**

V kategorii neverbální komunikace bylo zjištěno, že ji osoby s duševním onemocněním vnímají velmi citlivě, všímají si gestikulace i drobné mimiky, tónu hlasu apod. Jedna z osob



s duševním onemocněním sdílela zkušenost, kdy nevhodný přístup pracovníka poznal podle výrazu tváře, z ironických posměšků, z pohledu očí, z tónu a pohledu, necítil se uvolněný, necítil klid, vnímal a cítil, že to, co říká pracovnice, nemyslí pracovnice vážně, poznal přetvářku. Další z osob s duševním onemocněním sdělila, že neverbální komunikace je důležitá, že ji vnímá, a pokud je negativní, je to nepříjemné. Naopak příjemné je pokyvování hlavou, protože poté má pocit, že co sděluje, dává smysl. Jedna z osob s duševním onemocněním uvedla, že pokud byl při rozhovoru pod vlivem návykových látek, hůře se soustředil na gestikulaci rukou.

*„Určitě ne jako na ty výrazy jsem hodně citlivá, protože i když ten člověk může být třeba v pohodě, láskyplný cokoliv...“.* (Rozhovor č. 3)

V rámci neverbální komunikace byly definovány dvě podkategorie – gesta a přetvářka.

#### **Kategorie: Neverbální komunikace/Podkategorie: Gesta**

Gesta mohou komunikaci ovlivnit pozitivně i negativně. Přehnaným gestům osoby s duševním onemocněním nedůvěřují. Gesta musí vycházet z osobnosti pracovníka, musí být přirozené. Jedna z osob s duševním onemocněním uvedla, že pozoruje gesta pracovníka a pokud jim nedůvěřuje, může to způsobit paranoie. Jedna z osob s duševním onemocněním uvedla, že je citlivá na výrazy v obličeji. Výrazy v obličeji pracovníka by měly být v souladu s verbální komunikací. Další důležité téma byl úsměv pracovníka, kterému osoby s duševním onemocněním přikládají důležitost. Důležité je i to, že jedna z osob s duševním onemocněním uvedla, že dokáže rozeznat úsměv ironický, výsměch, čistý úsměv:

*„Umím vlastně rozeznat úsměv, když je ironickéj anebo přímo výsměšek a nebo jako čistej úsměv nějak, nějakou pochvalu vlastně když jsem dostal. Nebo naopak i podporu, když se mi nedařilo vlastně“.* (Rozhovor č. 1)

#### **Kategorie: Neverbální komunikace/Podkategorie: Přetvářka**

Další podkategorii byla přetvářka pracovníka, kterou osoba s duševním onemocněním dokáže vycítit, že pracovník není takový, jaký by měl být:

*„Tam to spíš bylo o tom, o ten okamžik, který vlastně přišel. Že ten jsem vnímal, že není takový, jako by třeba měl být. Nebo tady toto“.* (Rozhovor č. 1)

### **Kategorie: Zkušenosti s rozhovory**

Do kategorie zkušeností jsou zahrnuty všechny typy rozhovorů osob s duševním onemocněním s pracovníky v pomáhajících profesích. Osoby s duševním onemocněním mají očekávání a představy o tom, jak by měl rozhovor probíhat, popisují různé typy rozhovorů s různými pracovníky v pomáhajících profesích a popisují, jakým způsobem tyto odborníci komunikují a reagují na potřeby osob s duševním onemocněním. Dále osoby a s duševním onemocněním popsaly, jak se během rozhovorů cítily a jak ideálně by měl rozhovor probíhat, jak by měly být kladeny otázky a jakby měl pracovník k rozhovoru přistupovat.

Osoby s duševním onemocněním často sdílely zkušenost, kdy se až po delším vyprávění ukázalo, že hovoří například o profesi terapeuta. Bylo zřejmé, že každý sdílí zkušenost s rozhovory tak, jak si ji pamatuje a sdílí své dojmy a představy podle jeho ideálu ideálního rozhovoru, kdy neklade důraz na to, jaký typ pracovníka rozhovor provádí, ale spíše klade důraz na významné faktory a zásady rozhovoru, které jsou všem pracovníkům provádějícím rozhovor velmi podobné. Například když si vzpomněl na klíčový moment pocitu porozumění, sdílel především tento moment, který si jako první vybavil a nehledal v paměti, zda tento moment prožil v rámci rozhovoru se sociálním pracovníkem nebo psychologem. Zkušenosti s rozhovory měly osoby s duševním onemocněním s několika odborníky z pomáhajících profesí – sociální pracovník, adiktolog, terapeut, psychiatr, peer pracovník. Zkušenosti s realizovanými rozhovory byly v rámci několika služeb a institucí, kdy osoby s duševním onemocněním měly opakované zkušenosti s pobytem v psychiatrické nemocnici:

*„... že jsem skoro ani neviděla rozdíl mezi psychologem a sociální pracovníci, jakože ta paní byla fakt jako že jsem k ní měla hned důvěru, cítila jsem se jako bezpečně a přijata, uhm...“  
(Rozhovor č. 3)*

Podkategorie v této kategorii jsou zkušenosti v oblasti délky rozhovoru, zkušenost s poznámkami z rozhovoru, zkušenosti s rozhovory s peer pracovníkem.

### **Kategorie: Zkušenosti s rozhovory/ Podkategorie: Zkušenosti v oblasti délky rozhovoru**

Při dotazování na optimální délku rozhovoru se výpovědi lišily. Jedna z osob s duševním onemocněním vypověděla, že záleží na pracovníkovi, obvykle je třičtvrtě hodina málo, ale někdy už po dvaceti minutách nemá zájem dál komunikovat. Pokud je rozhovor veden

pracovníkem, který mu nevyhovuje, chce co nejdříve skončit. Hodina času na rozhovor je optimální. Další z osob s duševním onemocněním má zkušenosti s hodinu až hodinu a půl dlouhým rozhovorem, který považuje za optimální. Naopak půlhodinový rozhovor by nebyl dostatečně dlouhý:

*„Dlouhý to pro mě není, protože když se rozmluvím, tak se fakt jakoby rozmluvím a dostávám se furt jakoby hlouběji a hlouběji. Krátký to pro mě taky nebylo, já si myslím, že to bylo fakt vyloženě ideální prostě ta hodina“ (Rozhovor č. 3)*

**Kategorie: Zkušenosti s rozhovory/Podkategorie: Zkušenost s poznámkami z rozhovoru**

Tato kategorie byla do analýzy zařazená z důvodu, že tři ze čtyř osob s duševním onemocněním sdělily pozitivní zkušenost s tím, že v průběhu rozhovoru nebo na jeho konci si s pracovníkem sepíše papír s poznámkami, který si odnáší. Jedna z osob s duševním onemocněním oceňuje poznámky, kdy vidí, jak se v jednotlivých úkolech posouvá. Další z osob s duševním onemocněním vnímá papír jako symboliku, že někam patří.

**Kategorie: Zkušenosti s rozhovory/Podkategorie: Zkušenosti s rozhovory s peer pracovníkem**

Tato podkategorie byla do analýzy zařazena z důvodu, že o této profesi hovořily dvě ze čtyř osob s duševním onemocněním. Vnímání peer pracovníka nebyla však ani v jednom případě pozitivní. U jedné osoby s duševním onemocněním se jednalo o negativní osobní zkušenost s peer pracovníkem, který dával nevyžádané rady a které následně vedly k dekompenzaci psychického stavu osoby s duševním onemocněním a následným ukončením spolupráce. Peer pracovník nerozpoznal, že se s osobou s duševním onemocněním při rozhovoru děje něco negativního a tato osoba tak z rozhovoru odcházela dekompenzovaná. Výpověď další osoby s duševním onemocněním je taková, že u peer pracovníka chybí náhled a profesionalita, jedná se spíše o přátelský vztah:

*„Tak to je jak kdyby kamarádství, je to tam hodně takový, jako i příjemný, ale zas mi tam chybí ta prostě jakoby ten náhled toho profesionála, tak to je takový jako co, co, co jsem měl třeba v tom xxx, jako“. (Rozhovor č. 1)*

**Kategorie: Zkušenosti s technikami využívanými při rozhovoru**

Kategorie techniky zahrnuje konkrétní techniky, na které byly osoby s duševním onemocněním dotazovány. Jedná se o techniky parafrázování, empatie, reflektování emocí, zpětná vazba, které byly uvedeny jako podtémata této podkategorie.

#### Podkategorie: Pozitivní zkušenosti s parafrázováním

Techniku parafrázování považují osoby s duševním onemocněním za důležitou. Z důvodu toho, že může mít osoba s duševním onemocněním potíže s vyjadřováním, může pracovník parafrázováním sdělení konkretizovat a sám klient tomu tak lépe rozumí. Pracovník by neměl parafrázovat pořád. Parafrázováním dává pracovník najevo, že vnímá a poslouchá. Parafrázování rozvíjí myšlenky a rozvíjí společné úsilí najít řešení. Parafrázováním si pracovník kontroluje, že klientovi rozumí, což může být někdy ztíženo, například užívám návykových látek:

*„Podle toho, že to tak jako rychle třeba zrekapituluje a já vidím, že vlastně, že se i on, že se on nad tím doopravdy zamýšlí...“ (Rozhovor č. 2)*

#### Kategorie: Zkušenosti s technikami využívanými při rozhovoru/Podkategorie: Zkušenost s projevy empatie

Jedna z osob s duševním onemocněním sdílela zkušenost, kdy byla ráda, že pracovník vnímal bolest, že vnímal smutek. Za projev velké empatie považuje společný pláč jeho a pracovníka, se kterým má zkušenosti. Tuto zkušenost hodnotí ambivalentně jako hezkou, ale zároveň jako za hranicí:

*„Tak já jsem byl jako rád, že i ten sociální pracovník vnímal určitou bolest, nebo jako ten smutek můj... Ale já zas, jsem nechápal, že proč jako ona brečela, že, že to není její smutek, že to je vlastně můj smutek, tak to mi přišlo jako, takový...“ (Rozhovor č. 1)*

#### Kategorie: Zkušenosti s technikami využívanými při rozhovoru/Podkategorie: Zkušenosti s reflektováním emocí

Zkušenosti s reflexí emocí ze strany pracovníka jsou různé. Jedna z osob s duševním onemocněním sdělila, že za reflexi emocí je ráda, druhá osoba s duševním onemocněním se s reflexí emocí nesetkala, ale byla by nepříjemná. Jedna z osob s duševním onemocněním sdělila, že o svých emocích tolik nehovoří, má pocit, že se necítí dostatečně špatně, aby mohla

o emocích hovořit, ale reflexe emocí by napomohla k včasnému řešení, protože z neřešených emocí vznikají úzkosti. Emoci by se měly řešit hned, ale pracovník by neměl tlačit:

*„Já jsem za to, já jsem za to ráda, protože kolikrát to člověk ani jako nechci říkat a ani nebo třeba ani to nevím. Já jenom vím, že mi není nějak dobře...“ (Rozhovor č.3)*

**Kategorie: Zkušenosti s technikami využívanými při rozhovoru/Podkategorie: Zkušenosti se zpětnou vazbou od pracovníka**

Výpověď jedné osoby s duševním onemocněním se zpětnou vazbou byla, že zpětná vazba je důležitá ve všech vztazích, důležitá je pozitivní i negativní. Negativní zpětná vazba může být přínosnější, protože to pracovník s klienty myslí dobře.

**Kategorie: Zkušenosti se sebestigmatizací a jak ovlivňuje rozhovor**

V rámci další kategorie byla definována sebestigmatizace. Osoby s duševním onemocněním měly se sebestigmatizací zkušenost, kdy jedna z osob s duševním onemocněním popisovala, že je důležité, co řekne pracovník a tomu přikládá velkou váhu. Svědčí to o důvěře k pracovníkovi, o víře, že pracovník jej vede dobrým směrem. Další osoba s duševním onemocněním uvedla, že si dává do hlavy limity a omezení, podceňuje se a toto dává do kontextu buď s depresí nebo hraniční poruchou osobnosti:

*„..., ale mám v sobě něco, co mě pořád říká, že nezvládnou, nebo že to nechci zvládnout, je to takový...“ (Rozhovor č. 2)*

**Kategorie: Zkušenost s pozdním příchodem klienta na rozhovor**

Jedna z osob s duševním onemocněním sdělovala, že z pozdního příchodu pocítovala vinu, ale neměla zájem o výčitky ze strany pracovníka, protože měla dojem, že rozhovory jsou pro ni a je tedy její problém, že přijde pozdě:

*„..., že jsem tam přijela pozdě a věděla jsem, že jedu pozdě, ale paní doktorka jela dál jakoby a brala to tak, jakože, že jsem vlastně tu vinu potom cítila, aniž by to řekla, prostě věděla jsem, že jsem to udělala špatně...“ (Rozhovor č. 2)*

**Kategorie: Zkušenost se zážitkem společného pláče klienta a pracovníka**

Jeden ze zajímavých momentů rozhovorů s osobami s duševním onemocněním byl pro mě moment, kdy osoba s duševním onemocněním popisovala, jak se při sdílení života a toho, co stojí na pozadí duševního onemocnění rozplakala pracovnice, která vedla rozhovor. Osoba s duševním onemocněním sdílela své ambivalentní pocity ohledně toho, že společný pláč byl zážitek, který prohloubil společný vztah a on se tak necítil v tu chvíli sám, měl pocit, že pracovník to prožívá s ním:

*„Tak já jsem byl jako rád, že i ten sociální pracovník vnímal určitou bolest, nebo jako ten smutek můj...“ (Rozhovor č. 1)*

Na druhou stranu vnímá osoba s duševním onemocněním velkou empatii jako něco, od čeho by pracovník měl držet odstup, protože není možné, aby pracovník tak hluboce prožíval příběh každého klienta. Společný pláč okomentoval pracovník, aby se oba uklidnili a rozhovor poté přešel do legrace, což bylo příjemné:

### **Kategorie: Zkušenost s humorem při rozhovoru**

Jedna osoba s duševním onemocněním zmiňovala humor jako důležitou a příjemnou součást rozhovoru:

*„Je to ženská teda jakoby z občanský poradny xxx teda odkud já jsem a což je taková milá, že spolu občas uděláme nějakou jako srandu, že jako by když řekla, že jako třeba zaplo už předali jako inkasní společnosti, tak jsem si udělal jako srandu, takže si ho můžu jít znova teda...“ (Rozhovor č. 4)*

### **9.1.2 Tematický okruh 2: Potřeby osob s duševním onemocněním při rozhovoru**

V rámci tematického okruhu potřeb osob s duševním onemocněním při rozhovoru byly definovány kategorie potřeb bezpečí a důvěry z oblasti vedení rozhovoru, z oblasti komunikace, z oblasti kladení otázek a z oblasti duševního onemocnění.

### **Kategorie: Potřeba bezpečí a důvěry**

Nejprve bylo popsáno několik faktorů, které osoby s duševním onemocněním vnímaly jako důležité ve vztahu k bezpečí a důvěře. Pro osobu s duševním onemocněním bylo důležité, že nemusela spěchat s rozhodnutím, že měla prostor, že pracovník byl sympatický a od počátku

spolupráci směřoval na osobu s duševním onemocněním, k čemuž však potřebuje mít tato osoba důvěru k pracovníkovi. Důvěra vychází z bezpečí, kdy se u dvou osob s duševním onemocněním objevilo sdílení, že se bezpečněji cítí s pracovnící ženou. Tuto informaci sdílely dvě osoby mužského pohlaví. Pocit důvěry a bezpečí podpořilo také sdělení pracovníka, že to, o čem si společně povídají, zůstane v bezpečí:

*„Hmm. Tak určitě, protože mám problém jako s rozhodováním, tak my err ... třeba řekla, že jakýkoliv rozhodnutí je správně, a to mi hrozně pomohlo...“ (Rozhovor č. 3)*

V rámci kategorie bezpečí a důvěry jako klíčovému faktoru byly definovány podkategorie – narušení důvěry a bezpečí, jak klient pozná, že může důvěřovat, bezpečí a prostředí pro rozhovor, rušivé elementy při rozhovoru a rozhovor realizovaný venku.

#### **Kategorie: Potřeba bezpečí a důvěry/Podkategorie: Narušení důvěry a bezpečí**

V rámci podkategorie narušení důvěry osoba s duševním onemocněním sdílela, že k narušení bezpečnosti a důvěry a následnému ukončení spolupráce s pracovníkem došlo v důsledku přímých rad od pracovníka, které byly nepříjemné:

*„No, jako já jsem to tam ukončila z toho důvodu, že jsem měla nejdřív před svatbou, třeba měsíc nebo takhle poprvý, když jsem mu řekla, že plámujeme svatbu, tak on mi začal jakoby dost jako ani ne naznačovat, to mě právě překvapilo, že mi řeknou vyloženě jako větu: No já nevím, jestli byste si vašeho budoucího manžela měla brát, já bych to viděl za 2 roky...“ (Rozhovor č. 3)*

#### **Kategorie: Potřeba bezpečí a důvěry/Podkategorie: Jak klient pozná, že může důvěřovat**

V rámci důvěry samotné osoba s duševním onemocněním definovala důvěru jako pocit. Důvěra se promítá do gest, slov, výrazu a dalších projevů při rozhovoru a kontaktu. Důvěra se nepozná ihned, je potřeba ji získat v procesu spolupráce:

*„Jak jsme se tady bavili o tom všem... Asi, asi všechno dohromady, to, co člověk nevnímá hnedka na tu 1 dobrou, ale tak nějak si to to podvědomí dá dohromady, ten 1 stisk, 1 slova, jak se člověk zeptá, ten výraz, na co se poprvý zeptá“. (Rozhovor č. 3)*

#### **Kategorie: Potřeba bezpečí a důvěry/Podkategorie: Bezpečí a prostředí pro rozhovor**

V rámci prostředí bylo zjištěno několik faktorů, kdy samotné prostředí má být útulné, příjemné a člověk se zde musí cítit bezpečně, musí být vhodně uspořádané sezení, v místnosti musí být vzduch a voda na pití. Téma nabídnutí vody je pak níže popsáno jako samostatná kategorie, neboť ji zmiňovaly všechny osoby s duševním onemocněním:

*„Přemejšším, no tak jako je to tam celkově takový útulný dejme tomu fakt to prostředí, to prostředí dělá hodně.“ (Rozhovor č. 2)*

Osoby s duševním onemocněním sdělovaly, že důležitá je dekorace místnosti, jako jsou obrazy, svíčky. U dvou z osob s duševním onemocněním bylo sděleno, že je vhodné, když je v místnosti například okno nebo obraz, na který by se mohly dívat, pokud by nechtěly udržovat oční kontakt s pracovníkem.

V jednom případě bylo sděleno, že pokud by se jednalo o malou místnost, mohlo by to vést k tomu, že by osoba s duševním onemocněním měla paranoie:

*„Tam, někdy jsem měl paranoie vlastně jo že, že ten sociální pracovník, třeba si o mně něco říká, v hlavě jsem cítil hlasy, tak to už je pak katastrofa vlastně velká. To už je nepříjemné.“ (Rozhovor č. 1)*

#### **Kategorie: Potřeba bezpečí a důvěry/Podkategorie: Rušivé elementy při rozhovoru**

V rámci podkategorie z kategorie bezpečí důvěra a přijetí jako klíčový faktor byly zaznamenané zkušenosti s rušivými elementy v průběhu rozhovoru, kdy se jednalo u rušení průběhu rozhovoru dalšími osobami:

*„Tak je, když to není soukromí jo, protože zažíval jsem rozhovory a za dveřma byly další třeba sociální pracovníci nebo někdo, kdo kde něco řešili.“ (Rozhovor č. 1)*

#### **Kategorie: Potřeba bezpečí a důvěry/Podkategorie: Rozhovor realizovaný venku**

V rámci jedné výpovědi se objevila podkategorie realizace rozhovoru venku, kdy bylo zjištěno, že přítomnost lidí v okolí by nemohla zajistit dostatek bezpečí a důvěry.

#### **Kategorie: Potřeby v oblasti vedení rozhovoru**



V rámci této kategorie osoby s duševním onemocněním sdělovaly své představy o ideálním rozhovoru, kdy jejich výpovědi obsahovaly sdělení týkající se konkrétních úkonů a činností sociálního pracovníka. Bylo zjištěno, že sociální pracovník by měl od klienta získat dostatek informací na to, aby mohl poté poskytnout podporu. Pro získání potřebných informací se potřebuje osoba s duševním onemocněním cítit uvolněně a měl by využívat naslouchání a správně pokládat otázky, ale nechat klienta volně hovořit o tématu.

*„No, no hlavně jakoby, tak určitě byste ta sociální pracovnice měla ptát jakoby na to, co potřebuje, aby to ona, aby to jako mohla zařídit zároveň i abych jako by nějak ten rozhovor neprobíhal jako výslech, ale abych i já jsem u toho cejtíl vlastně jak pohodlně...“*  
(Rozhovor č. 4)

#### **Kategorie: Potřeby v oblasti vedení rozhovoru/ Podkategorie: Potřeba nabídnutí vody**

Nabídnutí vody zmínily všechny osoby s duševním onemocněním. Ve většině výpovědí se objevilo sdělení, že je to příjemné gesto od pracovníka a že při rozhovorech je nabídnutí vody velmi důležité, neboť osoby s duševním onemocněním se mohou potit, mít sucho v ústech, trpět úzkostí a nervozitou. Jedna z osob s duševním onemocněním uvedla zkušenost s nabídnutím vody, kdy tato nabídka ji uvedla do rozpaků, neboť přemýšlela nad tím, jakou odpovědí by potěšila pracovníka:

*„...tady tyto maličkosti třeba mě nějak udělá dobře, když mi nalije vodu jako (ehm). Stalo, že vůbec nenalili vodu jo (ehm), i se ani nezeptali, třeba jestli to. Tak třeba tyto věci.“* (Rozhovor č. 1)

#### **Kategorie: Potřeby v oblasti komunikace**

V rámci kategorie komunikace byly nejprve definovány obecné potřeby v oblasti komunikace a následně bylo definováno několik podkategorií – sociální pracovník na úřadě a ve službách, chyby v komunikaci, nemluvení k věci, verbální komunikace a styl komunikace.

Mezi obecné potřeby v oblasti komunikace osoby s duševním onemocněním uváděly, že klient má k dispozici telefonní kontakt, spolupráce a komunikace je kontinuální, pracovník se snaží udržovat kontakt a navázat kontakt, i když klient nekomunikuje, je příjemný a nedává najevo negativní emoce, pokud klient ve spolupráci selhává a nekomunikuje. Pravidla

komunikace by měla být předem stanovena. Pracovník by měl při komunikaci poskytovat zpětnou vazbu klientovi:

*„...tak zase nějaká komunikace, že mi třeba odepiše na email odepiše na smsku a tak no“.* (Rozhovor č. 4)

**Kategorie: Potřeby v oblasti komunikace/ Podkategorie: Chyby v komunikaci**

Jako chyby v komunikaci osoby s duševním onemocněním uváděly nevyžádané rady, přímost, otevírání nepříjemných témat. Pokud by se stalo, že by klient odbočil od tématu, bylo zjištěno, že by pracovníkovo upozornění na tuto skutečnost vnímala osoba s duševním onemocněním profesionálně, neboť by tak projevil, že ví, kam směřuje, což by vedlo k vyšší důvěře:

**Kategorie: Potřeby v oblasti komunikace/ Podkategorie: Styl komunikace**

Co se týče stylu komunikace, osoby s duševním onemocněním potřebují, aby byl styl komunikace přiměřený, měl by odpovídat mluvě klienta, musí být vědomý a přirozený, neměl by být naučený, pracovník má hovořit hezky, na úrovni, měl by hovořit řečí blízkou klientovi:

*„...no a zároveň jo klidně, at' jsou spisovný, ale nic se nesmí přehánět, takže něco mezi tím, že klidně jako mám, ráda si to přirozený...“* (Rozhovor č. 3)

**Kategorie: Potřeby v oblasti komunikace/ Podkategorie: Verbální komunikace**

V rámci podkategorie verbální komunikace bylo zjištěno, že osoby s duševním onemocněním přikládají význam i verbální komunikaci, stejně jako neverbální. Jedna z osob s duševním onemocněním uvedla, že potřebuje verbální ujištění o tom, že to, co říká, je v pořádku. Další z osob s duševním onemocněním uvedla, že pokud sdělení slyší verbálně, má to větší váhu, důležité je, aby pracovník hovořil na úrovni a hovořil tak, aby to klient pochopil. Ve srovnání verbální komunikace s neverbální osoby s duševním onemocněním sdělovaly, že pokud je mezi těmito dvěma způsoby komunikace rozpor, všimají si toho. Oběma složkám komunikace přikládají význam:

*„Tak u mě určitě. Hmm. Určitě víc víc jako záleží na tý verbální konverzaci nebo komunikaci, protože ta je určitě jakoby taková jako důležitější ...“* (Rozhovor č. 4)

### **Kategorie: Potřeby v oblasti kladení otázek**

V rámci kategorie kladení otázek bylo zjištěno, že by pracovník měl klást takové otázky, které klienta dovedou k odpovědím, pracovník se má ptát hodně v otázkách, na začátku rozhovoru potřebuje osoba s duševním onemocněním, aby mu byly kladeny otázky, pracovník má držet směr rozhovoru, má se doptávat, vyhovují úderné, ne pomalé a obecné otázky a pracovník se nemá doptávat na témata, která by mohla klienta zranit:

### **Kategorie: Potřeby v oblasti kladení otázek /Podkategorie: Jak by měla vypadat první otázka**

Jako vhodná první otázka se jeví otázka typu „Jak se cítíte, co potřebujete řešit?“ Na úvod je vhodné pojmenovat, co klient potřebuje řešit. Otázka typu „Jak se máte?“ má všude jinou hodnotu. Tato otázka příliš nerozvíjí komunikaci, neboť, pokud klient nemá zájem komunikovat, může odpovědět „Dobře“:

*„Jo, jo, myslím, že je důležitý buď se zeptat jako na to, jak jste se zeptal vy, jak se cítím anebo teda co jako potřebuju v tuhle chvíli...“ (Rozhovor č. 3)*

### **Kategorie: Potřeby v oblasti kladení otázek /Podkategorie: Pokládání otázek v průběhu rozhovoru**

V rámci této podkategorie bylo zjištěno, že je potřeba pomoci od pracovníka při vyjadřování klienta. Jedna z osob s duševním onemocněním uvedla, že má ráda, když ji pracovník nechá mluvit a pokud bude potřebovat, aby ji pracovník pomohl navést zpět na myšlenku. Počátky rozhovoru mohou být na straně osoby s duševním onemocněním zdrženlivé, ale pokud se rozmluví, chce ponechat prostor na vlastní vyjádření. Ochota komunikace osob s duševním onemocněním souvisí s motivací pro spolupráci. Postupem rozhovoru byla komunikace snadnější. Důležité je, aby se pracovník při rozhovoru zabýval i psychickým rozpoložením klienta. Rozhovor by měl být dialog účastníků. Pracovník by měl uplatňovat individuální přístup:

*„Nooooo asi asi potřebuje jako asi směřovat v něčem...No tak a zároveň jakože občas mám problémy se nějak jako vyjádřit, takže...“ (Rozhovor č. 3)*

### **Kategorie: Potřeby v oblasti duševního onemocnění**

Kategorie popisuje, jak duševní onemocnění ovlivňuje průběh rozhovoru. Byly definovány podkategorie zakázka versus psychické rozpoložení, nepohoda a překážky a při rozhovoru, úzkosti, deprese, deprese při rozhovoru, panické ataky, hlasy a paranoie. Bylo zjištěno, že osoby s duševním onemocněním mohou při rozhovoru trpět úzkostí, panickými atakami, depresí, halucinacemi, paranoiemi apod. Negativní psychické stavy při rozhovorech zmiňovaly tři ze čtyř osob s duševním onemocněním. Kategorie negativních stavů je obsáhlá a bylo patrné, že osoby s duševním onemocněním mají s negativními stavy zkušenosti a je to další významné téma, kdy je vhodné, aby měl pracovník v této oblasti dostatečné znalosti a kompetence.

**Kategorie: Potřeby v oblasti duševního onemocnění/ Podkategorie: Řešení zakázky versus psychického rozpoložení klienta**

Pokud je psychické rozpoložení klienta nepříznivé, není možné vést rozhovor tak, jak byl plánován. Je vhodné naplánovat náhradní termín a v rámci sezení se zaměřit na klientovo psychické rozpoložení:

*„ ..., když mu jakoby ta sociální pracovnice nějakým způsobem jakoby trošku, ne úplně jakoby zbytečně ne nějaký jako hodinové rozhovory, ale i trochu jako se pobaví a err jakoby o těch anebo třeba i meich osobních jakoby věcech nebo problémech takhle, že to i jakoby vyslechne, i když si to třeba úplně nesouvisí jakoby čistě s tou, s čistě s tím zařizováním toho, co potřebuju.“ (Rozhovor č. 4)*

**Kategorie: Potřeby v oblasti duševního onemocnění/ Podkategorie: Nepohoda a překážky při rozhovoru**

Jako překážky při rozhovoru uváděly osoby s duševním onemocněním nemohoucnost, nechť něco dělat, deprese, úzkosti, paniku, rozhovor o nepříjemných a citlivých tématech. Zkušenost s velkou nepohodou při rozhovoru sdílela osoba s duševním onemocněním, která popisovala, že při rozhovoru cítila tak velkou nepohodu, že odcházela s obavami o svůj život. Nepohoda byla způsobena nevhodným vedením rozhovoru ze strany pracovníka. Osoba s duševním onemocněním sdílela tuto zkušenost, kdy i přesto, že následně pracovník rozpoznal, že se něco děje, ale nebyl schopen poskytnout vhodnou intervenci a osobu s duševním onemocněním nechal v dekompenzovaném stavu odejít. Další z překážek při rozhovoru byl

zmíněn stres, faktory spojené s užíváním návykových látek a faktory spojené s hraniční poruchou osobnosti. Bylo zjištěno, že pro osoby s duševním onemocněním je důležité, aby měly možnost rozhovor ukončit, pokud by se necítily dobře.

Při negativních stavech jedna osoba s duševním onemocněním cítí zhoršené vidění, množí se jí myšlenky, slyší ozvěnu prostoru, vidí tunel, motá se jí hlava. Jiný klient sdílel pocity, kdy se necítí ve své kůži, je nervózní, má pohyby, zadržává se, nemluví, rudne, potí se, má tlak na hrudí, úzkost:

*„No, jako ani nevím jestli, jako asi, asi já to jako na sobě, jako co cítím já, tak to je většinou, že začnu mít takový jako zhoršený vidění a začne se mi jakoby množit jakoby bud' myšlenky nebo taková jako ozvěna prostoru, takovej jako tunel jako...“ (Rozhovor č. 3)*

Průběh rozhovoru se odvíjí od psychického rozpoložení osob s duševním onemocněním. Je důležité, aby pracovník dokázal rozpoznat negativní psychické rozpoložení klienta a vhodně na něj reagoval. Vhodná reakce je ta, že se například odloží cíl rozhovoru a pracovník si s klientem jen povídá, povídají si o tom, jak se klient má:

#### **Kategorie: Potřeby v oblasti duševního onemocnění/ Podkategorie: Projevy úzkosti**

Podkategorii úzkosti zmiňovaly tři ze čtyř osob s duševním onemocněním. Zkušenost s úzkostí měly osoby s duševním onemocněním bez návaznosti na rozhovor, ale i přímou návazností na rozhovor, kdy ze společné komunikace prožívaly úzkost:

*„Že když už jsou ty úzkosti a zeptají se mě tady a z čeho to mohlo být, tak za ten den se toho stalo tolik, že já nemůžu vědět, z čeho to mám, to většinou se objeví třeba za 3 dny, jako až ta úzkost, a přitom se něco stalo 2 dny po vzadu.“ (Rozhovor č. 3)*

#### **Kategorie: Potřeby v oblasti duševního onemocnění/ Podkategorie: Projevy deprese**

Podkategorii deprese rovněž zmiňovaly tři ze čtyř osob s duševním onemocněním. Jedna z osob s duševním onemocněním prožívala tak silné deprese, že nebyla rozhovoru schopná a měla z rozhovorů velké úzkosti, chtěla být sama. Další z osob s duševním onemocněním popisovala, že deprese jsou u ní každodenní:

*„Necítím se... jakoby takhle s tím, že mám deprese, tak já jsem to popíšu asi tak, já jsem necejtím nikdy dobře jako s téma depresema.“ (Rozhovor č. 2)*

**Kategorie: Potřeby v oblasti duševního onemocnění/ Podkategorie: Deprese při rozhovoru**

Další osoba s duševním onemocněním prožívala deprese ze samotného rozhovoru s pracovníkem, kdy na počátku měl velké obavy z toho, jak jej bude pracovník vnímat. Deprese souvisela s počáteční nedůvěrou vůči pracovníkovi:

**Kategorie: Potřeby v oblasti duševního onemocnění/ Podkategorie: Přítomnost panické ataky**

Dvě osoby s duševním onemocněním sdílely zkušenosti s panickými atakami. Při panice je potřeba prostoru, nemá význam utěšování ze strany pracovníka. Někdy může panická ataka přijít i v důsledku nevhodně vedeného rozhovoru, konkrétně pokud se rozebírá téma, které je klientovi nepříjemné. Jedna z osob s duševním onemocněním popsala, že při atace prožívá stav disociace. Rady pracovníka by měly spočívat v uvědomění si teď a tady. Jedna z osob s duševním onemocněním sdělila, že při panické atace potřebuje bezpečí a objetí. Trénovat techniky zvládnutí ataky potřebuje mimo probíhající ataku, aby si je uvědomila a naučila se je. Další osoba s duševním onemocněním sdělila, že je potřeba ataku pojmenovat a poté zachovat klid a nic neřešit. Po atace má osoba s duševním onemocněním výčitky z ataky a z celkového chování. Osoba s duševním onemocněním uvedla, že po atace je vhodnější počkat, až začne sama hovořit, někdy se dostaví pláč. Je vhodné dát klientovi možnost odložit řešení zakázky na další sezení:

*„Při panický atace, to je podle mě dost individuální, ale zároveň si myslím, že vesměs stejný, ten panický atak to, co člověk potřebuje hlavně prostor, protože tam jakoby nějaký uklidňování vůbec jako nemá žádný efekt, vůbec žádný...“ (Rozhovor č. 2)*

**Kategorie: Potřeby v oblasti duševního onemocnění/ Podkategorie: Přítomnost hlasů a paranoí**

Zkušenosti s hlasy a paranoielemi v průběhu rozhovoru sdílela jedna osoba s duševním onemocněním. Jako vhodné se jeví, aby se pracovník klienta přímo zeptal, zda má zájem v rozhovoru pokračovat, pokud si všimne, že se s klientem něco děje. Bylo příjemné, když si poté jen povídali. Nepříjemný stav a úzkost při rozhovoru může přejít až v nepříjemné

myšlenky, paranoie a hlasy. Osoba s duševním onemocněním sdělila, že někdy o tomto svém stavu pracovníkovi lhala. Řešení nepříjemného stavu bylo odejít na toaletu a tam se opláchnout. Někdy se stalo, že osoba s duševním onemocněním utekla ze schůzky pryč a z toalety se už nevrátila do místnosti, kde probíhal rozhovor. Příjemná byla pozitivní reakce pracovníka, který se o útěku osoby s duševním onemocněním dozvěděl zpětně a klientovi sdělil rady, jak mohou příště takovou situaci řešit.

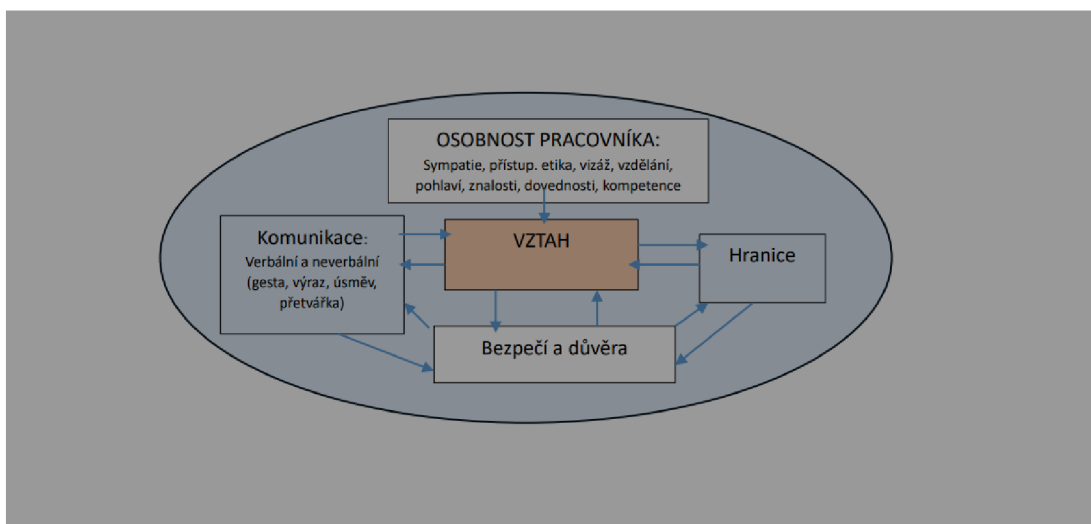
Osoba s duševním onemocněním sdělila, že pracovník někdy přítomnost hlasů a nepříjemných projevů nemůže ovlivnit, protože je osoba s duševním onemocněním podezřívavá k pracovníkovi a je vůči němu paranoidní, což má za následek zhoršený stav. Zkušenost osoby s duševním onemocněním s hlasy je taková, že pokud má hlasy, sám sobě říká, že je něco špatně:

*„...Ale když mě bylo špatně, tak pak, i kdyby ten sociální pracovník by by se choval úplně nejlíp a nejlíp by zvládal v tu práci v ten moment, tak mě by to vlastně bylo úplně jedno, protože já bych si sám sobě jako by v sobě říkal, že je něco špatně“. (Rozhovor č. 1)*

Pokud má hlasy, obvykle se uzavře a nekomunikuje. V kontextu těchto nepříjemných stavů zmiňuje i oční kontakt a gesta a neverbální komunikace pracovníka, která může tyto stavy zhoršit:

*„Jo, ale to nejsou ani jako myšlenky, to jsou i nějaký, jako oční třeba oční nějaký kontakt anebo jak třeba se koukám na toho sociálního pracovníka a třeba já si říkám, no, tak teďkom nějak ukázal, nebo jo a tady toto tak to jako je, no“. (Rozhovor č.1)*

**Obrázek č. 1:** Rozhovor a významné faktory z pohledu osob s duševním onemocněním



Zdroj: Vlastní výzkum

## 9.2 Výsledky analýzy skupiny respondentů odborníků z pomáhajících profesí

Analýza skupiny respondentů pracovníků v pomáhajících profesích nebyla členěna do více tematických okruhů jako první skupina respondentů osob s duševním onemocněním. Celá analýza tvořila samostatný tematický okruh – zkušenosti pracovníků v pomáhajících profesích ve vztahu k rozhovorům. Tento způsob jsem zvolila z toho důvodu, že ve vztahu k výzkumným otázkám nebyla potřeba další členění, neboť výzkumná otázka týkající se pracovníků v pomáhajících profesích zněla: Jaké jsou zkušenosti pracovníků v pomáhajících profesích ve vztahu k rozhovorům?

Tematický okruh zkušeností byl následně rozčleněn do několika kategorií, podkategorií a u některých podkategorií ještě do menších podtémat. Jednotlivé kategorie byly vytvořeny na základě cíle diplomové práce – popsat zkušenosti a potřeby osob s duševním onemocněním ve vztahu k rozhovorům a popsat zkušenosti pracovníků v pomáhajících profesích ve vztahu k rozhovorům. Názvy podkategorií vznikly na základě popisu obsahu kódů v dané podkategorii a u některých podkategorií vznikly ještě podtémata dané podkategorie, neboť obsahovaly kódy obsahující ještě dílčí téma. Pro přehlednost jsem u každé podkategorie a podtématu uvedla i název kategorie, aby bylo jasné, k jaké kategorii se jednotlivé podkategorie vztahují.



### **9.2.1 Tematický okruh 1: Zkušenosti pracovníků v pomáhajících profesích ve vztahu k rozhovorům**

V rámci zkušeností pracovníků v pomáhajících profesích ve vztahu k rozhovorům byly identifikovány následující kategorie – základ rozhovoru, zkušenosti v oblasti bezpečí a důvěry, zkušenosti v oblasti vztahu sociálního pracovníka a osoby s duševním onemocněním, zkušenosti s průběhem a vedením rozhovoru, zkušenosti v oblasti komunikace, osobnost sociálního pracovníka a zkušenosti v oblasti duševního onemocnění. Pro zkrácení označení pracovníků v pomáhajících profesích budu dále používat termín pracovník.

#### **Kategorie: Základ rozhovoru**

V rámci první kategorie, která popisuje, co je základem rozhovoru, byly stanoveny následující podkategorie: pracovní aliance, setting, porozumění problému klienta, porozumění problému klienta, a podmínky pro poskytnutí podpory.

Nejprve byly popsány obecné prvky, které pracovníci považovali za základ a podstatu rozhovoru. Jedná se o pochopení životní zkušenosti klienta s duševním onemocněním a o pochopení odlišení zkušeností, které se váží k tomu, že na základě duševního onemocnění má klient nějaké životní zkušenosti, od zkušeností toho, že na základě životních zkušeností má klient duševní onemocnění. Vnímání rozlišení a pochopení těchto zkušeností a pochopení toho, že obě oblasti zkušeností jsou neoddělitelné bylo podstatou, kterou uvedl jeden z pracovníků:

*„Nedá se to oddělit. Aspoň takto je vnímám, že se to nedá oddělit, protože ty životní zkušenosti jednak přispívají a jednak formují potom jako tu tu duševní nemoc to onemocnění a potom zpětně to duševní onemocnění zase, aspoň z mého pohledu, ovlivňuje tu zkušenost do života.“ (Rozhovor č. 7)*

Pracovníci vnímali, že podstatou rozhovoru je porozumění, ale jeden z pracovníků uvedl, že ještě před porozuměním je proces mapování, kdy se sbírají potřebné informace:

*„Jo určitě porozumět, ale myslím si, že ještě ještě předtím je je taková prvotní dovednost, která se týká mapování jo, že myslím, že to sbírání informace, mapování, teprve může vést k nějakému vhledu a porozumění.“ (Rozhovor č. 5)*

Z pohledu pracovníka se jedná o proces několika kroků, které mohou být různě dlouhé, podle toho, kolik času je k dispozici. Někdy může mapování trvat hodinu a někdy i tři sezení. Typ rozhovoru záleží na času, který je k dispozici a to souvisí také s fází onemocnění klienta. Je nutné vycházet z potřeb klienta, což koresponduje s výpovědí jiného pracovníka, výše uvedenou, o tom, že ze zkušeností s onemocněním vyplývají potřeby klientů. Podle potřeb se volí i typ intervence a rozhovoru. Druh rozhovoru se volí i podle typu služby, který odpovídá i fází onemocnění. Pokud je klient například v existenciální krizi, nemá cenu řešit hlubší psychické záležitosti, je potřeba podle potřeb klienta vést i rozhovor:

*„...je hrozně důležité vycházet z aktuálních potřeb toho klienta. Protože když je to jo, když se jedná o sociální službu, tak tam potřeby klienta jsou, jsou podle mě to úplně nejdůležitější...“ (Rozhovor č. 5)*

Pracovník uváděl, že základem pro rozhovor je dobrý setting a velká míra bezpečí pro klienta:

*„Takže možná je možná, že to, co mě k tomu první napadá, je, je dobrý setting a velká míra bezpečí pro klienta samozřejmě.“ (Rozhovor č. 5)*

Vedení rozhovorů u všech pomáhajících profesí má podobné principy:

*„...já si myslím, že jsou pro pro vedení rozhovoru, že že jsou v zásadě vlastně podobný pravidla, jo, že to nebude takovej rozdíl. Když se jedná o ten o ten vztah vlastně pomáhající a ten, ten potřebnej člověk, takže to budou asi dost podobný věci.“ (Rozhovor č. 5)*

Pracovníci sdělovali, že základem rozhovoru je vztah, který je blíže popsán v kategorii zkušenosti v oblasti vztahu pracovníka a osoby s duševním onemocněním.

### **Kategorie: Základ rozhovoru/Podkategorie: Pracovní aliance**

Pracovní alianci jako základ rozhovoru sdělil jeden z pracovníků, kdy bylo zjištěno, že proto, aby rozhovor dobře plynul, je důležitá pracovní aliance, která je výchozím bodem pro budování vztahu. Je to nastavení dvou lidí, kteří spolu chtějí pracovat a souvisí to i s motivací klienta, která je uvedena níže v kategorii zkušenosti s průběhem a vedením rozhovoru, v rámci podkategorie první kontakt, podtéma motivace. Pro dobrou pracovní alianci musí být nastavený dobrý setting:

*„Pracovní aliance je jako takový nastavení těch dvou lidí, že na něčem chtějí pracovat. A není to ještě, není to ještě vztah...“ (Rozhovor č. 5)*

**Kategorie: Základ rozhovoru/Podkategorie: Setting**

Setting je určité nastavení podmínek pro dobré vedení rozhovoru. Dobrý setting je základ pro dobrou pracovní alianci a navázání vztahu. Setting pracovník volí podle typu rozhovoru. Setting může zahrnovat podmínky v místnosti, kde se rozhovor koná, jako je teplo, světlo, samotná místnost, bezpečí, ale i danosti, jako je typ zařízení, ve kterém se rozhovor odehrává a důvěra klienta v toto zařízení:

*„...zase zase se to týká toho settingu, aby bylo jasné jako na jakém místě to, ten rozhovor probíhá, aby bylo jasné, že to je teda bezpečný místo a má nějaká pravidla a má nějaký jak nějaký jasné pravidla...“ (Rozhovor č. 5)*

**Kategorie: Základ rozhovoru/Podkategorie: Porozumění problému klienta**

Od pracovníků bylo zjištěno, že základem rozhovoru je porozumění, které musí předcházet další krokům ve spolupráci a mělo by se odehrávat v počáteční fázi rozhovoru. Jedná se o porozumění pracovníka tomu, proč klienti nejsou schopni některé věci udělat a porozumět tomu, co je problém klienta, který se může schovávat za prvotní zjevný problém. Je to o pochopení problému, který klientovi brání fungovat a pomoci i klientovi tento problém najít a pojmenovat. Častou potíží je pak to, že klient v důsledku problému není schopen komunikovat:

*„V jaké jsou situaci, co je jejich problém, který nám vlastně může připadat lehce vyřešitelný, ale pro ně je prostě nepřekonatelný. Takže to, že porozumím té jejich situaci, to, že to z nějakého důvodu nejsou schopni udělat, mi přijde hodně důležité.“ (Rozhovor č. 6)*

**Kategorie: Základ rozhovoru/Podkategorie: Porozumění problému klienta**

V rámci kategorie porozumění problému klienta byla definována ještě dvě podtémata, a to jaké podmínky musí nastat, aby došlo k porozumění a jak pracovník pozná, že došlo k porozumění.

**Kategorie: Základ rozhovoru /Podtéma: Jaké podmínky musí nastat, aby došlo k porozumění**

Aby nastalo porozumění, musí být zajištěno bezpečí, které souvisí s důvěrou:

*„Pocit bezpečí. Já si myslím, že pocit bezpečí, a určitě důvěra mezi klientem a tím pracovníkem, aby ten rozhovor byl takový nějaký opravdový...“ (Rozhovor č. 8)*

Pokud je navázána důvěra klienta k pracovníkovi, klient se cítí v bezpečí. Jedině opravdový vztah klienta a pracovníka může vzbuzovat důvěru. Pokud je navázán důvěrný vztah, klient může bezpečně otevřít témata, která by potřeboval řešit:

*„Určitě, musí to být porozumění tomu člověku, tomu klientovi, a pocit navození té důvěry, a na základě té důvěry mohou vykvést ta témata v sociální sféře, co se mají řešit.“ (Rozhovor č. 8)*

Porozumění podle pracovníka nespočívá v potvrzení reality klienta. Jedná se o pochopení toho, co klient cítí.

Tři ze čtyř pracovníků uváděli, že osobní zkušenost pracovníka s duševními potížemi může vést k lepšímu porozumění. Tomuto tématu se věnují podrobněji v kategorii osobnost sociálního pracovníka, v podkategorii osobní zkušenost pracovníka s duševními potížemi. Od jednoho pracovníka bylo taktéž zjištěno, že porozumění je v naslouchání klientovi. Jako základ rozhovoru uvedl jeden pracovník přímo vztah:

*„...takže vztah je to úplně nejdůležitější, co, co nese nese každý nese každé podle mě každé rozhovor.“ (Rozhovor č. 5)*

### **Kategorie: Základ rozhovoru/Podkategorie: Porozumění problému klienta**

#### **Podtéma: Jak pracovník pozná, že došlo k porozumění**

Dalším podtématem v podkategorii porozumění problému je, jak pracovník pozná, že došlo k porozumění. Bylo zjištěno, že nejpřímějším způsobem, jak to pracovník zjistí, je ten, že sám **klient vyjádří spokojenost** s pracovníkem:

*„Err na jedné straně bych řekl, že jako úplně na čisto, když klient jako sám vyjádří velmi jasně svoji spokojenost v té spolupráci anebo v tom vztahu...“ (Rozhovor č. 7)*

Vyjádření spokojenosti může pracovník vnímat jako nepřímé sdělení toho, že klientovi porozuměl, neboť od porozumění, jak již bylo řečeno, se odvíjí i vzájemný vztah. Dále bylo zjištěno, že pracovník pozná, že klientovi porozuměl na základě toho, že **klient se ve spolupráci posunul a činí kroky ke zlepšení situace**. Dále bylo zjištěno, že pracovník pozná, že bylo porozuměno na základě **otevření se klienta v osobních tématech i traumatických zážitcích**, které sdílí.

Dalším sdělením od pracovníka bylo, že porozumění poznal na základě toho, že se s klientem **společně zasmáli** a že klientka poprvé projevila emoce a udělala vtip:

*„No, třeba při tom budování vztahu, když tak klientka se po půl roce zasmála, tak mi to přišlo, že konečně vlastně se trochu otevřela, že projevila nějakou emoci...“ (Rozhovor č. 6)*

#### **Kategorie: Základ rozhovoru/Podkategorie: Podmínky pro poskytnutí podpory**

Mezi základní podmínky, které by měly být zajištěny, aby mohla být poskytnuta podpora je porozumění a důvěra. Pracovník uvedl, že na základě důvěry se poté tvoří zakázka.

Podpora může spočívat v tom, že klient není sám, pracovník nemusí nutně rozumět problémům klienta. Klient s duševním onemocněním může hovořit například o hlasech, které slyší. Pracovník může klientovi poskytnout podporu a porozumění v tom, že rozumí tomu, že slyšení hlasů je nepříjemné:

*„...že kolikrát ani nemusím úplně rozumět těm problémům. Ale důležité je tam pro toho člověka nějak jako být. Že má pocit, že na to není sám.“ (Rozhovor č. 8)*

#### **Kategorie: Zkušenosti v oblasti bezpečí a důvěry**

Další kategorií jsou zkušenosti v oblasti bezpečí a důvěry. Bylo již výše popsáno, že aby došlo k porozumění, musí být zajištěno bezpečí a navázána důvěra. Zajištění bezpečí se odehrává již před rozhovorem.

Je důležité, aby si byl pracovník vědom toho, že klienti s duševním onemocněním často nemají navázané vztahy, jsou izolováni a často neměli nikoho, kdo by jim věřil. Často se setkali také se špatnou zkušeností s přístupem ze strany pracovníků v pomáhajících profesích.

Pracovníci uváděli, že důvěra nenastává ihned od počátku spolupráce, ale postupně se buduje. Je důležité, aby pracovník přišel na rozhovor v čas, klienta přivítal a nabídl pití. Pracovník klienta vyslechne, ale nesoudí:

*„To, že toho člověka nebudu soudit, asi. Takže to je vlastně i to porozumění, nebo, že toho člověka nesoudím za to, co on říká, no, myslím si, že ten pocit bezpečí je to, že ho ten člověk nebude soudit, že se ho bude snažit vyslechnout.“ (Rozhovor č. 8)*

Projevem emocí ze strany pracovníka se zakládá důvěra. Důležité je nenásilné vedení rozhovoru. Aby bylo zajištěno bezpečí a navázána důvěra, pracovník by měl být dobře naladěný, působit vřele, měl by vyjadřovat naději a podporu a sám by měl být podporou.

Pracovník by neměl bagatelizovat, neměl by klienta zesměšňovat, měl by se smát, až pokud se směje klient. Jakýkoliv náznak stigmatizace ze strany pracovníka by vedl ke ztrátě důvěry.

Dalším důležitým sdělením byla rovnocennost ve vztahu, která podporuje důvěru. Za důležité považují sdělení, že prostor hraje roli v prožívání bezpečí:

*„Myslím si, že opravdu příjemný prostor pomáhá právě aji tomu prožívání toho bezpečí a které se vytváří jako v tom v tom vztahu...“ (Rozhovor č. 7)*

Jak již bylo uvedeno, jedná se o setting, který zajišťuje prvotní důvěru klienta v zařízení. Pocit bezpečí by měl pracovník podpořit na počátku rozhovoru i tím, že klientovi sdělí informace o zacházení s informacemi z rozhovoru a měl by poukázat na bezpečí sdělovaných informací. Na počátku rozhovoru a spolupráce má klient obvykle zájem pomoci s praktickými informacemi a jak se postupně prohlubuje důvěra, otevírá se i hlubší problém. Někdy je budování důvěry oblast, která se postupně buduje i několik měsíců. Když není důvěra, tak se rozhovor nerozvíjí a klient je příliš obecný ve sdělení. Nedůvěra se pozná podle napětí a frustrace, která může dojít až k nedorozumění:

*„...může vzrůst nějaká jako jako frustrace na jedny i druhý straně, klient říká, ale vy mi nerozumíte, že jo? Ten sociální pracovník říká, ale vy mi nic neříkáte, jo, tak takovýhle jako nedorozumění, nedorozumění se potom vlastně šíří, obou...“ (Rozhovor č. 5)*

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti bezpečí a důvěry/Podkategorie: Potřeba bezpečí při krizi klienta**

V rámci podkategorie bezpečí při krizi, kterou by klient mohl při rozhovoru prožívat, nebo by mohl klient v krizi už na rozhovor přijít, je důležité zajistit bezpečný prostor, nezpochybňovat, nestigmatizovat. Zpochybnění by vedlo k narušení bezpečí. Pokud se klient nachází v akutní psychické krizi, je vhodné, aby pracovník zvážil přivolání pomoci, ať už kolegu, nebo rychlou záchrannou službu:

*„ ...tak když bude povídat, nebudu si za vším jako promítat, že toto je asi, že to tak nemusí být anebo tak, že to je nějaké zkreslení anebo tak... Absolutně jako prostě toho člověka poslouchám, co mi říká, jako tak to беру, jsem tam s ním. Err, samozřejmě, že můžu doptávat, když mi něco nedává jako smysl nebo tak, ale nejdu ho tam zpochybnovat hlavně jako před tím člověkem... “*  
(Rozhovor č. 7)

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti bezpečí a důvěry/Podkategorie: Prostředí**

Další podkategorii v kategorii zkušeností v oblasti bezpečí a důvěry je prostředí. Mnoho věcí, které se týkají prostředí, nemůže pracovník příliš nebo ihned ovlivnit. Pracovník by však měl zajistit, aby v místnosti, kde se rozhovor odehrává, bylo ticho, světlo a vyvětráno:

*„Že tam člověk nebude nějak jako vyrušovat, že tam je možnost toho ticha. Asi i nějaké přivítání, ale myslím si, že asi nejdůležitější je to ticho, a že je tam člověk včas.“* (Rozhovor č. 8)

Někdy se rozhovor realizuje i na jiném místě, než v kanceláři pracovníka, avšak první rozhovor by se měl realizovat v kanceláři, která působí někdy trochu formálně, ale z hlediska bezpečnosti pro klienta i pracovníka je nevhodnější. V některých případech se může rozhovor odehrávat u klienta v domácnosti. Jedná se však o individuální záležitost. Někteří klienti se mohou doma cítit uvolněněji, někteří klienti však pracovníka domů nepustí. V některých případech může být pozvání pracovníka ke klientovi domů projevem důvěry:

*„ ...pak vlastně přišlo to, že mi začala natolik důvěřovat, že si mě pozvala domů, že to nebylo hned. A myslím si, že to vznikalo i z toho, že si člověk – že ta důvěra nevznikne hned zpočátku, ale že si ji člověk musí budovat.“* (Rozhovor č. 7)

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti bezpečí a důvěry/ Podkategorie: Znak navázání důvěry**

Další podkategorií kategorie zkušenosti z oblasti bezpečí a důvěry jsou znaky toho, že byla navázána důvěra. To pracovník pozná podle toho, že klient se začne svěřovat s aktuálními problémy a začne hledat řešení na tyto problémy. Souvisí to s jistým náhledem klienta na své potíže, kdy se již nadále klient nestaví tak, že žádné problémy nemá:

*„Asi tím, že začne říkat ty problémy, co se akutně dějí. Nebo s čím má jako ty problémy, a hledáme ta řešení.“ (Rozhovor č. 8)*

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti vztahu pracovníka a osoby s duševním onemocněním**

Další kategorií, která byla popsána, byla kategorie zkušeností v oblasti vztahu pracovníka a osoby s duševním onemocněním. Nejprve byly popsány obecně zkušenosti, kdy pracovník uváděl přínosy navázání rovnocenného vztahu, který vytváří bezpečí, vřelost a důvěru:

*„No, takže ta rovnocennost v tomto a myslím si, že ta vytváří to právě to bezpečí a tu vřelost a tu důvěru potom.“ (Rozhovor č. 7)*

Naopak by mohlo překážet, pokud se pracovník vnímá jako autorita a z této pozice vede rozhovor s klientem. Doporučení v rovnocenném vztahu je sdílet zkušenosti a reagovat bezprostředně, zároveň by měl však pracovník dodržovat určité postupy a hranice vztahu. Pracovník by měl být v navazování vztahu nenásilný, měl by dodržovat etický kodex, který může být jasnou hranicí pro udržení vhodného vztahu. Pracovník by měl vnímat, že lidský vztah je základ všeho a role profesionála někdy nemusí dávat prostor pro lidskost. Rovnocennost a přiblížení se klientovi však musí být bezpečné.

V rámci kategorie zkušeností v oblasti vztahu pracovníka a osoby s duševním onemocněním bylo definováno několik podkategorií, a to budování vztahu, nadřazenost pracovníka, hranice ve vztahu a překročení hranic jak ze strany klienta, tak ze strany pracovníka.

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti vztahu pracovníka a osoby s duševním onemocněním/ Podkategorie: Budování vztahu**



Pro budování vztahu je vhodné se klienta doptávat na pocity a emoce. Je důležité netlačit na klienta, poslouchat a pozorně vnímat, co klient říká:

*„...jako velmi nenásilným způsobem, do žádného tématu ho netlačím a jenom se jako ptám a někdy mi jako objasňuje a vysvětluje nějaké jako oblasti, kde toho potřebuju víc slyšet...“ (Rozhovor č. 7)*

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti vztahu pracovníka a osoby s duševním onemocněním/**  
**Podkategorie: Nadřazenost pracovníka**

Jak již bylo výše zmíněno, vhodný je rovnocenný přístup s dodržováním hranic vztahu. Nadřazenost pracovníka může být způsobena pracovníkovou předpojatostí i teoretickými znalostmi z dané problematiky. Nadřazenost pracovníka, byť nevědomá, může bránit navázání skutečného kontaktu s klientem:

*„Co mě tam hraje, že by tomu mohlo překážet, je právě to, že nakolik se ten sociální pracovník právě vnímá jako v té nějak jako té pozici autority vůči tomu klientovi...“ (Rozhovor č. 7)*

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti vztahu pracovníka a osoby s duševním onemocněním/**  
**Podkategorie: Hranice ve vztahu**

V podkategorii hranice vztahu bylo sděleno, že je důležité určit čas sezení a ten dodržovat:

*„A myslím si, že je i důležité si určovat ty hranice s tím klientem, že jako že když na něj mám vyhrazenou tu hodinu, tak je to hodina, prostě...“ (Rozhovor č. 8)*

Pracovník by měl na úvod sdělit klientovi pravidla spolupráce, ale i informaci o možnosti dobrovolného ukončení rozhovoru ze strany klienta. Na uvedené hranice by měl pracovník dohlížet, a v případě potřeby je opakovat a při jejich narušení na ně opět upozornit.

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti vztahu pracovníka a osoby s duševním onemocněním/**  
**Podkategorie: Hranice ve vztahu**

V rámci podkategorie hranice ve vztahu se objevilo ještě několik podtémat – role pracovníka, vhodná vzdálenost a klient v manické fázi onemocnění.

#### Podtéma: Role pracovníka

Pracovník by měl v rámci vymezení hranic objasnit svoji roli a tu v případě potřeby a nutnosti znovu zopakovat.

U klientů s duševním onemocněním byly v případě jednoho pracovníka popsány zkušenosti se situací, kdy klient měl opakovaně očekávání jiné role pracovníka, někdy se do pracovníka zamiloval a bylo potřeba klientovi opakovaně objasňovat roli pracovníka:

*„...protože často se mi stává, že se do mě třeba jako zamilují, takže si myslím, že je důležité vysvětlit tu moji roli v tom jejich životě, jako proč tady jsem...“ (Rozhovor č. 8)*

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti vztahu pracovníka a osoby s duševním onemocněním/**  
**Podkategorie: Hranice ve vztahu**

#### Podtéma: Vhodná vzdálenost

Dále by se měl pracovník zamyslet také na vhodnou vzdáleností při sezení klienta, kdy by tato vzdálenost neměla být tak blízko, aby se pracovník a klient mohli dotýkat, ale ani příliš vzdálená, aby klient a pracovník seděli na opačném konci místnosti:

*„Nebýt na něho nalepený, aby se naše těla dotýkala, ale zároveň nebýt na druhé straně té místnosti.“ (Rozhovor č. 8)*

Ze strany jednoho pracovníka byly popsány zkušenosti s tím, že někteří klienti mají s dodržováním hranic vzdálenosti potíže a mají tendenci k osobnímu kontaktu s pracovníkem, například snaha se pracovníka dotknout.

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti vztahu pracovníka a osoby s duševním onemocněním/**  
**Podkategorie: Hranice ve vztahu**

#### Podtéma: Klient v manické fázi onemocnění

Dalším podtématem v podkategorii hranice ve vztahu je klient v manické fázi onemocnění, kdy ze strany jednoho pracovníka byla sdílena zkušenost s takovým klientem, který příliš narušuje hranice a příliš mluví. Pracovník by měl klienta usměrňovat, dbát na dodržování hranic, zejména času a vzdálenosti a velké výkyvy a změny stavu klienta konzultovat s lékařem klienta:

*„A i právě často lidé, když mají tu máni, tak jsou v tom takoví..., neumí dodržovat ty hranice, no.“ (Rozhovor č. 8)*

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti vztahu pracovníka a osoby s duševním onemocněním/**  
**Podkategorie: Překročení hranic ze strany klienta**

Další podkategorií z kategorie zkušenosti v oblasti vztahu pracovníka a osoby s duševním onemocněním je překročení hranic. Nejprve byly uvedeny obecné zkušenosti z oblasti překročení hranic a následně bylo definováno ještě podtéma agrese ze strany klienta.

Bylo zjištěno, že zkušenosti pracovníka jsou takové, že pokud dojde k narušení hranic, je možné, aby došlo ke změně pracovníka nebo k rozvázání spolupráce, případně navázat klienta na jiný tým. Další sdílenou zkušeností ze strany pracovníka byla konkrétní situace narušení hranic a to, když klient pouštěl pracovníkovi pornografické filmy. Tato situace byla uvedena jako příklad pro změnu pracovníka.

Někteří klienti s duševním onemocněním mohou mít potíže s hranicemi u pracovníka opačného pohlaví v souvislosti absence partnerského vztahu. Další zkušeností bylo, že klienti mohou mít na pracovníky různé sexuální narážky. Bylo sdíleno, že hranice musí mít pracovník jasně dané a musí si je vymezit. Nedůvěru a narušení hranic musí pracovník řešit zkušenostmi, vlastními silami, pomocí intervize, supervize a balintovské skupiny.

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti vztahu pracovníka a osoby s duševním onemocněním/**  
**Podkategorie: Překročení hranic ze strany klienta**

**Podtéma: Agrese klienta**

V rámci podkategorie překročení hranic ze strany klienta bylo uvedeno ještě podtéma agrese klienta. Ze strany pracovníka byla sdílena zkušenost, že se u agresivního klienta jedná

o projev krize. Pracovník by v takovém případě měl ukončit rozhovor a řešit situaci s krizovým týmem, kdy klient může být i nedobrovolně hospitalizován, neboť je nebezpečný pro okolí:

*„Samozřejmě agresivita, kdyby byla. Takže to je, předpokládám, spíše projev nějaké krize toho člověka.“ (Rozhovor č. 6)*

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti vztahu pracovníka a osoby s duševním onemocněním/**  
**Podkategorie: Překročení hranic ze strany pracovníka**

V rámci podkategorie překročení hranic ze strany pracovníka byla v případě jednoho pracovníka sdílena zkušenost s překročením hranic, kdy překročil své profesní kompetence a snažil se být jiný typ profesionála, protože chtěl za každou cenu klientovi pomoci a chtěl mít viditelné výsledky. Pracovník pak sdílel zkušenost, že klient takové překračování kompetencí vycítí, a vytváří to potíže v navázaném vztahu.

*„Tak za mě to byl nějaká jako nějaký nárok na sebe, že jako...A to jsem si spíš trošku odvykl na to mí to takto nastavené, ale za každou cenu musím jako teď pomoci a musí to mít nějaký viditelný výsledek...“ (Rozhovor č. 7)*

**Kategorie: Zkušenosti s průběhem a vedením rozhovoru**

Další kategorií jsou zkušenosti s průběhem a vedením rozhovoru, která zahrnuje podkategorie – příprava pracovníka na rozhovor, první kontakt, styl vedení rozhovoru a kladení otázek, zplnomocňování klienta, zásady vedení rozhovoru, zkušenosti s humorem, následky nevhodně vedeného rozhovoru, závěr rozhovoru a zkušenosti s délkou sezení.

**Kategorie: Zkušenosti s průběhem a vedením rozhovoru/**  
**Podkategorie: Příprava pracovníka na rozhovor**

V rámci podkategorie přípravy pracovníka na rozhovor byla u jednoho pracovníka sdílená taková zkušenost, že se pracovník na rozhovory s klienty nepřipravuje, ale někdy si vyhledává praktické věci, například kontakty na návazné služby. Pracovník si však předem neplánuje vedení a průběh rozhovoru a uvedl, že vše vyplyne ze situace, avšak pracovník ví již dopředu, co potřebuje a má zjistit od klienta:

*„Ne, na rozhovor se většinou nepřipravuji. Spíš se připravuji na základě těch praktických věcí, když ten člověk něco potřebuje, tak vyhledám nějaké věci...“ (Rozhovor č. 8)*

Dále byla sdílena zkušenost, že pracovník by měl vědět, co obnáší diagnóza klienta a má znát všeobecné zásady komunikace s lidmi s duševním onemocněním. Bludné představy klienta by neměl pracovník podporovat, ani vyvracet, měl by najít balanc v tom, jak vhodně reagovat.

Další z pracovníků však sdílel zkušenost, že diagnózu klienta často ani nezná, nebo se jedná o více diagnóz současně a seznámení s diagnózou by mohlo být podle zkušeností kontraproduktivní:

*„...ono je to často strašná jako směska, strašná směska těch všech věcí, a ne vždycky si člověk může říci čistě jenom jednu diagnózu. Často se ani neví, co to je za diagnózu. Takže si myslím, že to může být takové kontraproduktivní, zároveň.“ (Rozhovor č. 8)*

**Kategorie: Zkušenosti s průběhem a vedením rozhovoru/ Podkategorie: Příprava pracovníka na rozhovor**

V rámci podkategorie přípravy pracovníka na rozhovor bylo definováno ještě jedno podtéma a to potřeby pracovníka.

Podtéma: Potřeby pracovníka

Byly sdíleny zkušenosti v oblasti potřeb pracovníků a to, že pracovník se musí cítit dobře, měl by být v dobrém rozpoložení, musí mít dobré zázemí a na pracovníka nesmí být vytvářen nátlak ze strany vedení. Zkušenosti s potřebami pracovníků uvedl spontánně pouze jeden z pracovníků:

*„Asi je také důležité vědět sám za sebe, jako pracovník, že třeba zrovna v tuhle chvíli úplně mě třeba také něco trápí, někdy jestli není od věci tu..., nebo třeba se cítí nemocný, jestli tu schůzku nezrušit, protože pak člověk ví, že není úplně plně napojený na toho klienta.“ (Rozhovor č. 6)*

**Kategorie: Zkušenosti s průběhem a vedením rozhovoru/ Podkategorie: První kontakt**

Nejprve byly sdíleny zkušenosti o tom, jak by měl první kontakt pracovníka s klientem probíhat. Následně byly v rámci podkategorie první kontakt definovány ještě podtémata – motivace a nemotivovaný klient.

Pracovník nejprve vysvětlí službu, ve které pracuje a zjišťuje, zda je klient pro službu vhodný klient a klienta se doptává na zakázku.

Bylo zjištěno, že první fází rozhovoru se jedná především o rozhovor samotný, není nutné pracovat na hlubším problému, jde o porozumění a pochopení klienta. Pracovník by měl na úvod sdělit, že sdílené informace jsou v bezpečí:

*„Ano, na začátku si právě všechno tohle řekneme, při začátku spolupráce, a že mi přijde, že někdy se to klidně hodí i ubezpečit toho člověka v průběhu, že vlastně jsme tam pro něj, že ty informace jsou důvěrné, že to nikam nikomu dalšímu říkat nebudeme, jo.“ (Rozhovor č. 6)*

Pracovník by na úvod měl nechat hovořit klienta a dát mu prostor, nezasahovat do vyprávění klienta. Klient musí cítit, že může říct vše. Smyslem prvního kontaktu je navázání vztahu a důvěry.

### **Kategorie: Zkušenosti s průběhem a vedením rozhovoru/Podkategorie: První kontakt**

#### **Podtéma: Motivace**

V rámci podtématu motivace byly sdíleny zkušenosti, že lidé s duševním onemocněním selhávají v životě, ale neví, co by měli řešit. Často přicházejí k rozhovoru, protože chtějí řešit tyto potíže, ale ještě si nejsou vědomy hlubších potíží. Někdy se stává, že klienti přicházejí k rozhovoru, neboť byli pro spolupráci motivováni svým okolím, ale sami ještě nemají vnitřní motivaci pro řešení potíží:

*„...co já mám zatím zkušenost, že ti lidé s duševním onemocněním kolikrát třeba ještě neví, jako, nebo mají jen pocit, že asi selhávají v tom životě, ale neví, co by měli vlastně řešit, jak, neví jak, ale neví kolikrát ani co by mohli udělat, protože jinak to neumí.“ (Rozhovor č. 6)*

Pokud je však klient pro spolupráci motivovaný, je zahájeno mapování a následně stanovení plánu, kroků a cílů:

*„Strašně právě závisí na tom, jak moc je ten klient motivovaný. Ale dejme tomu, že hodně mluví, že chce tu spolupráci. Takže nejdříve mluví, pak se snažím jakoby zmapovat všechny ty oblasti toho jeho života, na to máme i formuláře, kde si to zapíšeme.“ (Rozhovor č. 6)*

**Kategorie: Zkušenosti s průběhem a vedením rozhovoru/Podkategorie: První kontakt**

**Podtéma: Nemotivovaný klient**

U podtématu nemotivovaného klienta byly sdíleny zkušenosti, kdy je vhodné nemotivovaného klienta vyslechnout, jaké má aktuální potřeby a na základě těchto potřeb klienta motivovat ke spolupráci.

Ze strany pracovníka byla sdílena zkušenost, že je nutné nesledovat cíle ze svého pohledu, ale z pohledu klienta.

**Kategorie: Zkušenosti s průběhem a vedením rozhovoru/Podkategorie: Styl vedení rozhovoru a kladení otázek**

U podkategorie styl vedení rozhovoru jsou uvedeny zkušenosti v oblasti míry kontroly, aktivity a pasivity pracovníka při vedení rozhovoru i zkušenosti o tom, jaká je struktura a průběh rozhovoru. Nelze sdělit obecnou strukturu a správný průběh vedení rozhovoru. Je nutné vždy rozhovor a vedení ze strany pracovníka přizpůsobit klientovi a jeho individuálním potřebám. Rozhovor by měl být vedený jako flow. Otázkami by měl pracovník navádět, ale přílišné vyptávání by mohlo být klientovi nepříjemné.

Způsob vedení rozhovoru a kladení otázek záleží na zakázce a cíli rozhovoru. Při sbírání anamnézy se ptá pracovník. Byly sdíleny zkušenosti, kdy na úvod rozhovoru by se měl pracovník zeptat klienta na to, s čím přichází a poté dát klientovi prostor:

*„Tak na úvod se zeptám, s čím přichází, a nechám ho vlastně, dlouho klidně, povídat. Nezasahuji do toho.“ (Rozhovor č. 6)*

Pracovník by se měl o klienta a o to, co se mu děje, zajímat, ale měl by dát prostor také tichu. Pracovník se tedy doptává a klient objasňuje a postupně se tak formuje, co klient potřebuje:

*„...a ono se to nějak prostě postupně začne formovat a postupně začnu jako chápat, co ten klient vlastně ode mě potřebuje, že on si to nějak tak postupně začne vyslovovat bez toho, že já bych se ho vůbec na to musel zeptat.“ (Rozhovor č. 7)*

Pracovník hledá, na čem může s klientem pracovat. Pracovník v této fázi rozhovoru může využít dotazník. Rozhovor s plynutím času získává větší strukturu. Po formulaci zakázky se sestaví plán. Pracovník by měl využít techniky aktivního naslouchání. Otázky pracovník klade pocitově, záleží individuálně podle klienta:

*„Určitě, pokud je ta možnost vlastně taková, že že můžu dát prostor, takový to empatický naslouchání jo, že je hrozně, je hrozně důležitěj pojem a prostě důležitá věc. Jo, pokud je fakt prostor a v tý službě je prostor pro to nechat klienta prostě sdělit, co potřebuje a mít na něj klidně klidně prostě čas, tak je to určitě hrozně důležitý, protože vám to potom hrozně tu důvěru jako zvedne...“ (Rozhovor č. 5)*

Někdy se musí pracovník klienta více doptávat, neměl by se však doptávat neustále. U málomluvného klienta musí pracovník vnést do rozhovoru větší aktivitu a direktivnost a vyčkat, zda se klient rozmluví a poté nechat klientovi prostor na vyjádření jeho tématu.

Vhodné je uplatňovat direktivní přístup u klientů, kteří se neumí rozhodnout. Například lidé s hraniční poruchou osobnosti mají potíže s rozhodováním. Míra zásahu a vedení rozhovoru pracovníkem záleží na motivaci klienta pro spolupráci. U méně motivovaného klienta může být rozhovor pouze o sdílení. Důležité je, aby se pracovník doptával na potřeby klienta. Někdy se pracovník nemusí ptát na potřeby, klient je sdělí sám. U každého klienta je doptávání se na potřeby individuální. U klientů jsou různě úrovně kognitivních a rétorických schopností. Někdy klienti nejsou schopni sdělit své potřeby. Pracovník zhodnotí, zda je klient schopen sdělit potřeby a dle toho je daná míra direktivnosti u rozhovoru. Starší klienti mohou mít odlišné potřeby, bývá to hodně o plánování volného času:

*„Tak tam zase navazujeme třeba právě nějaké volnočasové aktivity, protože oni jsou hodně sami, že, a pak je tam trápí to, že jsou sami.“ (Rozhovor č. 6)*

Pokud se řeší aktuální téma ze sociální oblasti, pracovník klienta v průběhu rozhovoru směřuje zpět k zakázce a tématu, je více direktivní.



**Kategorie: Zkušenosti s průběhem a vedením rozhovoru/Podkategorie: Zplnomocňování klienta**

Další podkategorií z kategorie zkušenosti s průběhem a vedením rozhovorů byla zplnomocňování klienta. Zkušenosti pracovníků byly takové, že klienti nejsou z rodiny zvyklí na zplnomocňování. Pracovník by měl naopak tento přístup uplatňovat, nikoliv že by měl věci zajišťovat za klienta, neboť to jej udržuje v horším stavu:

*„Ano, určitě takhle pracujeme – recovery, ale chtěla jsem právě říci, že mi přijde, že je nechci podporovat v tom zneschopňování.“ (Rozhovor č. 6)*

**Kategorie: Zkušenosti s průběhem a vedením rozhovoru/Podkategorie: Zásady vedení rozhovoru**

Další podkategorií byly zásady vedení rozhovoru, kdy zde byly shrnuty důležité oblasti, které se mohou opakovat, avšak byly zdůrazněny jako zásady vedení rozhovoru a z toho důvodu jsou zde uvedeny.

Sdílené zkušeností byly nebyt na telefonu, vypnout na telefonu zvonění a nedívat se z okna, měl by být udržován oční kontakt, ne však zcela nepřetržitý.

Pracovník by měl uplatňovat aktivní naslouchání a dbát na přítomný okamžik:

*„A pak to aktivní naslouchání. Že když člověk jakoby třeba neposlouchá, nebo je někde jinde, tak ten klient to jako vytuší, což si myslím, že přítomný okamžik je taky důležitý.“ (Rozhovor č. 8)*

Pokud pracovník nenaslouchá, klient to vycítí. Důležitá je místnost, kde se rozhovor odehrává. Pracovník by neměl při rozhovoru nikam odbíhat a odcházet. Rozhovor má být vedený nenásilně, má být uplatňován rovnocenný přístup, ale měly by být dodržovány hranice a etický kodex. Klient má cítit, že pracovník má hodnotu toho, že mu záleží na klientovi a chce pomoc:

*„Opravdu mu jako ukázat, že tam nejsem jako pracovník, který si jako jde splnit svůj nějaký případ, za který je potom finančně odměněný, ale že jsem tam jako člověk, který má*

*nějaké hodnoty a kvůli těm hodnotám mi záleží na tom druhém člověku a chci mu pomoci.“*  
(Rozhovor č. 7)

Pracovník by měl přistupovat bezprostředně a neměl by být předpojatý před rozhovorem a v průběhu rozhovoru. Vědomost o duševním onemocnění a jeho reflexe přichází až po rozhovoru. Když klient přímo sděluje potíže s projevy duševního onemocnění, pracovník to bere do úvahy. Klient má vnímat, že je tam pracovník pro něj:

*„...když s tím člověkem jako dokončím nějaký kontakt a dejme tomu reflektuji to, o čem jsme si povídali, tak dejme tomu, tam si tomu víc dosazují ten kontext až toho duševního onemocnění a kde to možná mohlo jako udělat nějaké zkusení anebo, co já vím co...“*  
(Rozhovor č. 7)

**Kategorie: Zkušenosti s průběhem a vedením rozhovoru/****Podkategorie: Zásady vedení rozhovoru**

Podtéma: Respekt

V rámci podkategorie zásady vedení rozhovoru bylo definováno ještě podtéma respektu. Ze zkušenosti pracovníka bylo sdíleno, že respekt by se měl nést celý rozhovorem a byl na něj ze strany pracovníka kladen důraz. Respekt má být projevován od počátku kontaktu a má být zřejmý. Měl by být respekt k tomu, že klient například nechce podat ruku, k prostředí, ze kterého klient pochází, že nechce o některých tématech hovořit, ale i k tomu, že klient nemá k pracovníkovi důvěru, že například nechce hovořit s pracovníkem mužem či ženou. Pracovník by měl respektovat danosti klienta, například jeho tempo, věk, sociální zázemí, jazyk a slang:

*„Respekt vlastně od začátku do konce a ten je ten a ten si myslím, že je znát vlastně přesně jak vy říkáte od toho prvního vkročení do dveří jo...“* (Rozhovor č. 5)

**Kategorie: Zkušenosti s průběhem a vedením rozhovoru/****Podkategorie: Zkušenosti s humorem**

Další podkategorii je humor. Zkušenosti s humorem sdíleli všichni pracovníci. Zkušenosti popisují, že humor je důležitý, ale je potřeba být opatrný u sarkasmu, neboť ten někteří klienti s duševním onemocněním nemusí pochopit a obecně ne všichni lidé chápou

humor stejně. Na základě vtipkování a humoru může dojít k propojení a navázání vztahu. Humor rozhovor okoření a odlehčí, ale je potřeba uvážit, kdy je humor vhodný:

*„Já si myslím, že humor je docela důležitý s nimi, ale že ne všichni mohou chápat stejný humor, a myslím si, že je hodně namístě být opatrný, co se týká sarkasmu.“ (Rozhovor č. 8)*

Pod humorem se může schovávat bagatelizace a zlehčování. Lidé se schizofrenií a organickým onemocněním humoru nerozumí, mají problém s abstrakcí. Humor může být nepochopený, obrácený a může být paranoidně zpracovaný:

*„...co by mohlo vyznít humorně, vlastně je nepochopený, nebo je nějak obrácený, nebo to dokonce může být i paranoidně zpracovaný.“ (Rozhovor č. 5)*

U jednoho z pracovníků byla sdílena zkušenost s humorem, kdy na základě toho, že klient poprvé zavtipkoval, se pracovník společně s klientem zasmál, a to vedlo k porozumění a prohloubení vztahu.

#### **Kategorie: Zkušenosti s průběhem a vedením rozhovoru/ Podkategorie: Následky nevhodně vedeného rozhovoru**

Další podkategorií jsou následky nevhodně vedeného rozhovoru, kdy byly popsány zkušenosti s tím, kdy nebyl rozhovor veden správně a jaké to mělo následky. Jako nesprávné vedení rozhovoru bylo uvedeno, že pracovník nesmí klienta znehodnotit a hanit nebo nesdělovat klientovi, že se pracovník setkal i s horší situací. Jako následky byla sdílena nedůvěra klienta v organizaci a neschopnost si do budoucna říct o pomoc:

*„Ano, já si myslím, že to může způsobit hlavně nedůvěru ve veškeré organizace potom, a ten člověk si nebude umět říci o pomoc, a že ten pracovník může toho člověka znehodnotit, nebo jako říci, že toto není žádný problém, že tu mají mnohem horší.“ (rozhovor č. 8)*

Obecně by se dalo říct, že sdílené zkušenosti ze strany pracovníků by se daly považovat za dobrou praxi, kterou pokud pracovník nebude schopen aplikovat při vedení rozhovoru nebo bude porušovat a nedodržovat, může vést ke klientově pocitu nesprávně vedeného rozhovoru a s tím spojenými výše popsanými důsledky.

#### **Kategorie: Zkušenosti s průběhem a vedením rozhovoru/ Podkategorie: Závěr rozhovoru**

Jednou ze závěrečných podkategorií z kategorie zkušenosti s průběhem vedení rozhovoru je závěr rozhovoru. Pracovník může již před koncem rozhovoru upozorňovat na to, že se blíží konec rozhovoru. Pracovník by měl na závěr shrnout, na čem se s klientem dohodli, co kdo udělá a dohodne se další termín rozhovoru a čemu se budou na příštím rozhovoru věnovat.

Pracovník by se měl klienta zeptat, jak se při rozhovoru cítil a dát prostor klientovi na sdělení nebo sdílení jeho potřeb:

*„Já si myslím, že je dobrý na konci každého rozhovoru dát jako chvilku takový jakoby... Chvilku dát prostor klientovi v tom smyslu, jestli se nevynoří ještě něco, co třeba jsem se nezeptala, nebo chtěl by říct, nebo ho napadlo, dát si takovej jako trošku sharing.“ (Rozhovor č. 5)*

Pracovník by se měl rovněž ujistit o tom, zda je vhodné v aktuálním stádiu a rozpoložení rozhovor ukončit.

Pracovník by v rámci vedení rozhovoru měl hlídat, aby na závěr nebylo otvíráno náročné téma. Pokud si to však situace žádá a je to možné, je možnost rozhovor protáhnout. Pracovník může klientovi předat kontakty, kam se klient může obrátit v případě krize:

*„Upozorňuji, že bude konec schůzky, že si to můžeme naplánovat, příště probrat, nebo jestli třeba by chtěl tu další schůzku dříve, abychom se dostali k tomuhle tématu, nebo nevím, že třeba můžeme tu schůzku udělat u něj doma, jestli to tam pro něj bude příjemnější to probírat.“ (Rozhovor č. 6)*

Loučení by mělo probíhat v poklidu, klient by neměl být v nepříjemném rozpoložení.

**Kategorie: Zkušenosti s průběhem a vedením rozhovoru/Podkategorie: Zkušenosti s délkou sezení**

Závěrečnou podkategorií je délka rozhovoru. Byly zjištěny konkrétní názory a zkušenosti od všech pracovníků na délku rozhovoru. Od jednoho pracovníka bylo sdíleno, že hodina na rozhovor je akorát, ale je to pouze plán, nikoliv striktně vymezený čas:

*„Já si myslím, že to je celkem akorát, protože někteří klienti jsou tak nároční, že i pro toho pracovníka ta hodina je dost.“ (Rozhovor č. 6)*

Je vhodné, když je klient schopen si sám říct, zda je schopen mít hodinový rozhovor. Jiný pracovník má zkušenost s padesátiminutovými rozhovory, což však pro některé klienty může být příliš dlouhé. Pokud člověk prožívá akutní krizi, nevydrží hodinu mluvit a je potřeba během deseti až dvaceti minut zjistit, co se děje.

Na začátku rozhovoru je vhodné klientovi sdělit, kolik je na rozhovor času. Je důležité také klientovi sdělit, že je možnost rozhovor ukončit dříve. Pracovník by měl číst klientovu unavitelnost a vyčerpatelnost a dávat pozor, aby klienta nepřetížil.

### **Kategorie: Zkušenosti v oblasti komunikace**

Další kategorií jsou zkušenosti z oblasti komunikace. Do této kategorie byly zahrnuty podkategorie – zásady komunikace, neverbální komunikace, techniky využívané při komunikaci a komunikace s náročným klientem.

#### **Podkategorie: Zásady komunikace**

V podkategorii zásady komunikace uváděli pracovníci zkušenosti, jako mluvit s klientem srozumitelně, naslouchat a využívat aktivní naslouchání a zrcadlení, naladit se na klienta, zvolit vhodný tón hlasu, umět se klienta doptávat, ale ne příliš, tedy najít v doptávání se balanc:

*„A nastolení té důvěry v rozhovoru? Asi hlavně aktivní naslouchání, že se třeba doptávám. Ale ne zase extrémně moc, jako že třeba jednou za čas. A třeba i tehdy, když něčemu neporozumím, tak se klidně zeptám, jak to ten člověk myslel, a tím vlastně i pochopí, že se zajímám o to, co se mu děje.“ (Rozhovor č. 8)*

Bylo sdíleno, že klienti s duševním onemocněním mohou být pomalejší a celý rozhovor může plynout pomaleji a v tomto kontextu je důležité naladit se na tempo klienta:

*„Myslím si, že u těch prvních rozhovorů je hrozně důležitý ctít tempo toho klienta. Někdo je rychlejší, někdo je pomalejší, někdo se potřebuje víc vyptávat, někdo je spíš tišší a spíš mlčí.“ (Rozhovor č. 5)*

### **Kategorie: Zkušenosti v oblasti komunikace/Podkategorie: Neverbální komunikace**

V podkategorii neverbální komunikace bylo sdíleno, že neverbální komunikace je důležitá a že podle neverbální komunikace lze mnohé poznat na straně pracovníka i klienta. V tomto kontextu bylo sdíleno, že klienti s duševním onemocněním jsou na neverbální projevy velmi citliví a na základě neverbálních projevů pracovníka dokážou rozpoznat, zda pracovník vnímá a je pozorný:

*„...oni jsou hodně citliví, právě. Ba naopak mi přijde, že až moc tyto věci... neříkám, že všichni..., ale přijde mi, že to často jako vnímají, jestli je ten člověk opravdu jako poslouchá. Protože když člověk bude koukat někam jinam, neustále, nebo se bude to..., a může se stát, že to ten člověk bude vnímat...“ (Rozhovor č. 8)*

### **Kategorie: Zkušenosti v oblasti komunikace/Podkategorie: Techniky využívané při komunikaci**

V rámci podkategorie technik využívaných při komunikaci, byly sdíleny zkušenosti s technikami zpětné vazby, kontejnování a asertivního vyjednávání.

#### **Podtéma: Zpětná vazba**

Ze zkušeností pracovníků bylo sdíleno, že podávání zpětné vazby je důležité. Jeden z pracovníků uvedl, že zpětná vazba je obzvláště důležitá při individuálním plánování s klientem k reflexi pokroků nebo v závěru spolupráce. Je důležité reflektovat i to, co se při spolupráci nepovedlo:

*„A myslím si, že je dobré na další schůzce říct, co se třeba nepovedlo. Aby se dalo mluvit o tom, proč se to nepovedlo. Že třeba klient nepřišel ani na schůzku, ani se neomluvil, tak to oslovit.“ (Rozhovor č. 6)*

Dále je vhodné zpětnou vazbu využívat k reflexi emocí, které pracovník vnímá u klienta a reflektuje tak, co vidí.

Jeden z pracovníků uvedl, že z jeho zkušeností je důležitá zpětná vazba od klienta k pracovníkovi, protože ta je méně častá. Vzájemná zpětná vazba podle pracovníka uceluje vztah. Zpětná vazba má být bezprostřední, pracovník nemá bagatelizovat. Pracovník by neměl

reagovat s úlekem, které by mohlo klienta retraumatizovat, způsobit pocity studu a viny. Zpětná vazba v podobě reflektování a parafrázování pomůže klientovi se nad sdělením zamyslet. Zároveň parafrázování slouží jako ověření, že pracovník rozumí tomu, co klient říká.

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti komunikace/**Podkategorie: Techniky využívané při komunikaci

Podtéma: Kontejnování

Další z technik, kterou uvedl jeden z pracovníků je kontejnování, kterou uvádí jako dovednost, kdy pracovník kontejnuje emoce klienta. Kontejnování je „nacítní“ emoce klienta, kterou v sobě pracovník podrží a zpracovanou ji řekne. Příkladem je kontejnování „Cítím, že jste smutný, je mi to líto.“

*„To je úplně základní, prostě dovednost jako lidská dvou lidí, že se navzájem kontejnujeme, kontejnuje emoce. Znamená, že prostě já, já cejtím, cejtím emoce klienta, cítím emoce klienta, jo nějak nějak je teda jo smutek klasicky, nějak ho v sobě jako podržím a nějak je lehce zpracovaný, je vlastně řeknu.“ (Rozhovor č. 5)*

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti komunikace/**Podkategorie: Techniky využívané při komunikaci

Podtéma: Asertivní vyjednávání

Poslední ze sdílených technik je asertivní vyjednávání, které je důležité u klientů, kteří nejsou motivovaní pro spolupráci nebo přestali spolupracovat. Asertivní vyjednávání uvedli dva ze čtyř pracovníků.

Je vhodné tuto techniku využít například, pokud klient ruší schůzky. Pracovník může jet za klientem domů, zazvonit a zeptat se, jak se klient cítí. Klient má však v důsledku toho někdy pocit, že je kontrolován. Pokud se nedaří navázat kontakt, pracovník může využít kontakty na rodinu, které klient pracovníkovi předal. Kontaktování rodiny se realizuje, pokud je klient dva až tři týdny nekontaktní. Někdy se stane, že klient prožívá akutní krizi, někdy jen nemá zájem o další spolupráci a někdy nastanou obě situace dohromady. Je dobrá praxe, že klient sdělí, že nemá zájem pokračovat ve spolupráci:

*„Protože někdy, kdybych to nechala, tak už se ten klient neozve a já potřebuji vědět, že je to pro něj v pořádku, že naopak se nezhoupl do nějaké krize.“ (Rozhovor č. 6)*

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti komunikace/Podkategorie: Komunikace s náročným klientem**

Další podkategorií v kategorii zkušenosti v oblasti komunikace je komunikace s náročným klientem. Jedná se o klienta, který je zahlcující nebo klient, který nechce mít zodpovědnost ve svých rukou:

*„Náročný klient je takový ten zahlcující a ten, co vlastně nechce mít tu zodpovědnost ve svých rukách, a hází to na toho pracovníka.“ (Rozhovor č. 6)*

Pracovník opakuje, že je podpora a nemůže dělat věci za klienta, i když to takový klient očekává. Náročný klient potřebuje terapii, ale tu často odmítá. Je vhodné, když pracovník odkazuje na to, co se povedlo. Někteří klienti jsou zvyklí ve své nemoci fungovat, nechtějí ze své role vystoupit.

**Kategorie: Osobnost sociálního pracovníka**

Kategorie osobnost sociálního pracovníka zahrnuje zkušeností pracovníků s vhodným typem osobnosti sociálního pracovníka. V rámci kategorie jsou uvedeny podkategorie – jaký má být pracovník, sebeodhalení pracovníka, pohlaví pracovníka, osobní zkušenosti pracovníka s duševními potížemi a péče pracovníka o svoji osobu.

**Kategorie: Osobnost sociálního pracovníka/Podkategorie: Jaký má být pracovník**

V rámci podkategorie, jaký má být sociální pracovník, byly sdíleny zkušenosti, že pracovník má být pevný, osobnostně zralý a má být chápavý.

Pracovník by si měl být vědom svých hranic, které si může pracovník uvědomit a osvojit díky sebezkušenosti, kterou pracovník doporučoval. Sebezkušenost je možné realizovat prostřednictvím individuální či skupinové terapie nebo sebezkušenostním výcvikem. Pracovník by měl mít adekvátní vzdělání, pravidelnou supervizi a intervizi. Byla sdílena zkušenost, že pracovník by měl být vzdělaný v problematice duševních onemocnění.



Přestože někteří pracovníci uváděli teoretické znalosti jako riziko předpojatosti či stigmatizace a uváděli, že není důležité znát diagnózy klienta, které jsou často i chybně stanovené nebo nepřesně stanovené, pracovníci vnímali jako důležité umět rozpoznávat projevy onemocnění a zvládnout klienta v náročných situacích zklidnit. Byla sdílena zkušenost pracovníka, že nemá odbornou přípravu ve vedení rozhovoru. Kladení otázek se pracovník učil ve výuce krizové intervence.

Je vhodné, když pracovník před rozhovorem provede sebereflexi toho, jak se cítí a pokud se necítí pracovník dobře, zvažovat odložení schůzky, neboť by pracovník nemohl být zcela napojen na klienta.

### **Kategorie: Osobnost sociálního pracovníka/Podkategorie: Jaký má být pracovník**

#### **Podtéma: Oblečení**

Další podkategorie je jaký by měl pracovník být a v rámci toho bylo definováno podtéma oblečení. Byly sdíleny zkušenosti, že oblečení pracovníka by nemělo být vyzývavé, avšak to, jak pracovník vypadá, nijak nelimituje rozhovor. Klienti podle zkušeností pracovníka oblečení obvykle neřeší, jsou tam za sebe. Zkušenosti s podtématem oblečení sděloval pouze jeden pracovník:

*„Vím, že jsme se bavili o tom, že vyzývavé oblečení není úplně jako ono, ale zase každý, mi přijde, že speciálně tito klienti chodí oblečení tak jako všelijak, takže tohle oni, myslím, neřeší, že jsou tam hodně za sebe.“ (Rozhovor č. 6)*

### **Kategorie: Osobnost sociálního pracovníka/Podkategorie: Sebeodhalení pracovníka**

Zkušenosti z podkategorie sebeodhalení pracovníka sdíleli všichni pracovníci. Dva z pracovníků uvedli, že někteří klienti nemají o sebeodhalení pracovníka zájem, protože chtějí řešit především sebe. Klient slyší na to, že je tam pracovník pro něj, nepotřebuje sebeodhalení. Někdy je sdílení irelevantní:

*„...protože hodně lidí, se kterými nějak pracuji, tak ne každý se mě ptá a na můj příběh, ne pro každého je to úplně důležité a spíš chtějí nějak jako semnou řešit i jejich nějaké věci, anebo prostě něco, co je pro ně důležité...“ (Rozhovor č. 7)*

*„...a myslím si, že je taky důležité jako cítit... hodně dělám na emocích... to své na moji intuici. Protože si myslím, že je někdy důležité a fajn někdy poodhalit trošku sám sebe, aby ten člověk viděl, že jsme všichni jenom lidi.“ (Rozhovor č. 8)*

Jeden z pracovníků považoval sebeodhalení za důležitý prvek vztahu s klientem. Další z pracovníků upozorňoval na to, že sebeodhalení je potřeba zvážit a použít při vhodné příležitosti.

Sebeodhalení pracovníka pomáhá klientovi si uvědomit, že není sám. Pracovník sdílí oblasti, které má zpracované a podchycené. Je na pracovníkovi, kolik ze svého života se rozhodne sdílet s klientem. Sebeodhalení může být větší i menší. Pracovník musí vyhodnotit, zda bude odhalovat konkrétní nebo více obecnou zkušenost. Oba typy sebeodhalení mají svůj čas a místo. Když by sebeodhalení pracovníka nastalo příliš brzo, může to zaplašit důvěru. Pracovník musí klienta chránit:

*„Úplně velký sebeodhalení by mohl vést jako k různěm... Velký sebeodhalení brzo. To, co to se mnou dělá, jak mě to strašně bolí, jak z toho můžu mít i já jako jako pomáhající profese noční můry, jo, můžu to vlastně hrozně těžko snášet, pak si vezmu supervizi nebo něco, ale ale, když tohleto bych hodně brzo sdílela s tím klientem, tak ho zapláším.“ (Rozhovor č. 5)*

Jeden z pracovníků sdílel zkušenost v oblasti sebeodhalení v tom, že sdílí pouze fakta ze svého života, například, zda má rodinu apod.

### **Kategorie: Osobnost sociálního pracovníka/Podkategorie: Pohlaví pracovníka**

Další podkategorií z kategorie osobnost sociálního pracovníka bylo pohlaví pracovníka, které zmiňovali všichni pracovníci. Bylo zjištěno, že pohlaví někdy hraje významnou roli a někdy je relativní:

*„Já si myslím, že je super, když je v týmu i chlap i žena. Myslím si, že každý máme tu roli trochu jinou. A hraje to tu roli, no, v tom člověku, určitě.“ (Rozhovor č. 8)*

Podle zkušenosti pracovníka je to o tom, jak se pracovník dokáže vcítit do opačného pohlaví. Někdy může pohlaví pracovníka bránit k navázání hlubšího vztahu:

*„ ...mě to je aji dost o tom, jak se mi dokážeme vcítit na to opačné pohlaví, protože někdy to pohlaví může být zase zábrana k nějakému prostě hlubšímu vztahu a někdy to je úplně irelevantní faktor... “ (Rozhovor č. 7)*

Jeden z pracovníků uvedl, že je super, když je v týmu muž i žena, protože každý má svoji roli. Význam pohlaví pracovníka je individuální podle klienta, někomu mohl chybět mužský vzor, někomu ženský vzor.

Byla sdílena zkušenost, že přestože má pohlaví pracovníka význam, cíleně se pohlaví pracovníka nevybírám. Pohlaví pracovníka může vyvolat pozitivní i negativní témata v souvislosti s absencí partnerského života. Klient může být vděčný za kontakt s opačným pohlavím v souvislosti absence partnerského vztahu, ale mohou se v důsledku toho objevit také potíže s hranicemi. Jsou problematické oblasti, kdy na pohlaví záleží. Jsou situace, kde je lepší muž nebo naopak žena, ale i problematické oblasti mohou být spíše otázka osobnosti než pohlaví. Důležité je, aby byl rozhovor vedený pevně a stabilně a aby byl podporující. Důležité je zažít podporu přijetí:

*„ ...když je potřeba něco, něco jako řešit jako v uvozovkách, jako silou nebo osobností, nebo tak, takže je dobrý do té první linie vlastně vyslat někoho, kdo je pevnější, stabilní, kdo kdo je prostě rozhodnější a jako genderově si spíš myslíme ano... “ (Rozhovor č. 5)*

**Kategorie: Osobnost sociálního pracovníka/Podkategorie: Osobní zkušenost pracovníka s duševními potížemi**

Další z podkategorie je osobní zkušenost pracovníka s duševními potížemi, kdy u dvou pracovníků byly tyto zkušenosti sdíleny ve smyslu podpory pozitivního vztahu. Byla sdílena zkušenost většího potenciálu porozumění na základě podobnosti ve zkušenostech a že prožitek hlubšího psychického propadu dává schopnost empatie:

*„ ...nemůžu rozhodně říct, že jako bez nějaký hlubší psychopatologie, protože si myslím, že možná i lidi, kteří sami zažili i třeba nějaký duševní onemocnění nebo nějaký jako potíže, tak často bejvaj velmi, velmi dobře vybavený, že jsou velmi chápaví... “ (Rozhovor č. 5)*

Zkušenosti pracovníka nemusí být shodné se zkušenostmi klienta. Pracovník jde přes zkušenosti do pochopení a potřeby klienta dávají pracovníkovi větší smysl. Zkušenost

s těžkostmi může pracovníkovi pomoc v naladění se. Jeden z pracovníků sdílel zkušenost s tím, že pracovník se zkušeností bývá dobře vybavený a chápavý, avšak konkrétní bližší zkušenost s duševním onemocněním by pracovník nesdílel.

### **Kategorie: Osobnost sociálního pracovníka/ Podkategorie: Péče pracovníka o svoji osobu**

Další podkategorií je péče pracovníka o svou osobnost. Zkušenost péče o svoji osobu je důležitá v kontextu předcházení syndromu vyhoření. Pro předcházení syndromu vyhoření je vhodná různorodost klientů, protože může dojít k vyhoření pracovníka, pokud pracuje s nějakou klientelou a nemá zdroje a podporu.

Známkou vyhoření pracovníka je podle zkušenosti jednoho z pracovníků, když se pracovník uchyluje k jednoduchým soudům:

*„...co další, co pije a další co pije. A už třikrát recmul a už prostě nebo pětkrát a už to, a to nemá smysl, už je tady zase, on zase vydrží prostě měsíc, dva nepít, bude mi to vyprávět a za měsíc je tady znova. Jo, a to si myslím, že potom už vlastně známka, když se uchyluji k takovýmhle jako jednoduchým soudům, tak si myslím, že to je prostě známka vyhoření. No a tomu se předchází mnoha různými způsoby.“ (Rozhovor č. 5)*

Důležité zkušenosti pro dobrou péči o osobu pracovníka je pravidelná supervize a intervize, která pomáhá oddělovat práci od osobního života, dále je důležité kvalitní trávení volného času, sport, brát si alespoň dva týdny dovolenou, nezvedat pracovní telefon mimo pracovní dobu, nebrat si vše osobně, ale vnímat spolupráci tak, že i klienti s duševním onemocněním jsou dospělí lidé, kteří se musí rozhodnout sami a převzít zodpovědnost do svých rukou. K péči o osobu pracovníka se vyjádřili všichni pracovníci:

*„Já si myslím, že jako volnočasové aktivity, sport si myslím, že je důležitý, a myslím si, že je důležité i umět vypnout fakt ten pracovní telefon.“ (Rozhovor č. 8)*

### **Kategorie: Zkušenosti v oblasti duševního onemocnění**

Další a poslední kategorií jsou zkušenosti z oblasti duševního onemocnění, která zahrnuje kategorie – zakázka versus psychické rozpoložení klienta, krizové situace – akutní projevy onemocnění, diagnóza a vědomost pracovníka o diagnóze, duální diagnózy, stigmatizace a klient pod vlivem návykové látky.

### Podkategorie: Zakázka versus psychické rozpoložení klienta

V rámci podkategorie zakázka versus psychické rozpoložení klienta byly sdíleny zkušenosti, že je potřeba se při rozhovoru nejprve věnovat psychickému rozpoložení a až následně se věnovat zakázce:

*„...dala bych tomu nějaký prostor, aby měl potřebu té ventilace, abychom se o tom mohli pobavit, co to konkrétně je, a potom bych se vrátila na ten příspěvek na bydlení...“ (Rozhovor č. 8)*

Pokud má klient krizi nebo náročné období, rozhovor často sklouzne k terapeutickým tématům. Vždy je vhodné vracet klienta k zakázce poté, co je věnována část rozhovor jeho pocitům. Je však potřeba nesklouzávat k tématům, které patří do dlouhodobé terapie. Klient má tendence k těmto tématům sklouzávat obzvláště, když je vytvořen důvěrný vztah s pracovníkem:

*„Já si nemyslím, že sociální pracovník je jenom sociální pracovník. Že tam jsou ty terapeutické prvky, takové, toho rozhovoru. Ale nejsme jako terapeuti, co pracují na nějakých tématech, dlouhodobě...“ (Rozhovor č. 8)*

Sociální pracovník by měl zůstat v rovině sociální práce. V případě potřeby terapeutické podpory sociální pracovník síťuje klienta.

Při existenciální krizi klienta, je potřeba nejprve ošetřit potřeby.

### Kategorie: Zkušenosti v oblasti duševního onemocnění/Podkategorie: Krizové situace – akutní projevy onemocnění

V rámci podkategorie krizové situace – akutní projevy onemocnění jsou sdíleny zkušenosti s tím, jak by měl pracovník na akutní projevy klienta reagovat. Při krizi klienta se řeší především krize a je vhodné síťování další podpory pro klienta. Byly sdíleny zkušenosti, že pokud je navázaná dobrá důvěra, pracovník obvykle rozpozná, že se s klientem něco děje. Klient obvykle přestane komunikovat, ruší schůzky nebo jedná agresivně. Klient může slyšet hlasy, špatně spát, mít strach. Pracovník by měl zjišťovat, zda klient užívá medikaci, případně konzultuje stav klienta s psychiatrem:

*„...protože člověk fakt jako vycítí, když se něco špatného děje a může je více nasměřovat: „Hele, koukejte, teď se mi to moc nelíbí. Myslím si, že byste měli jít k doktorovi, třeba psychiatrovi.“ (Rozhovor č. 8)*

Pokud jsou negativní stavy sdíleny přímo při rozhovoru, pracovník se snaží s klientem hledat, co způsobuje krizi a snaží se klienta zklidnit. Pro krizi má pracovník s klientem sestavený plán. Při krizi je důležitý každodenní kontakt, aby klient nebyl sám. Volí se kroky, které si klient zvolil, že mu pomohou:

*„Třeba každodenní kontakt, nebo společně voláme psychiatrovi, nebo prostě něco, co si tam ten klient zvolil, že ví, že mu to pomůže. I když jsou tam třeba kolikrát jen věci, jako že jdeme na procházku každý den, že není sám.“ (Rozhovor č. 6)*

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti duševního onemocnění/Podkategorie: Krizové situace – akutní projevy onemocnění**

V rámci podkategorie krizové situace – akutní projevy onemocnění bylo definováno ještě podtéma potřeby klienta při krizi.

Podtéma: Potřeby klienta při krizi

Ze sdílených zkušeností pracovníků potřebuje klient při prožívání krize bezpečný prostor a aby jej pracovník nestigmatizoval a nezpochybňoval:

*„Absolutně jako prostě toho člověka poslouchám, co mi říká, jako tak to беру, jsem tam s ním. Err, samozřejmě, že můžu doptávat, když mi něco nedává jako smysl nebo tak, ale nejdu ho tam zpochybňovat.“ (Rozhovor č. 7)*

Zpochybnění ze strany pracovníka vede k narušení bezpečného prostoru, které klient vycítí.

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti duševního onemocnění/Podkategorie: Diagnóza a vědomost pracovníka o diagnóze**

Další podkategorii je diagnóza a vědomost pracovníka o diagnóze. Jeden z pracovníků sdílel zkušenost, kdy nepracuje s diagnózou, ale s člověkem. Podle pracovníka se diagnózy často prolínají.

#### Podkategorie: Duální diagnózy

Zkušenosti pracovníků byly sdíleny velmi obecně v rámci zkušeností s klienty s duševním onemocněním. Méně často se objevovaly zkušenosti sdíleny konkrétně ve vztahu ke klientům s duální diagnózou.

Jeden z pracovníků uvedl, že diagnózy klientů se prolínají:

*„...ale já většinou nehodnotím lidi, až tedy podle té diagnózy. Protože mi přijde, že všechny ty diagnózy se až moc jako prolínají, že třeba oficiálně člověk jako je se schizofrenií, ale zároveň to má strašně velké rysy hraniční poruchy...“ (Rozhovor č. 8)*

Pracovník někdy diagnózy klienta nezná a hledání informace o diagnóze klienta může být kontraproduktivní. Je důležité být opatrný v předpojatostech, co se týče duševního onemocnění, ale pracovník má vědět, co si pod jednotlivými pojmy má představit. Pracovník nemůže ke zkušenosti klienta přistupovat z pohledu teorie, ale má být flexibilní a poslouchat zkušenosti a sdělení klienta. Pracovník musí být otevřený ke zkušenosti klienta, přistupovat ke klientovi bezprostředně v tom nebyť předpojatý vůči duševnímu onemocnění, které by znemožnilo se lépe naladit:

*„A jednak být flexibilní v tom, jak pracuji s těmi znalostmi, nakolik já se snažím toho klienta nacpat do těch znalostí a nakolik já jsem otevřený tomu, že ty klientovi zkušenosti se mohou těm mojim znalostem nějak jako minout a jsem otevřený to slyšet a přijmat tak jak mi to říká, bez toho, že bys na to nacpal do těch teoretických rámců.“ (Rozhovor č. 7)*

Vědomost o duševním onemocnění a jeho reflexe přichází až po rozhovoru. Když klient přímo sděluje potíže s projevy duševního onemocnění, pracovník to má vzít do úvahy. Jiný pracovník sdílel, že je důležitá správná diagnóza nebo její popis. Jeden z pracovníků uvedl, že má potíže s klienty s duální diagnózou, protože u klientů je velké vábení po droze a pracovník tak pohlíží na tyto klienty s určitou předpojatostí. V kontextu toho pracovník uvedl zkušenosti

s tím, že se setkal s tím, že klienti s duální diagnózu užívají návykové látky i v průběhu spolupráce a setkal se při společné schůzce s klientem, že klient byl pod vlivem návykové látky.

V kontextu toho pracovník sdělil, že když je klient i závislý, je celá spolupráce ztížená a rozhovory jsou především o motivování klienta. Když je těžké navázat spolupráci, zhoršuje se psychický stav, klient má paranoidní myšlenky:

*„ ...takže když prostě takhle jako hulí, tak si myslím, a zároveň se zhoršuje jeho psychický stav, na základě toho hulení, to začne mít víc paranoidní myšlenky a tyhle věci, takže ono je to vlastně hodně propojené všechno, no.“ (Rozhovor č. 8)*

### **Kategorie: Zkušenosti v oblasti duševního onemocnění/Podkategorie: Stigmatizace**

V rámci kategorie zkušenosti v oblasti duševního onemocnění byla definována podkategorie stigmatizace, kdy jeden z pracovníků sdílel, že má trochu předsudky vůči klientům s duální diagnózou, neboť je u nich velké vábení po návykové látce, kdy klient často látku užije:

*„ ...možná asi trošku jako stigmatizace s tím, že když je tam drogová závislost, no, tak mám takovej pocit, že ty duální diagnózy jsou takové jako náročnější, že když v tom je ten alkohol, a ty drogy, takže to, no...“ (Rozhovor č. 8)*

Jiný pracovník v rámci stigmatizace sdělil, že pokud se pracovník uchyluje k jednoduchým soudům, je to známka vyhoření. Jakýkoliv náznak optiky stigmatizace ze strany pracovníka je o ztrátě důvěry.

Dále byla sdílena zkušenost, že lidé s duševním onemocněním mají zkušenost, že se na ně lidé koukají z vrchu, že jsou přehlíženi, že jsou neschopní. Jeden z pracovníků sdělil, že se snaží klienty nestigmatizovat a že jej diagnózy klienta nezajímají. Projevy onemocnění vnímá pracovník jako to, že je ten klient svůj a snaží se odstraňovat i sebestigmatizaci klienta:

*„Ty diagnózy mě nějak zvlášť nezajímají, nechci je skoro vědět. Nebo, no, opravdu na to hodně myslím, že to, že má klient stanovenou nějakou diagnózu, nechci, aby to pro mě něco znamenalo. To, že se to kolikrát projeví, že to tak je, tak pořád si říkám, že každý člověk je svůj...“ (Rozhovor č. 6)*



*„...ta destigmatizace, jak se teď říká. A i ti klienti, když třeba nějaká paní přijde a řekne Já jsem blázen, tak se snažím jí říct, že takhle o sobě mluvit nemusí, že i kdyby byla..., nebo prostě co to znamená, být ten blázen.“ (Rozhovor č. 6)*

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti duševního onemocnění/ Podkategorie: Stigmatizace**

**Podtéma: Samota**

V rámci podkategorie stigmatizace bylo definováno podtéma samoty. Bylo sdíleno, že u lidí s duševním onemocněním je téma samota a izolace a častá je absence partnerského vztahu. Z toho důvodu je navázání vztahu s pracovníkem pro klienta významné, neboť v životě klienta mohou chybět vztahy s okolím:

*„Časté téma u těchto lidí je právě jako nějaká samota nebo izolace a společenská, a to právě častokrát zahrnuje absenci nějakého jako vztahu s druhými...“ (Rozhovor č. 7)*

**Kategorie: Zkušenosti v oblasti duševního onemocnění/ Podkategorie: Klient pod vlivem návykové látky**

Poslední podkategorií kategorie zkušenosti v oblasti duševního onemocnění je klient pod vlivem návykové látky. Jeden z pracovníků sdílel tuto zkušenost a sdělil, že je vhodné schůzku ukončit, neboť rozhovor nemá smysl. Je vhodné dále stav klienta nerozebírat, pokud klient hovoří, pracovník klienta vyslechne, ale nepoučuje. Na příští schůzce je vhodné vyjasnit pravidla:

*„...ale snažím se ho zas ale až tolik nepoučovat, protože potom zase to dělá strašně až moc okolí. Takže se ho snažím jako vyslechnout...“ (Rozhovor č. 8)*

## 10 Závěrečné shrnutí a diskuze

### Zkušenosti

Výsledky kvalitativní části byly rozděleny na dvě skupiny respondentů. V první skupině respondentů osob s duševním onemocněním byly popsány zkušenosti se sociálním pracovníkem. Bylo zjištěno, že osoby s duševním onemocněním zcela nerozlišují pracovníky v pomáhajících profesích a obecně od kontaktu s pracovníkem v pomáhajících profesích očekávají určitý přístup, aniž by při popisu zcela rozeznávaly, zda se jedná o sociálního pracovníka nebo například terapeuta. U skupiny pracovníků z pomáhajících profesí bylo taktéž zjištěno, že základní pravidla a prvky rozhovoru jsou podobné a v tomto smyslu by se dalo říct, že by výsledky diplomové práce mohly zahrnovat všechny pomáhající profese.

Z pohledu zkušeností osob s duševním onemocněním byla vnímána role sociálního pracovníka, jako někoho, kdo pomáhá zajišťovat například léčbu, invalidní důchod, insolvenční řízení. Oproti tomu pracovníci z pomáhajících profesí vnímali tuto profesi velmi komplexně, kladli důraz na multidisciplinární přístup a na zotavení. Tento pohled uvádí také Centrum péče pro rozvoj duševního zdraví (n. d.), kdy uvádí význam komunitních služeb v procesu zotavení, kam zahrnují zdravotní a sociální služby. Dále uvádí, že je nutná komplexní a kontinuální péče, kde jednotlivé služby vzájemně spolupracují, s důrazem na nové poznatky v oblasti duševního zdraví, což uvádí taktéž Růžková et al. (2023). Pracovníci vnímali širší kontext potíží klienta, který více uváděli do roviny celého sociálního prostředí klienta. Pro srovnání s tímto pohledem, Probstová a Pěč (2014) uvádějí sociální faktory, které se významně podílejí a ovlivňují vznik a průběh duševního onemocnění.

Další oblastí analýzy byla osobnost pracovníka. Na základě sdělených zkušeností bylo zjištěno, že osobnost pracovníka je výchozí faktor, od kterého se odvíjí další spolupráce. Osoby s duševním onemocněním měly jasné představy o tom, jaký by měl pracovník být, a to nejen z hlediska charakterových vlastností a přístupu ke klientovi, ale i z pohledu vzdělání. Významným faktorem bylo také pohlaví pracovníka. U pracovníků z pomáhajících profesí byla osobnost pracovníka vnímána zcela z jiného úhlu pohledu, neboť sami byli právě tím pomáhajícím pracovníkem. Na rozdíl od osob s duševním onemocněním, které hovořily spíše o tom, jaký by měl pracovník být, samotní pracovníci sdíleli zkušenosti o sebeodhalení, ať už ze svého běžného života, nebo v rámci sdílení zkušeností s duševními potížemi. Obsáhlým

tématem bylo pohlaví pracovníka, kdy nebylo zjištěno, jaké pohlaví, pro jaký typ klienta je vhodnější, ale bylo zjištěno, že pohlaví pracovníka je podstatný faktor, od kterého se odvíjí další spolupráce. Některé osoby s duševním onemocněním uváděly, že pracovníci ženě více důvěřují. Obecná větší důvěra k pracovníci ženě by mohla být dána charakteristikami osobnosti. Matoušek (2013) hovoří o tom, že sociální pracovník by měl mít některé charakteristiky připisované pohlaví, například žena by měla být více emotivně zaměřená, citlivá a chápající. Muž by měl být zase více racionální uvažování, měl by být více objektivní a rozhodný.

Z pohledu pracovníků byly sdíleny informace o významu péče pracovníka o svoji osobu a duševní hygienu. Tuto oblast naopak vůbec nezminila skupina respondentů osob s duševním onemocněním. Obě skupiny respondentů pak uváděly konkrétní charakteristiky toho, jaký by měl pracovník být. Uvádím zde charakteristiku sociálního pracovníka podle Matouška (2010), která podle mého názoru nejvíce obecně vystihuje zjištěné informace z prováděné analýzy. Sociální pracovník by podle Matouška měl mít schopnosti v oblasti vedení rozhovoru empaticky naslouchat, umět vnímat neverbální i verbální projevy a být dobrý pozorovatel.

U obou skupin respondentů byly sdíleny zkušenosti z neverbální komunikace, kdy bylo u obou skupin zjištěno, že neverbální komunikace hraje významnou roli při rozhovoru, lze z ní mnohé vyčíst a že osoby s duševním onemocněním jsou na neverbální komunikaci a její čtení velmi citliví. Bylo taktéž zjištěno, že pracovník může verbálně něco sdělovat, ale z jeho neverbální komunikace, která se neshoduje s verbální komunikací, lze vnímat ještě další signály a podněty, především v pociťovaném bezpečí ze strany osob s duševním onemocněním. Taktéž Matoušek (2013) uvádí, že neverbální komunikace se odehrává nezáměrně a necenzurovaně a je důležité neverbální komunikaci vyhodnocovat. Neverbální komunikace podle Matouška otevírá další cestu ke klientovi. Je kladen důraz především na oční kontakt, odstín hlasu, výraz obličeje, ruce a jejich gestiku, pozici těla, celkový zjev a oblečení.

Velmi obsáhlou kategorií byly zkušenosti týkající se vztahu mezi osobou s duševním onemocněním a pracovníkem. Bylo zřejmé, že od vztahu se odvíjí veškerá další spolupráce, což byla sdělováno oběma skupinami respondentů. V rámci vztahu byly zjištěny informace o hranicích vztahu. Osoby s duševním onemocněním sdělovaly informace spíše o tom, co konkrétně by hranice narušilo, kdežto pracovníci, kromě toho, sdělovaly informace popisující to, jak velmi důležité jsou hranice. Na základě prováděné analýzy lze shrnout, že vztah byl

považován za jeden z nedůležitějších prvků rozhovoru, a to na základě rozsáhlosti obsahu dané kategorie. Taktéž někteří uvádění autoři z teoretické části diplomové práce považovali vztah v kontextu duševního onemocnění a rozhovoru za nejdůležitější prvek (Vymětal, 2007; Kadushin a Kadushin, 2013; Rogers, 2014).

Další zkušenosti byly sdíleny z oblasti rozhovoru, kdy byly popisovány jednotlivé fáze rozhovoru a jeho vedení. Od pracovníků z pomáhajících profesí byly sdíleny zkušenosti z oblasti toho, co považují za základ rozhovoru a byly sdíleny informace o tom, že na počátku je velmi důležité naslouchat klientovi a mapovat jeho situaci a životní zkušenosti a pochopit podstatu klientových potíží a jeho potřeby. Pracovníci hovořili o porozumění, budování bezpečí a důvěry. Na základě těchto prvků se buduje vzájemný vztah, který je základem pro dobrou spolupráci a poskytnutí podpory. Z pohledu pracovníků byly sdíleny zkušenosti o tom, že pro rozhovor a celou spolupráci je důležitá motivace klienta, jak s motivací klienta lépe pracovat a jak v komunikaci postupovat v případě nemotivovaného klienta. Taktéž Úlehla (2007) považuje motivaci klienta za klíčovou a poukazuje na nutnost práce s motivací klienta.

Dále byly sdíleny zkušenosti s různými technikami využívanými při rozhovoru, kdy nejčastěji bylo zmíněno parafrázování a obecně aktivní naslouchání. Lze říct, že u obou skupin respondentů bylo sdíleno, že uvedené techniky je vhodné využívat a mají významnou roli ve vedení rozhovoru. Bohatý výčet technik a jejich využití popisuje taktéž Kadushin a Kadushin (2013).

Z dalších zkušeností bylo zjištěno, že obě skupiny respondentů považují za důležité, aby pracovník klienta nestigmatizoval a v souvislosti s tím uváděla ještě skupina pracovníků jako významné zplnomocňování klienta. Osoby s duševním onemocněním nesdělovaly informace o diagnóze, pokud na to nebyly dotazovány, ale často zmiňovaly různé projevy onemocnění a potřebu podpory v situaci, kdy se projevy objevují. Může se jednat o úzkost, paranoii, hlasy, panické ataky, apod. Skupina pracovníků taktéž hovořila o zkušenostech spojených se znalostí diagnózy klienta, kdy onemocnění klienta bývá často chybně diagnostikované, nebo ne zcela a pracovníci znalost diagnózy samotné nepovažují za důležitou a někdy pro spolupráci kontraproduktivní. Pracovníci však považují za důležité vyznat se v projevech, které mohou v důsledku onemocnění nastat a jak s projevy vhodně pracovat a kdy se obrátit na jiného člena týmu. To však neznamená, že samotná správná a úplná diagnostika osob s duševním onemocněním není podstatná. Taktéž Růžková et al. (2023) a Dubnová a Řezníková (2018)

poukazují na význam znalosti diagnózy klientů a multidisciplinární spolupráci a Řezníková (2018) taktéž vnímají znalost diagnózy jako žádoucí, z toho důvodu, že podporuje znalost a porozumění pracovníkům ve zdravotnictví a vede tak ke sbližování a vzájemného obohacování oborů. Tento přístup považují za významný z hlediska multidisciplinárního přístupu, který je při práci s osobami s duševním onemocněním využíván. Naopak Úlehla (2007) zmiňuje, že není úkolem stanovit diagnózu, a to jaký klient je, ale pro spolupráci je mnohem důležitější, co klient chce.

## **Potřeby**

Analýza potřeb poskytuje pohled na potřeby osob s duševním onemocněním v kontextu jejich interakce se sociálním pracovníkem během rozhovoru. Z výsledků analýzy vyplývá několik oblastí. Na základě analýzy dat lze uvést, že potřeby osob s duševním onemocněním jsou v oblasti zdravotní a sociální. Hlavní zmapovanou oblastí potřeb osob s duševním onemocněním byla oblast emoční podpory.

Bylo zjištěno, že významná potřeba na počátku rozhovoru je potřeba bezpečí a důvěry a byly sdíleny konkrétní faktory toho, co bezpečí a důvěru ovlivňuje. Bylo zjištěno, že se jedná o proces, který začíná prvním kontaktem pracovníka a klienta. Za pozitivní spatřují, že obě skupiny respondentů jsou si této významné potřeby vědomi. Při počátku spolupráce lze hovořit o signálech, které vzbuzují důvěryhodnost a podporují navázání důvěrného vztahu.

Významným faktorem, který se podílí na budování důvěry a důvěryhodnosti je prostředí, kde se rozhovor odehrává a počáteční uvítání. Osoby s duševním onemocněním si všímají místnosti, zda se v místnosti nacházejí okna, jak velká je místnost, zda je zde dostatek vzduchu apod. Důležitý je také způsob uvítání ze strany pracovníka a bylo zjištěno, že důležitou potřebou při rozhovoru je nabídnutí vody ze strany pracovníka. Nabídnutí vody může přispět k pohodě klienta a posílení důvěry v sociálního pracovníka.

Další oblastí potřeb jsou potřeby v oblasti komunikace, kdy bylo zjištěno několik oblastí, kde mohou nastat chyby v komunikaci, které mohou narušit celou důvěru. V této oblasti bylo poukazováno zejména na oblast komunikačního stylu, který by měl být blízký klientovi. Další oblastí je způsob kladení otázek, kdy tato oblast byla již hodnocena jako určitá dovednost pracovníka, kterou je potřeba získávat zkušenostmi. V rámci potřeb bylo zjištěno mnoho

informací z oblasti kladení otázek a vedení rozhovoru, kdy na základě získaných informací lze říct, že pracovník by měl být vybaven dostatkem kompetencí a dovedností v této oblasti a ty zvládat citlivě a flexibilně využívat.

Oblast potřeb v oblasti duševního onemocnění lze považovat v rámci kompetencí a dovedností za pokročilejší dovednost pracovníka. Umět reagovat na nepříznivé psychické stavy a akutní krize osob s duševním onemocněním je pro pracovníka náročné, avšak ze strany osob s duševním onemocněním pozitivně oceněné a očekávané. Považuji to za specifickou dovednost sociálního pracovníka, ve které by se měl pracovník vzdělávat. Z analýzy výzkumu vyplynulo, že je důležité zaznamenat konflikt mezi cíli rozhovoru a aktuálním psychickým rozpoložením klienta a přizpůsobit strategie komunikace podle toho. Projevy úzkosti, deprese a dalších duševních potíží mohou ovlivnit průběh rozhovoru a vyžadují specifický přístup a porozumění.

Celkově lze shrnout, že úspěšná komunikace je založena na respektování potřeb klientů s duševním onemocněním, budování důvěry, bezpečného prostředí, citlivé komunikaci a flexibilním přístupem k různým situacím a stavům klientů. Tyto dovednosti mohou vést k lepšímu porozumění a podpoře osob s duševním onemocněním.

Na závěr diskuze lze shrnout, že skupina osob s duševním onemocněním hovořila velmi konkrétně a z jejich výpovědí bylo zřejmé, že při sdělení informací čerpají z konkrétních dílčích situací a zkušeností. Dokázaly velmi jasně sdílet zkušenosti, potřeby a měly jasné představy o faktorech, které by negativně mohly ovlivnit rozhovor. Pracovníci z pomáhajících profesí zkušenosti více zobecňovali a bylo patrné, že jedno konkrétní sdělení zobecňují na základě více zkušeností s několika klienty.

### **Limity výzkumu**

Limitem výzkumného šetření by mohlo být nedokončení procesu zakotvené teorie, kdy bylo uskutečněno pouze otevřené a axiální kódování z důvodu rozsahu získaných dat, jejichž další část procesu zakotvené teorie by přesahovala rozsah této práce. Dále zde mohly být podrobněji srovnány zkušenosti dvou skupiny respondentů – osoby s duševním onemocněním a pracovníci z pomáhajících profesí. Stejně jako předchozí limit, ani zde nebyly data více podrobněji srovnávána z důvodu rozsahu diplomové práce.

Jako primární limit bych však uvedla skutečnost, že skupina respondentů byla složena z několika pracovníků z pomáhajících profesí, přestože diplomová práce je zaměřena na sociální práci. Na druhou stranu považuji za zajímavé zjištění, že na základě výzkumné části lze v kontextu cíle diplomové práce obecně hovořit o výsledcích, které je možné uplatnit v oblasti všech pomáhajících profesí. Dalším limitem byla nízká diverzita osob s duševním onemocněním, kdy všichni respondenti byli klienty jedné terapeutické komunity.

Za zajímavé považuji zjištění, že moje původní obava z toho, že osoby s duševním onemocněním nebudou schopni vždy zcela vyjádřit své pocity a myšlenky a že by tato skutečnost mohla být limitem diplomové práce, se nenaplnila. Můj osobní dojem z rozhovorů s osobami s duševním onemocněním je takový, že respondenti dokázali dobře vystihnout své pocity, dojmy a zkušenosti.

Určitým limitem výzkumu může být také to, že jsem výzkum prováděla s určitým předchozím porozuměním dané problematiky. Otázky pro rozhovor byly sestaveny na základě teoretických východisek dostupné literatury. Tím jsem tedy do jisté míry předurčila směr rozhovoru, který by možná jiný výzkumník vedl zcela jiným směrem. Zároveň se však téma diplomové práce ukázalo být natolik široké, že bez určité formy a struktury rozhovorů by mohla být získaná data velmi rozsáhlá. Z toho důvodu poukazuji na vhodné užší zaměření dalšího výzkumu pouze na dílčí část, například na jednu dílčí kategorii. Považuji však za důležité poukázat na to, že díky použití struktury rozhovorů mohlo být ověřováno dané téma u několika respondentů a tím tak poukázat na oblasti, které se jeví být vnímány podobně a které zcela odlišně.

### **Perspektivy výzkumu**

Z provedeného výzkumného šetření bylo zjištěno mnoho zajímavých témat, kde byl potenciál využití daného tématu ještě více do hloubky. Pro další výzkumné šetření bych se zaměřila například na téma sebeodhalení pracovníka jako součást rozhovoru. Toto téma vnímám jako zajímavé v kontextu rozhovoru dvou lidí a v kontextu přístupu zaměřeného na podporu lidí s duševním onemocněním. Sebeodhalení však přináší i spoustu úskalí a rizik. Další výzkum by mohl zdůraznit faktory ovlivňující úroveň sebeodhalení pracovníka nebo strategie sebeodhalení, aniž by se pracovník vystavoval rizikům.

## 11 Závěr

Diplomová práce se zabývá rozhovorem jako způsobem porozumění a poskytování podpory v sociální práci s klienty s vybranými duševními onemocněními. V první části se diplomová práce zabývá teoretickými východisky dané problematiky. Teoretická část je rozdělena do pěti kapitol. Nejprve je popsána kapitola sociální práce s klienty s duševními onemocněními. Byla popsána role sociální práce a přístupy v sociální práci při poskytování podpory klientům s duševním onemocněním. Dále byl popsán vztah sociálního pracovníka a klienta, etické aspekty sociální práce a duální diagnóza. Další kapitolou byla osobnost sociálního pracovníka, kde byly uvedeny kompetence, znalosti a dovednosti sociálního pracovníka, syndrom vyhoření a význam supervize a výcviku. V další kapitole byla vysvětlena komunikace a její role v porozumění a poskytování podpory klientům s duševním onemocněním. Následovala stěžejní kapitola věnovaná významu rozhovoru jako způsobu porozumění v rámci sociální práce, na kterou navazovala kapitola o technikách využívaných při rozhovoru a o využití principů psychoterapeutických přístupů při rozhovoru.

Zkoumaným problémem v kvalitativní výzkumné části diplomové práce je využití rozhovoru jako prostředku porozumění a podpory v sociální práci s osobami s duševními onemocněními a jak rozhovor provést co nejlépe tak, aby klientovi mohla být poskytnuta potřebná podpora. V rámci této práce byly prostřednictvím kvalitativního výzkumu analyzovány zkušenosti a pohledy dvou skupin respondentů, osob s duševním onemocněním a pracovníků z pomáhajících profesí na téma rozhovoru jako způsobu porozumění a poskytování podpory v sociální práci. Z výsledků výzkumu vyplynulo několik klíčových poznatků.

Na základě analýzy získaných dat lze říct, že rozhovor, jakožto nástroj sociální práce, může sloužit k dobrému porozumění klientovi a to prostřednictvím dovedností a kompetencí sociálního pracovníka. Na základě toho může být klientovi poskytnuta potřebná podpora. Přístup pracovníka k vedení rozhovoru, vyžaduje respektování potřeb a individuálních projevů klienta, budování důvěrného vztahu a citlivý přístup ke komunikaci.

Cílem této diplomové práce bylo popsat zkušenosti a potřeby osob s duševním onemocněním a pracovníků v pomáhajících profesích v oblasti rozhovorů. Domnívám se, že cíl diplomové práce byl naplněn a to prostřednictvím zodpovězení dvou výzkumných otázek: Jaké



jsou zkušenosti a potřeby osob s duševním onemocněním ve vztahu k rozhovorům a jaké jsou zkušenosti pracovníků v pomáhajících profesích ve vztahu k rozhovorům?

Prostřednictvím analýzy dat bylo zjištěno, že zkušenosti osob s duševním onemocněním v oblasti rozhovorů jsou obsáhlé a lze shrnout několik vztahových souvislostí pro praxi. Bylo zjištěno, že osobnost pracovníka je významný faktor, od kterého se odvíjí další spolupráce. Služba může poskytovat služby dobře, sociální práce může být dobře naplánována, ale vše musí provádět kompetentní pracovník. Mimo profesní a odborné předpoklady by měl mít pracovník i řadu vlastností, které mu napomáhají vykonávat sociální práci dobře. Celoživotním úkolem sociálního pracovníka je odborně se vzdělávat, posilovat a zdokonalovat své kompetence a pečovat o svou osobu ve smyslu duševní hygieny. Dovednosti, znalosti a kompetence pracovníka napomáhají k vytvoření dobrého vztahu, jehož základem je důvěra a bezpečí. Na základě vytvořeného vztahu následně dochází k porozumění klientovým potížím a potřebám a může být poskytována podpora v oblasti sociální práce. Rozhovor je primárním nástrojem k porozumění a vytvoření vztahu. Dále bylo zjištěno, že důležitou oblastí je pracovníkova znalost specifik a projevů duševních onemocnění a práce s nimi. Celý rozhovor z pohledu osob s duševním onemocněním vnímám jako proces jednotlivých kroků, kdy jednotlivé oblasti se vzájemně vztahují, o čemž svědčí i obrázek č. 1, kde jsou tyto vztahy znázorněny. Oproti tomu na straně pracovníků v pomáhajících profesích jsem vztahy jednotlivých oblastí do obrázku neznázorňovala, neboť se jednalo o mnohem širší výčet oblastí, které byly na stejné hierarchické úrovni.

Ze zjištěných informací lze obecně říct, že zjištěná data odpovídají informacím uvedeným v teoretické části diplomové práce. Jak však bylo již v úvodu práce uvedeno, tuzemská literatura se na rozhovor v sociální práci nezameřuje příliš detailně a obsáhlou literaturu na toto téma lze najít spíše u zahraničních autorů. Chtěla bych poukázat na nutnost vzdělávat se v dovednostech v oblasti vedení rozhovoru a vnímat i detailnější faktory, které mohou rozhovor ovlivnit. Rozhovor a jeho správné vedení z toho důvodu považuji za základní nástroj sociální práce a za možnost navázat s klientem vztah založený na důvěře a bezpečí, který lze pozitivně využít ve prospěch klienta. Zaměření pracovníka na vzdělávání v oblasti vedení rozhovoru a získávání odborných dovedností v oblasti projevů duševních potíží bude vysoce žádoucí. V kontextu reformy psychiatrické péče a toho, že by mělo docházet k rozvoji komunitních služeb pro osoby s duševním onemocněním, bude kladem větší důraz na podporu,

zplnomocnění a na integraci klientů do komunity a poskytování podpory v místě jejich bydliště. Tento výzkum přispívá k lepšímu porozumění potřeb klientů a efektivnějšímu způsobu, jak s nimi pracovat i nejen v rámci komunitních služeb, což může vést ke zlepšení jejich kvality života a zvýšení šancí na úspěšnou reintegraci do společnosti.

## 12 Použité zdroje

Aaltonen, J., Alakare, B. & Seikkula, J. (2011). *The comprehensive open-dialogue approach* (II). Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care: The Western Lapland Project. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/233474975\\_The\\_Comprehensive\\_Open-Dialogue\\_Approach\\_in\\_Western\\_Lapland\\_II\\_Long-term\\_stability\\_of\\_acute\\_psychosis\\_outcomes\\_in\\_advanced\\_community\\_care](https://www.researchgate.net/publication/233474975_The_Comprehensive_Open-Dialogue_Approach_in_Western_Lapland_II_Long-term_stability_of_acute_psychosis_outcomes_in_advanced_community_care)

Allen, G. & Langford, D. (2021). *Effective Interviewing in Social Work and Social Care: A Practical Guide*. Velká Británie: Bloomsbury Publishing.

Amador, X. F. (2019). *Nic mi není! Pomoc nepotřebuju! : jak pomoci duševně nemocnému, který odmítá léčbu*. (M. Koupilová, překl.). Praha: Portál. (Originál byl publikován v roce 2007 s názvem I am not sick, I don't need help! Helping the seriously mentally ill accept treatment)

Angelovská, O., Deutschová, B., Gallus, P., Janečková, H., Kalvach, Z., Kolářová, M., Křížová, E., Mašková, E., Matochová, A., Peková, P., Pěnkava, P., Ulrichová, M., Vášová, Š., Vorlová, J. M. & Zámečník, J. (2023). *Sociální práce v mezioborové perspektivě*. Praha: Karolinum.

Andrášiová M. & Bednařík, A. (2020). *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing.

Arnkil, T. E. & Seikkula, J. (2013). *Otevřené dialogy: setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. (J. Balášová, K. Novotná, překl.). Brno: Narativ. (Originál byl publikován v roce 2006 s názvem Dialogical meetings in social networks)

Baker, P. (2021). *Fenomén slyšení hlasů: kniha pro lidi a o lidech, kteří slyší hlasy*. (T. Vaněk, překl.). Marco Cavallo. Praha: Fokus. (Originál byl publikován v roce 2009 s názvem The Voice Inside: A Practical Guide for and About People Who Hear Voices)

Bandela, A. P. & Mishra, P. J. (2015). *Social Work: A Comprehensive Helping Profession*. *International journal of arts humanities and management studies*. Získáno 26. května 2023 z <http://ijahms.com/upcomingissue/03.02.2015.pdf>

Bogo, M. (2006). *Social Work Practice: Concepts, Processes, and Interviewing*. Velká Británie: Columbia University Press.

Božić, A., McDonough, G., Feberová, B., Grainer, D., Haráková, R., Hofschneiderová, A., Huber, M. Ille, K., Klimentová E., Malátek, V., Mawby M., Nepustil, P., Rusnáková, J., Sheath, P., Stuurworld, B., Wilson, P., Živčák Z. (2018). *Dobrá praxe sociální práce na obci*. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc.

Brynych, L., Franzová, D., Goldmanová, H. & Strossová, I. (n.d.) *Příručka jazyka zotavení*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Získáno 26. května 2023 z [https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Prirucka\\_jazyka\\_zotaveni.pdf](https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Prirucka_jazyka_zotaveni.pdf)

Centrum péče pro rozvoj duševního zdraví Moravskoslezského kraje. (n.d.) *Naše poslání*. Dostupné z: <https://www.crpdz.cz/>

Černá, M., Klepáčková, O. & Krejčí, Z. (2022). *Sociální práce na příkladech z praxe*. Praha: Grada Publishing.

Davidson, L., Rowe, M., Tondora, J., O'Connell, M. J. & Lawless, M. S. (2017). *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení: nástroje transformace péče o duševní zdraví*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. (Originál byl publikován v roce 2008 s názvem A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice: Tools for Transforming Mental Health Care)

Dlabal, M. (2021). *Komunikace v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.

Dubnová, M., Gabrielová, J., Novotná, J., Řezníková, V., Urban, D. (2018). *Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami*. Praha: NLN, s. r. o.

Dušek, K. & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. (2. vyd.). Praha: Grada Publishing.

Đurech, O. (2014). *Klient s duševním onemocněním v sociálních službách*. (2. vyd.). Pardubice: Benepal.

Ebimngbo, S., Okoli, R. & Ugwu, C. (2017). *Interviewing and Counseling as Social Work Tools*. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/330926635\\_Interviewing\\_and\\_Counseling\\_as\\_Social\\_Work\\_Tools](https://www.researchgate.net/publication/330926635_Interviewing_and_Counseling_as_Social_Work_Tools)

- Elichová, M. (2017). *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada.
- Elliott, M., & Ragsdale, J. M. (2020). *Mental health professionals with mental illnesses: A qualitative interview study*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(6), 677–686. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/ort0000499>
- Engelbrecht, L. K. (1999). *Introduction to social work*. Wellington: Lanzo.
- Fischer, S. & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing.
- Flowers, J. V. & Schwartz, B. (2022). *Jak selhat jako terapeut: 57 způsobů, jak ztratit nebo poškodit svého klienta*. (2. vyd.). (D. Liška, S. Struková, překl.). Praha: Portál. (Originál byl publikován v roce 2010 s názvem *How to Fail as a Therapist: 50 Ways to Lose Or Damage Your Patients*)
- Foitová, Z. & Kubinová, P. (n.d.) *Umíme se domluvit: Co potřebuje člověk s duševní poruchou při jednání na úřadě i jinde*. (2. vyd). Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Získáno 26. května 2023 z [https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/umime\\_se\\_domluvit\\_final.pdf](https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/umime_se_domluvit_final.pdf)
- Fontana, D. (2017). *Sociální dovednosti v praxi*. (A. Zavadilová, překl.). Praha: Portál. (Originál byl publikován v roce 1990 s názvem *Social Skills at Work*)
- Hohman, M. (2021). *Motivational Interviewing in Social Work Practice*. Spojené státy americké: Guilford Publications.
- Hollander, D. & Wilken, J. P. L. (2016). *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. (Originál byl publikován v roce 2015 s názvem *Supporting recovery and inclusion*)
- Holasová, V. M. (2014). *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada Publishing.

International federation of social workers. (n.d.) *What is social work*. Dostupné z: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/>

Kadushin, A., & Kadushin, G. (2013). *The social work interview*. (5th ed.). Columbia University Press.

Kennedy, C. (2017). *Challenges in accessing and interviewing participants with severe mental illness*. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/317783678\\_Challenges\\_in\\_accessing\\_and\\_interviewing\\_participants\\_with\\_severe\\_mental\\_illness](https://www.researchgate.net/publication/317783678_Challenges_in_accessing_and_interviewing_participants_with_severe_mental_illness)

Knezović, R. & Ralbovská, R. (2009). *Komunikace pro pomáhající profese*. Praha: Evropské vzdělávací centrum Praha.

Komunikujeme o.p.s. (2019). *Metodika práce s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním*. Praha. Získáno 26. května 2023 z <http://komunikujeme.eu/wp-content/uploads/2020/04/metodika-kom-du%C5%A1evn%C3%AD-n.pdf>

Kopřiva, K. (2016). *Lidský vztah jako součást profese*. (7. vyd.). Praha: Portál.

Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie*. (7. vyd.). Praha: Portál.

Mahrová, G. & Venglářová M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada.

Maroon, I. (2012). *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál.

Mátl, A. (2019). *Teorie sociální práce I*. Praha: Grada Publishing.

Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.

Matoušek, O. (2007). *Základy sociální práce*. (2. vyd.). Praha: Portál.

Matoušek, O., Kodymová, P. & Kolářková J. (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. (2. vyd.). Praha: Portál.

Matoušek, O. (2013). *Metody a řízení sociální práce*. (3. vyd.). Praha: Portál.

McKenzie, F. & Nicotera, N. (2018). *Interviewing for the Helping Professions: A Comprehensive Relational Approach*. Spojené státy americké: Oxford University Press.

MKN-10: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize – Tabelární část*. Aktualizované vydání k 1. 1. 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec>

Musil, L. (2004). *Ráda bych Vám pomohla, ale: dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman.

Muusse, Ch. & van Rooijen, S. (2019). *Svoboda především: analýza zkušeností s komunitní péčí o duševní zdraví v italském Terstu a její význam pro Nizozemsko*. (L. Němečková, překl.). Marco Cavallo. Praha: Fokus. (Originál byl publikován v roce 2015 s názvem Freedom First: A Study of the Experiences with Community-based Mental Health Care in Trieste, Italy, and Its Significance for the Netherlands)

Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. (2. vyd.). Praha: Academia.

Novosad, L. (2009). *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál.

Nykl, L. (2012). *Carl Ransom Rogers a jeho teorie: přístup zaměřený na člověka*. Praha: Grada.

Ocisková, M. & Praško J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing.

Otevřené dialogy. (n.d). *Otevřený dialog*. Dostupné z: <https://otevrenedialogy.cz/index.php>

Pěč O. & Probstová, V. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál.

Ragins, M. (2018). *Cesta k zotavení*. (M. Fojtíček, J. Růžička, překl.). Praha: Fokus. (Originál byl publikován v roce 2021 s názvem Journeys Beyond the Frontier: A Rebellious Guide to Psychosis and Other Extraordinary Experiences)

Richi, S. (n.d.). *Relevance of Communication in Social Work Practice*. Dostupné z: [https://www.academia.edu/12621758/Relevance\\_of\\_Communication\\_in\\_Social\\_Work\\_Practice](https://www.academia.edu/12621758/Relevance_of_Communication_in_Social_Work_Practice)

Rodat, S. (2023). *Verbal and Nonverbal Barriers in Social Work Communication*. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/367161302\\_Verbal\\_and\\_Nonverbal\\_Barriers\\_in\\_Social\\_Work\\_Communication](https://www.researchgate.net/publication/367161302_Verbal_and_Nonverbal_Barriers_in_Social_Work_Communication)

Rogers, C. R. (2014). *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. (J. Krejčí, překl.). Praha: Portál. (Originál byl publikován v roce 1980 s názvem *A Way of Being*)

Rogers, C. R. (2020). *Teorie terapie a osobnosti a další práce z let 1942-1987*. (O. Fafejta, překl.). Praha: Portál. (Originál byl publikován v roce 1989 s názvem *The Carl Rogers Reader*)

Ruch G., Turney, D. & Ward, A. (2010). *Relationship-based Social Work: Getting to the Heart of Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Růžková, J., Dolejší, M., Dvořáček, J., Folíř, P., Giljan, M., Kalous, M., Kašpar, T., Mahrová, M., Málek, T., Nevšímal, P., Pelantová, T., Růžička, M. & Sobotka, J. (2023). *Podpora lidí s duální diagnózou*. Metropolitní zdravotnický servis Praha, p. o. Praha.

Sand, I. (2018). *Citlivý pomocník: vysoká citlivost v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. (Originál byl publikován v roce 2014 s názvem *Værktøj til hjælpsomme sjæle*)

Soukup, J. (2014). *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál.

Společnost sociálních pracovníků ČR. (2022). *Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR*. Dostupné z: <https://www.socialnipracovnici.cz/ke-stazeni>

Šupa, J. (2017). *Využití psychoterapie v sociální práci*. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/o-cem-se-mluvi/vyuziti-psychoterapie-v-socialni-praci/>

Thornicroft, G. (2011). *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. (Originál byl publikován v roce 2006 s názvem *Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness*)



- Timuřák, L. (2014). *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru: integrativní rámec*. (2. vyd.). Praha: Portál.
- Tomeš, I. (1997) *Vzdělávací standardy v sociální práci: pro středoškolský, vyšší odborný a vysokoškolský stupeň vzdělání*. Praha: Socioklub.
- Úlehla, I. (2007). *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. (3. vyd.). Praha: Sociologické nakladatelství.
- Václavík, M. (2023). *Skryté příčiny duševních strastí: psychoterapie do kapsy*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. (3. vyd.). Praha: Portál.
- Vybíral, Z. (2005). *Psychologie komunikace*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie*. (2. vyd.). Praha: Grada.
- Vymětal, J. (2007). *Speciální psychoterapie*. (2. vyd.). Praha: Grada.
- Výrost, J. & Slaměnik I. (2008). *Sociální psychologie*. (2. vyd.). Praha: Grada.
- Woodcock, R. J. (2016). *Specialist Communication Skills for Social Workers*. Oxford: Macmillan Education.
- World health organization. (2022). *Mental disorders*. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Zákon č. 1/1993, Sb., Listina základních práv a svobod. (1993). In Sbíрка zákonů. Praha: Ministerstvo vnitra. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. (2006). In Sbíрка zákonů. Praha: Ministerstvo vnitra. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- Zakouřilová, E. (2014). *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Praha: Portál.

## **13 Přílohy**

Příloha č. 1: Témata a okruhy otázek pro rozhovory

## **Příloha č. 1: Témata a okruhy otázek pro rozhovory**

### **Témata a okruhy otázek pro osoby s duševním onemocněním**

#### **Úvodní otázky – potíže, diagnóza, léčba, zkušenosti s rozhovory se sociálním pracovníkem, obecné zkušenosti s tématem**

Úvodem se chci zeptat, jaké máte s tématem zkušenosti s rozhovorem, zda byste krátce mohl sdělit, jaké sociální nebo zdravotnické služby využil a kde všude jste se setkal se sociálním pracovníkem?

Co vás napadá k tomu, jak by měl vypadat rozhovor se sociálním pracovníkem, na co by si měl dát pracovníka pozor, co naopak by měl dělat, jaký by měl být?

Můžete popsat vaše potíže, jak se u vás projevují?

Jaké negativní vlivy v souvislosti s vašimi potížemi mohou ovlivňovat rozhovor?

#### **Otázky na důvěru a bezpečnost, vztah, osobnost sociálního pracovníka**

Co je pro vás důležité, abyste se při rozhovoru cítil bezpečně, abyste pociťoval důvěru v pracovníka?

Jak významný je pro vás vztah se sociálním pracovníkem a to, že vnímáte přijetí ze strany pracovníka?

Zpozoroval jste někdy, že by měl při rozhovoru sociální pracovník špatně nastavené hranice a jak se toto chybné nastavení hranic promítlo do rozhovoru?

Co by se muselo stát, aby rozhovor přerostl v konflikt s pracovníkem?

Jaké vnímáte rozdíly v rozhovoru se sociálním pracovníkem v souvislosti na to, zda rozhovor vedete s mužem nebo ženou?

Co jsou pro vás důležité dovednosti pracovníka?

Jak poznáte při rozhovoru se sociálním pracovníkem, zda dodržuje etické zásady, zda je pod supervizí a zda je dostatečně vzdělán ve své profesi?

## **Otázky na komunikaci a techniky používané při rozhovoru, průběh rozhovoru**

Jakými komunikačními dovednostmi se domníváte, že by měl sociální pracovník vybaven?

Jaké to pro vás je, kdy sociální pracovník shrne jinými slovy, co říkáte, když použije tzv. parafrázování?

Popište z hlediska významnosti verbální a neverbální projevy pracovníka?

Čeho z neverbální komunikace si u sociálního pracovníka všímáte?

Jaké pozitivní neverbální projevy pracovníka jsou pro vás důležité?

Popište, jak by měl úvod rozhovoru vypadat? Zda byste například upřednostnil, aby se vás ptal sociální pracovník, nebo máte raději, když můžete volně hovořit o vašem tématu?

Dokázal byste popsat nějaké pro vás významné zásady, které by měl sociální pracovník při rozhovoru s vámi dodržovat nebo například, co by určitě neměl dělat a čeho by se měl vyvarovat?

Můžete popsat, jak jste někdy sám sebe stigmatizoval a jaký to mělo vliv na rozhovor se sociálním pracovníkem?

## **Otázky na emoční projevy při rozhovoru**

Můžete zhodnotit a popsat, zda je vám příjemné, pokud pracovník vnímá vaše aktuální potíže, například smutek a plačtivost a při rozhovoru s vámi je reflektuje a podle toho s vámi následně komunikuje?

Někdy sociální pracovník cítí, že klient se necítí dobře, že je zaplaven pocity a emocemi a v rámci rozhovoru a spolupráce se spíše snaží pochopit pocity a stav klienta, než nutně hledat řešení. Na co byste si přál, aby se při spolupráci s vámi sociální pracovník zaměřil? Jak důležité je pro vás, že se sociální pracovník snaží pochopit vaše pocity.

Jak vnímáte, když vám pracovník projeví i vlastní emoce, například projeví lítost, sdělí, že ho právě něco rozhodilo, apod.

Co vám pomáhá ze strany pracovníka, pokud přicházíte ve zhoršeném psychickém stavu?

### **Otázky na technické souvislosti**

Jak by měl vypadat počátek rozhovoru a jeho konec?

Jak dlouhý by rozhovor měl být?

Kde by měl probíhat?

## **Témata a okruhy otázek pro pracovníky z pomáhajících profesí**

### **Úvodní otázky – porozumění, rozhovor jako porozumění a poskytnutí podpory**

Jak vést rozhovor, aby došlo k porozumění, aby mohla být poskytnutá podpora, co je nejdůležitější

Jak vést rozhovor, aby toho bylo dosaženo?

Je to smysl sociální práce – porozumět a poskytnout podporu a co je smysl sociální práce?

Kdy dochází k tomu, že klient Vás vnímá tak, že mu rozumíte, kdy si myslíte vy, že to nastává

Co vás napadá, jak by měl vypadat rozhovor se klientem, na co by si měl dát pracovník pozor, co naopak by měl dělat, jaký by měl být?

Co je podle vás při rozhovoru nejdůležitější? Co u klienta, co u pracovníka?

Jak si myslíte, že mohou duševní potíže ovlivňovat rozhovor?

Zásady spolupráce/Překážky ve spolupráci/Zásady vedení rozhovoru/Rizika nevhodně vedeného rozhovoru

### **Otázky na důvěru a bezpečnost, vztah, osobnost sociálního pracovníka**

Co si myslíte, že je důležité zajistit, aby klient pocítoval důvěru a bezpečí?

Jak klientovi zabezpečit pocit jistoty při rozhovoru?

Stereotypizace a stigmatizace

Jaký by měl být společný vztah?

Jak vymezit ve vztahu hranice a jak předejít konfliktu, případně, jak jej řešit?

Zpětná vazba – pozitivní i negativní od klienta i ke klientovi

Aktuální psychické prožívání klienta, reflexe emocí, zpětná vazba pocitů, řešení úkolu vs. psychický stav klienta

## **Otázky na komunikaci – kompetence, neverbální komunikace a osobnost sociálního pracovníka**

Jakými komunikačními dovednostmi se domníváte, že by měl sociální pracovník vybaven?

Popište z hlediska významnosti verbální a neverbální komunikaci.

Na co se u neverbální komunikace soustředíte?

Jaké vlivy dopadají na komunikaci sociálního pracovníka a klienta při rozhovoru?

Co považujete za rysy zdravé komunikace?

Osobnost sociálního pracovníka

Přístup sociálního pracovníka ke klientovi

Charakterové vlastnosti sociálního pracovníka

Pohlaví pracovníka

Kompetence pracovníka pro rozhovor – je potřeba se zabývat tím, jak vést rozhovor?

Etické zásady, supervize, vzdělání

## **Otázky na vedení rozhovoru**

Popište, jak by měl úvod rozhovoru vypadat? Měl by pracovník sdělit téma a udat směr? Měl by se ptát?

Kladení otázek/Styl rozhovoru/Kontrola/Struktura/Aktivita a pasivita pracovníka/Parafrázování

Techniky využívané při rozhovoru, techniky dotazování

Otázky na technické souvislosti – fáze, délka, prostředí, rozsah a hloubka, přechody, reflexe pocitů

Jak by měl vypadat počátek rozhovoru a jeho konec?

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autora/ky:** Kamila Kořenková

**Studijní program:** Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

**Název práce:** Rozhovor jako způsob porozumění a poskytování podpory v sociální práci s klienty s vybranými duševními onemocněními

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

**Rok dokončení práce:** 2024

**Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)**

**Přímé citace:** 961

**Ostatní text:** 259 250

**Celkový počet znaků:** 260 211

**Počet pramenů a literatury:** 79

**Názvy souborů:**

**Text práce ve formátu PDF:** KorenkovaDP

**Text práce ve formátu DOC nebo DOCX:**

**Další soubory:**