

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Jitka Macáková

*Otevřený dialog jako metoda práce s lidmi s
duševním onemocněním*

Bakalářská práce

vedoucí práce: PhDr. Jan Vančura, Ph.D.
2021

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 22.6.2021

.....

Jitka Macáková

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat PhDr. Janu Vančurovi, PhD. za vedení bakalářské práce, za ochotu a trpělivost při konzultacích i mimo ně. Děkuji i za cenné rady a odborný dohled. Dále bych chtěla poděkovat organizaci Zahrada 2000 z.s., která mi umožnila uskutečnit rozhovory k výzkumné části práce a pracovníkům, kteří se se mnou podělili o své zkušenosti.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 OTEVŘENÝ DIALOG.....	8
1.1 Co je to Otevřený dialog.....	8
1.2 Stručný vývoj metody Otevřeného dialogu	8
1.3 Principy OD	9
1.3.1 Poskytnutí okamžité odezvy	9
1.3.2 Zapojení sociální sítě	9
1.3.3 Flexibilní přizpůsobování specifickým a proměnlivým potřebám	10
1.3.4 Přijímání odpovědnosti	10
1.3.5 Zaručení psychologické kontinuity	11
1.3.6 Tolerování nejistoty	11
1.3.7 Dialogismus	12
1.3.8 Léčebná setkání formou společného uvažování	12
2 PRAXE OTEVŘENÉHO DIALOGU	14
2.1 Základní rysy	14
2.2 Prvky Otevřeného dialogu	14
2.3 Monologické části.....	17
2.4 Shrnutí kapitoly	17
3 LIDÉ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	19
3.1 Pojetí normality, duševního zdraví a přiměřeného chování	19
3.2 Klasifikace duševních poruch.....	19
3.3 Schizofrenie	20
3.4 Afektivní poruchy.....	22
3.4.1 Bipolární afektivní porucha	22
3.5 Závěr kapitoly.....	23
4 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE.....	24

4.1	Cíle reformy.....	24
4.2	Zotavení.....	25
4.3	Multidisciplinární přístup.....	25
4.3.1	Peer pracovníci.....	25
4.4	Závěr kapitoly.....	26
5	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	27
6	CÍL VÝZKUMU.....	28
7	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	29
8	TECHNIKA SBĚRU DAT.....	30
9	PRŮBĚH ROZHOVORU.....	31
10	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	32
	ZÁVĚR.....	38
	LITERATURA.....	40

ÚVOD

Celý život se účastníme dialogu. Klademe otázky, odpovídáme, vnímáme a reagujeme. V tomto spočívá jednoduchost i složitost dialogu, jelikož probíhá po celý život, ať si to uvědomujeme, nebo ne. Hlas každého má svou váhu, proto se i metoda Otevřeného dialogu zaměřuje na vyslyšení hlasů těch, kteří potřebují pomoci.

Tato bakalářská práce má za cíl zjistit, jakým způsobem využívá organizace ZAHRADA 2000 z.s. metodu Otevřeného dialogu v sociální práci s klienty s duševním onemocněním a popsání rozvoje této metody v Evropě.

V první kapitole budu popisovat základní myšlenky této metody a její principy, které jsou alfou a omegou celého fungování OD. V další kapitole se chci zaměřit na popis praktických vodítek metody a celkový způsob využití metody. Třetí kapitola se bude věnovat charakteristice cílové skupiny, kde uvedu obecný přehled a popíši dva typy psychóz, které jsou nejčastější v organizaci Zahrada 2000. Poslední kapitola teoretické části bude věnována reformě psychiatrické péče, jelikož se toto téma dotýká metody Otevřeného dialogu, a zároveň nastíním metodu Zotavení, multidisciplinární přístup a peer pracovníky.

V praktické části se budu věnovat kvalitativnímu výzkumu, který má za cíl odhalit, co Zahrada 2000 dělá a jaké jsou klady nebo zápory a potíže při zavádění a využívání metody Otevřeného dialogu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OTEVŘENÝ DIALOG

1.1 Co je to Otevřený dialog

Otevřený dialog (Open Dialogue) je systémový, na jazyku založený přístup v psychiatrické péči, který vznikl v 80. letech 20. století západním Laponsku v nemocnici Keropudas. Je založen na vztahových sítích a je jednou z forem krizové intervence v případech těžkých psychiatrických problémů, tzv. atak. Hlavní snahou Otevřeného dialogu je reagovat na akutní potřeby (need-adapted treatment), kde má velký význam reflektující tým a dialogismus. (Seikkula, 2011, s.183-186)

Základem metody Otevřeného dialogu je tzv. terapeutické setkání, které je uskutečňováno do 24 hodin od okamžiku kontaktování nemocnice, jde tedy o okamžitou pomoc v krizi. Mobilní krizový tým, který se na tomto setkání podílí a organizuje jej, se skládá z odborníků, kteří pracují ambulantně nebo během hospitalizace s pacienty. Během prvního setkání se setkávají zároveň členové terapeutického týmu, pacient a další osoby řadící se do pacientovi sítě (např. příbuzní pacienta, přátelé a další odborníci) a obvykle probíhá u pacienta doma. (Seikkula, 2010, s. 183-197)

1.2 Stručný vývoj metody Otevřeného dialogu

První využití metody Otevřeného dialogu bylo v 80 letech 20. st. ve Finsku, kde probíhal v té době projekt na podporu léčby schizofrenie, který změnil v mnoha ohledech podobu péče a to z důvodu toho, že vznikaly týmy zaměřené na podporu lidí v akutní psychóze (acute psychosis teams). Na léčbě se podílelo více metod, od individuální přes farmakoterapii až po rodinnou či skupinovou terapii, které se nevyklučovaly, ale naopak se doplňovaly. Následně v Laponské nemocnici Keropudas došlo k výcviku personálu a mobilních týmů v rodinné terapii. (Novák a kol., 2017, s. 31-32)

Důležitým aspektem, který ovlivnil vznik této metody, byl zájem o zapojení rodiny do léčby a průběhu setkávání. (Faltýnová, 2017, s.29)

Klíčovým momentem byl rok 1984, kdy byla všechna rozhodnutí o průběhu přijímána společně za přítomnosti všech zainteresovaných lidí, kteří se péče účastnili. (Novák a kol., 2017, s. 32)

V rozhovoru Faltýnové (2017, s.29) Seikkula uvedl, že v tomto roce začali pořádat otevřená setkání, avšak tento způsob byl pro ně natolik nový a obohacující, avšak také matoucí, že reorganizace celého systému a vytvoření nových postupů léčby zabralo 10 let, kdy došlo k vytvoření sedmi hlavních principů Otevřeného dialogu. Co se týče výsledků, kterými se tato metoda uchytila, podle Seikkuly jsou po dvou letech tři čtvrtiny klientů schopni se vrátit do práce či ke studiu, přibližně třetina využívá medikaci a jen pětina ze zkoumaných využívá medikaci dlouhodobě.

V průběhu let došlo k rozvinutí a rozšíření této metody Jakkem Seikkulou do Polska, Velké Británie, Česka a dalších zemí. Otevřený dialog se nyní rozvíjí prostřednictvím národního zdravotnictví a spojuje se s dalšími přístupy. (Novák a kol., 2017, s. 32)

1.3 Principy OD

Principy nebo-li praktická vodítka Otevřeného dialogu vznikla během výzkumu, tudíž se nejedná o předem nastavené kroky, která by byly později využívány v praxi. I přesto, že se většina studií zaměřovala primárně na léčbu psychotických problémů, vodítka nesměřují pouze k této diagnóze, ale jsou využívána i v jiných krizových situacích. (Seikkula, 2013, s.50-51)

1.3.1 Poskytnutí okamžité odezvy

Jednou z hlavních myšlenek a cílů Otevřeného dialogu je poskytnutí okamžité pomoci, tedy zorganizování prvního setkání do 24 hodin od prvního kontaktu. Cílem okamžité odezvy je předcházení hospitalizace klienta. Ačkoliv se stává, že klientův projev během prvních setkání není jasný, po čase se může ukázat, že klient mluvil o situacích v jeho životě, které pro něj jsou nebo byly ohrožující či děsivé, a které nebyl schopen před krizí popsat nebo vysvětlit.

Dalším důvodem okamžité odezvy je reflexe projevů onemocnění či problémů (např. halucinací), které jsou později hůře dostupné a slábnou. Pokud se týmu podaří vytvořit bezpečné prostředí pro sdílení a naslouchání všem tématům, o kterých klient mluví, pak i těžká a problémová témata mohou najít prostor k řešení a k celkovému zlepšení prognózy. Cílem dialogu se tedy stává vytvoření prostředí pro slova, jež popisují zkušenosti, pro které dříve slova neexistovala. (Seikkula, 2013, 51-52)

1.3.2 Zapojení sociální sítě

Klient, jeho rodina a další důležité blízké osoby jsou vždy zváni na první setkání z důvodu co největší podpory pro klienta a rodinu. Tyto osoby označujeme jako klientova sociální síť, která může mít velkou roli již při identifikování problému. Problém se stává problémem, pokud jej

tak označí klient či jeho blízcí. Ti se pak podílejí na jeho definování. (Šupa, 2017; Seikkula, 2013)

Je mnoho možností jak se rozhodnout, koho k setkání pozvat. Jedním z nich je zeptat se osoby, která tým kontaktovala, kdo o situaci ví a dělá si starosti, kdo by mohl být nápomocný a schopný účastnit se prvního setkání a v neposlední řadě, kdo by měl tyto lidi pozvat. Zároveň, člověk, který kontaktoval terénní tým, má možnost rozhodnout, koho na setkání přizvat nechce.

Co se týče sociální sítě, v které se klient pohybuje či pohyboval, je také důležité zjistit, s jakými pomocnými pracovníky klient komunikoval ať již o aktuální krizi, nebo o problémech z dřívější doby. Tito pomáhající pracovníci mohou být též přizváni k setkání. (Seikkula, 2013; Seikkula, 2010)

1.3.3 Flexibilní přizpůsobování specifickým a proměnlivým potřebám

Jak popisuje Seikkula (2006), každý pacient potřebuje individuální zacházení a přístup podle toho, jak mu to nejvíce vyhovuje, včetně jeho konkrétního jazyka, způsobu života, terapeutických metod, apod. Pokud je to možné a rodina souhlasí, konají se léčebná setkání u klienta doma, tedy v pro něj bezpečném prostředí, jelikož zde jsou rodinné zdroje dostupnější. Pokud tato možnost není reálná, lze setkání uskutečňovat v krizovém centru, v psychiatrické léčebně či v ordinaci lékaře.

Nelze uplatnit žádný univerzální průběh a program, dle kterého by se jednalo se všemi klienty, stejně tak nelze celý léčebný proces provádět pořád stejně. Potřeby se mění, a proto během prvních dnů krize, nejčastěji 10-14 dní, je vhodné setkávat se každý den. Později si rodina sama řekne, jak často se chce s týmem setkávat a zároveň si určí kde. (Seikkula, 2013)

1.3.4 Přijímání odpovědnosti

Pracovník, který byl kontaktován, přebírá zodpovědnost za uskutečnění a organizaci prvního setkání a sestavení týmu. Osobou, která kontaktuje pracovníka, může být sám klient, rodina, přátelé, ale také lékař, úředník či např. školní psycholog. (Šupa, 2017, s. 11)

Na setkání se poté diskutuje, kdo další by měl být v týmu, který se bude starat o léčbu. Tým, který je svolán pro první setkání přijímá veškerou odpovědnost za analýzu problému a návaznost léčby. Pokud se názory odborníků různí, je vhodné uspořádat další setkání, kde se probere výběr dalšího směru, samozřejmě za přítomnosti klienta a rodiny. Tímto se klient a rodina zapojuje a podílí na rozhodování o směru, kterým se budou léčebná setkání a léčba celkově ubírat. (Seikkula, 2013)

1.3.5 Zaručení psychologické kontinuity

Kontinuita vzniká již na prvním setkání a měla by utvářet celý proces léčby. Za průběh léčby má zodpovědnost tým tak dlouho, jak je potřeba. Platí to nejen u hospitalizovaných klientů, ale i v ambulantní léčbě. Sestavení a zorganizování multidisciplinárního týmu směřuje k překročení hranic různých služeb a k menšímu riziku nedokončení léčby.

Délka léčebných setkání není vždy jasná. Některým klientům pomůže jedno či dvě setkání, u jiných je zapotřebí intenzivní léčba po dobu dvou let. Zástupci klientovi sociální sítě a tým odborníků se účastní setkání po celou dobu léčby, a to i při uplatňování terapeutických metod. Dle očekávání akutní psychotická krize trvá mezi dvěma až třemi lety. Podle studie Seikkuly v roce 2003 v 65% byla léčba přerušena koncem druhého roku.

Součástí kontinuity je také zapojení různých terapeutických metod, které se vzájemně podporují. Pokud je to možné, psychoterapeut, který provádí terapie, by měl být součástí týmu odborníků, nebo být alespoň přizván k několika setkáním. Podpoří se tímto důvěra rodiny v terapii i v setkání celkově. (Seikkula, 2013)

1.3.6 Tolerování nejistoty

V klientově krizi je prvním a jedním z hlavních úkolů zvýšit bezpečí situace, na kterou zatím není známo řešení. Dalším hlavním úkolem je mobilizovat zdroje, které mají klient a rodina k dispozici, aby znovu nabyli větší vládu nad svým životem. Sdílení zkušeností je posilováno důvěrou v léčebná setkání a v proces, kterým léčba probíhá.

Ve fázi krize není obvykle jasně stanoveno, kdy a jak budou setkání probíhat, proto se při každém setkání znovu diskutuje, zda, případně kdy, se bude konat další schůzka. Tímto se dá vyhnout předčasným závěrům a rozhodnutím o léčbě. Co se týče medikace během léčby, může být nápomocná, avšak zároveň odjímá psychologické zdroje klienta a rodiny. Cílem je tedy utvořit proces, který zvyšuje bezpečí a zároveň povzbuzuje k osobnímu nasazení. (Šupa, 2013; Seikkula, 2013)

K bezpečí přispívá též fakt, že rodina není se svým problémem sama, a také prostředí, ve kterém je každý hlas vyslyšen. Týmová práce je v Otevřeném dialogu nezbytným předpokladem, protože když členové týmu dokáží spolupracovat a naslouchat jeden druhému, je větší šance, že to dokáží i členové rodiny.

U tolerování nejistoty je vhodný otevřený popis situace, tedy neuspěchat a netlačít na klienta a jeho rodinu, ale klidně nechat situaci otevřenou na další setkání. (Seikkula, 2013)

1.3.7 Dialogismus

Podle Seikkuly (2005, s. 466) se členové týmu snaží dávat odezvu na to, co bylo řečeno. Ne kvůli podání vysvětlení či interpretace, ale aby dali najevo, že bylo zaznamenáno, co bylo řečeno. Velice častou větou, která se objevuje v mnoha publikacích jako popis Otevřeného dialogu, je, že dochází k vyslyšení hlasů těch, kteří potřebují pomoc.

Otevřený dialog se primárně soustředí na podporu dialogu a sekundárně na změnu u klienta nebo rodiny. Jako dialog je brána schopnost získávat více kontroly nad svým životem skrze diskutování a rozebírání problémů. Předpokladem je dialogická konverzace. Pro odborníka to znamená, že musí získat dovednosti v dialozích, a také se stát expertem, kterému klienti mohou důvěřovat.

1.3.8 Léčebná setkání formou společného uvažování

Základem pro dialog je léčebné setkání, kde se schází osoby zainteresované v problému společně s klientem, aby diskutovali o všem, co se aktuálních potíží týče. Všechny osoby účastníci se setkání se podílejí na plánování, realizaci a rozhodnutích týkajících se setkání a léčby.

Podle Alanena (1997) má léčebné setkání tři fáze, a to 1. získat informace o problému, 2. vytvořit plán léčby a v konverzaci na základě diagnózy dospět k nezbytným rozhodnutím a 3. utvářet psychoterapeutický dialog.

Výchozím bodem je jazyk rodiny, tedy jakým způsobem rodina pojmenovala ve svém vlastním jazyce daný problém. Každý z účastníků hovoří vlastním hlasem, proto je důležitější, jakým způsobem posloucháme, než jakým se ptáme. K tomu slouží reflektující rozhovor o tom, co členové týmu slyšeli, zatímco rodina poslouchá.

Setkání je uspořádáno otevřeně, kdy všichni účastníci sedí v kruhu. Člen týmu, který svolal schůzku se ujímá řízení dialogu. První otázky by měly být kladeny co nejvíce otevřeně, aby bylo zajištěno, že klientova sociální síť může mluvit o tématech, která jsou nyní aktuální.

Je důležité říci, že tým neplánuje témata předem, nýbrž se doptávají otázkami týkající se toho, co klient či rodina právě řekli. Důležitost je též v tom, že kdokoliv z přítomným se může vyjádřit kdykoliv, ale komentáře nebo dodatky by neměly přerušovat probíhající dialog a měly by navazovat k tématu diskuze. Právě tyto komentáře zapřičiňují nalezení nových slov popisujících klientovy těžké zkušenosti. Po ujištění, že všechna důležitá témata byla probrána, odpovědný člen týmu navrhne ukončení setkání. Před úplným ukončením je vhodné shrnout témata, která byla na setkání přednesena a probírána, a obzvláště, zda-li došlo k nějakým

rozhodnutím a jaká to byla. Přibližná délka setkání je různá, avšak adekvátní je přibližně 1,5 hodiny. (Seikkula, 2013)

1.4 Závěr kapitoly

V této kapitole jsem popsala základní myšlenky metody Otevřeného dialogu, historii a vývoj a také základní principy a myšlenky této metody. V rámci výcviku dochází ke zžití se s těmito principy a naučením se používat principy a vodítka v praxi. Tomu se budu věnovat v následující kapitole.

2 PRAXE OTEVŘENÉHO DIALOGU

V této kapitole popíší základ dialogické praxe jakožto 12 základních prvků Otevřeného dialogu, z nichž některé dále podrobněji rozeberu a pro přehlednost graficky odliším.

Bytí v dialogu s klientem znamená soustředit se na přítomnost bez předcházející přípravy a z tohoto důvodu tedy praxe Otevřeného dialogu a komunikace během setkání není formální. Primárně zahrnuje poslech a přizpůsobení se konkrétnímu kontextu. Avšak, zatímco každý dialog je jedinečný, existují klíčové prvky v konverzaci ze strany terapeutů, které vytváří a podporují přirozený průběh dialogu během setkání a zároveň mobilizují zdroje všech účastníků.

2.1 Základní rysy

Základním rysem dialogické praxe je, že každý účastník se cítí být slyšen a hodný reakce, což je samo o sobě začátkem změny. V této metodě se tomu říká Polyfonie. Podle Bakhtina je v Otevřeném dialogu místo pro každý hlas, čímž se zmenšuje rozdíl mezi „zdravým jedincem“ a „nemocným jedincem“. Výsledkem spolupráce všech těchto hlasů je společná zkušenost.

Jedním z prvních kroků setkání je zapojení klienta do pečlivé, směřované a zpětné výměny. Cílem tohoto zapojení je poslouchat a případně najít pojmenování pro strach člověka, ztělesnění příznaků a vyvíjení směrem k nalezení společného jazyka.

Terapeuti a pracovníci účastníci se setkání by měli být schopni ovládat dvě hlavní dovednosti – reagovat a odrazit. Při definování kvality terapeutického působení je nutné se 1) podívat na vyjádření klienta, 2) reakce terapeuta na toto vyjádření a 3) odpověď na reakci. Schopnost odrazit staví na schopnosti reagovat a znamená, že pracovník se zapojuje do otevřeného, participativního a žargonového rozhovoru se sítí a dalšími odborníky. (Olson, Seikkula a Ziedonis, 2014)

2.2 Prvky Otevřeného dialogu

Podle článku Seikkuly a Olson (2014) těchto dvanáct věrnostních prvků není oddělených, ale často se překrývají a současně se vyskytují ve skutečné praxi.

- Dva (nebo více) terapeutů na setkání týmů
- Účast rodiny a sítě
- Použití otevřených otázek
- Reagování na požadavky klientů
- Zdůraznění současného okamžiku
- Vytváření více pohledů

- Použití relačního zaměření v dialogu
- Reakce na diskurzu nebo chování problému věcná pozornost k významu
- Zdůraznění vlastních slov a příběhů klientů, ne příznaky
- Rozhovor mezi odborníky (reflexe) v léčebných schůzkách
- Transparentní
- Tolerující nejistota

Dva nebo více terapeutů na setkání

Je důležité, aby se setkání účastnili minimálně dva terapeuti. Možností, jak setkání rozdělit dle terapeutů je více, například jeden terapeut komunikuje s účastníky, zatímco druhý sleduje a reflektuje pozice účastníků. Lze také setkání rozdělit tak, že oba terapeuti komunikují, pozorují a reflektují. Existuje též možnost jednoho terapeuta při setkání, jelikož Otevřený dialog je metoda využívaná také při párové a rodinné terapii. (Olson, Seikkula, 2014; Seikkula 2013)

Účast rodiny a sítě

Druhým bodem je angažovanost sítě, která začíná při telefonátu, kdy se pracovník dotazuje, kdo vše může být zahrnut do setkání, což usnadňuje a pomáhá lépe zorganizovat setkání. Lidé, účastníci se setkání od počátku, se stávají důležitými partnery v celém léčebném procesu. Je možné se s týmem odborníků setkávat zvlášť, pokud spojená setkání nejsou možná z důvodu například násilí či týraní v rodině. (Olson, Seikkula, 2014, s. 8-9)

Otevřené otázky

Podle Olsen a Seikkuly (2014) je třetím prvkem využití otevřených otázek, kterými začíná většina setkání, hlavně to první. Často setkání začíná otázkou „Kdo by rád začal?“. Jakmile tento typ otázek je očekáván ze strany klienta a jeho blízkých, je následně přenesen do následujících setkání a je brán již jako samozřejmý element. Druhou otázkou, kterou se běžně začíná setkání může být „Jak byste chtěli využít toto setkání?“. Tato otázka je určena všem účastníkům avšak je důležité zajistit, aby každý na ni mohl odpovědět. Důležitým rysem metody Otevřeného dialogu je, že pracovníci mluví o tom, o čem chce mluvit klient. Proto je podstatné pokládat otevřené otázky, aby klient měl možnost mluvit o tom, co je pro něj důležité.

Reakce na požadavky klienta

Terapeut podněcuje dialog odpovídáním na klientovu promluvu běžně třemi způsoby, tedy použitím klientovým vlastních slov, nasloucháním a udržením naladění na neverbální projev.

Naslouchání často vytváří atmosféru, kdy klient začíná otevírat témata, která pro něj nejsou snadná, případně o kterých se předtím nezmínil. Naladění na neverbální projevy často

podněcuje tolerování ticha během konverzace. Velice důležité je brát v potaz neverbální projevy klienta a jeho sítě stejně tak jako jejich slovní projev. (Olsen, Seikkula, 2014, s. 13-14)

Přítomný okamžik

Zdůraznění přítomného okamžiku může probíhat různě, buď odpovídáním na okamžitou reakci, což znamená, že se pracovník soustředí na projev během setkání, nikoliv na to, jak se klient chová mimo něj; nebo podvolení se emocím, které odkrývá, zda-li se klient emočně otevřel v průběhu vyprávění o určité citlivé záležitosti. Důležité při práci s emocemi je, aby pracovník zaručil bezpečný prostor pro klienta, ale nikoliv, aby v tom okamžiku ihned interpretoval tyto emoční reakce. (Olsen, Seikkula, 2014, s. 15-16)

Polyfonie

Co se týče polyfonie, podle Skorunky (2013), který čerpá z Bachtinovi teorie, jde o koexistenci různých prožitků, perspektiv a interpretací, které jsou zde v průběhu celého setkávání.

Polyfonie, neboli mnohohlasnost v Otevřeném dialogu usiluje o rovnocennou výměnu, i když je mezi osobami určité napětí. Existují dvě dimenze polyfonie – vnitřní a vnější. Ve vnější polyfonii se pracovník snaží zapojit každého do konverzace a usiluje o to, aby každý účastník setkání byl slyšen, brán vážně a měl možnost promluvit. Zároveň udržuje setkání, aby probíhalo jako dialog, nikoliv monolog. Ve vnitřní polyfonii pracovník naslouchá a podporuje všechny účastníky, aby mluvili o svém pohledu na věc. Zároveň se v tomto může terapeut dostat do situace použití více než jednoho, svého, hlasu. Zprv jako expert užívající všeobecné znalosti, a zadruhé jako empatický pracovník reagující na probíhající interakci. Tato tendence je klíčová v dialogické praxi. Lze se také zeptat klienta na chybějící členy například otázkami typu: „Jak by reagoval pan X, kdyby byl zde přítomen?“. Touto hypotetickou otázkou lze docílit toho, že hlasy důležitým lidí se stanou součástí dialogu a zároveň vnitřní dialog klienta se podrobí nové reflexi. (Seikkula, 2011, s. 185-190)

Vztahy

S tímto souvisí další bod, tedy vytváření vztahového zaměření v dialogu, což může pomoci terapeutovi zjistit, jaké jsou vztahy mezi členy rodiny. Zároveň je důležité zdůraznit, že v Otevřeném dialogu nejsou žádné otázky předem plánované nebo strukturované podle metodologie. Otázky jsou užití v kreativní, improvizující a šetrném způsobu otevírajícím nové cesty pro hlasy a projevy. (Seikkula, 2006, s. 462)

Reakce a pozornost

Odpovídáním na problémové rozmluvy či chování je myšleno, že terapeut reaguje na to, co bylo řečeno způsobem, který vidí symptomy či problémové chování jako smysluplné nebo jako přirozenou reakci na těžkou situaci.

Podporování klientových příběhů a slov, nikoliv symptomy znamená, že dialogická praxe vyzývá k vyprávění příběhů, zkušeností, myšlenek a pocitů z klientova života místo referování symptomů. (Olsen, Seikkula, 2014, s. 22-23)

Rozhovor mezi odborníky

V každém setkání by měla být podporována konverzace mezi odborníky, během níž by pracovníci měli sledovat jen sebe a nikoliv mluvit ke klientově síti. Jsou tři části, jak by měla probíhat konverzace před rodinou. Prvním je reflektující proces, kde odborníci komentují vlastní nápady, myšlenky. Druhým může být konverzace mezi odborníky ohledně plánování léčby, analyzování problémů a otevřeně diskutovat o doporučení ohledně medikace a hospitalizace. Ve třetí části rodina komentuje předchozí dvě části, tedy debatu mezi odborníky. (Seikkula, 2013; Olsen, Seikkula, 2014)

Spolupráce

Dalším velice důležitým bodem je, že všechny debaty ohledně léčby jsou sdíleny se všemi účastníky, tedy každý v síťovém setkání má stejný přístup k diskuzím a sdíleným informacím. (Seikkula, 2013, s. 60)

Tolerance nejistoty

Tolerování nejistoty je jedním z nejdůležitějších prvků i principů Otevřeného dialogu. Jde o vytvoření porozumění krizi, která je pokaždé jedinečná. Tým profesionálů by měl mít na paměti, že je zodpovědný za vytvoření bezpečného prostoru pro setkání sítí, zároveň dát jasně najevo, že účast každé osoby v dialogovém setkání je důležitá a akceptovaná bezpodmínečně. Též je důležité mít na paměti, že odborníci se účastní a chovají především lidsky, tedy dávají najevo pocity a soucit, a doplňují tímto jejich profesionální role o osobní vřelost a srdečnost. Toto podporuje terapeutické napojení na klienta a vyhýbání se přílišnému oddálení, nebo dávání klientovi najevo, že je zkoumán a objektivizován. (Seikkula, 2005; Seikkula, 2014)

2.3 Monologické části

Setkání v síti není jen dialogické, ale objevují se zde i monologické části. Monolog je vhodný při představení konverzačních témat, při nutnosti shrnout domluvené kroky léčby, poskytování poradenství a také získávání informací. Podle Seikkuly je přibližně jedna třetina setkání monologická. (Seikkula, 2013)

2.4 Shrnutí kapitoly

V této kapitole jsem se věnovala základním rysům a prvkům dialogické praxe, dále jsem popisovala tyto prvky jako klíčové ve správném využívání Otevřeného dialogu. Poslední část

kapitoly pojednává o monologické části setkání, která by rozhodně neměla převládat, avšak i ta má velký podíl na efektivním průběhu dialogické praxe.

3 LIDÉ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Lidé s duševním onemocněním, ačkoliv si často lidé myslí, že jde pouze o skupinu řadící se do oboru psychiatrie, jsou též jednou z cílových skupin klientů sociální práce. U této skupiny dochází k prolínání vícero oborů, a zároveň tedy odborníků. Psychiatrickou diagnózu stanovuje lékař, nejčastěji psychiatr, který se věnuje duševním nemocem a na rozdíl od psychologa může předepisovat léky, které mají v počátečních fázích obvykle své místo.

Světová zdravotnická organizace, anglicky World health organization (dále jen WHO) definuje duševní onemocnění jako „*zjevnou poruchu duševní činnosti, natolik specifickou ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby působila ztrátu pracovní schopnosti, nebo sociální postavení, nebo obou, a to v takovém stupni, že může být hodnocen jako selhání*“ (Gabriela Mahrová, 2008, s.69-70)

3.1 Pojetí normality, duševního zdraví a přiměřeného chování

Jednou z nejčastějších otázek, které se týkají duševních poruch, je definování normality. Podle Hartla (2004) je normalita *jev, který odpovídá předem stanovenému očekávání*.

V psychopalogii je norma zjišťována různými způsoby, tedy subjektivně, sociálně, statisticky a funkčně. Z jiných hledisek je za normu považováno duševní zdraví, optimální stav a proces směřující k seberealizaci. Duševní zdraví je často bráno jako nepřítomnost nemoci, tedy negace stavu. Norma jako optimální stav na jednu stranu neurčuje představu průměrného člověka, ale naopak vlastnosti dané doby. Jak sám autor uvádí, tato představa je v rozporu s vývojem jedince a taktéž takzvaný dokonalý model by poukazoval na to, že normální by nebyl téměř nikdo. Z hlediska procesu směřujícímu k seberealizaci je možné nahlížet na normalitu jako na možnost osobní volby každého ve vztahu k aktivnímu sebeutváření. Toto hledisko považuje za nejdůležitější rys normality schopnost adaptace. (Hartl, 2004, 31-34)

3.2 Klasifikace duševních poruch

Klasifikace duševních poruch v psychiatrii je syndromologická, tedy onemocnění mají specifické symptomy, projevy a příznaky, dle kterých dochází ke konkrétní diagnostice.

V České republice je využívána Mezinárodní klasifikace nemocí v současné 10. revizi (dále jen MKN-10), kde jsou duševní poruchy popsány pod kódem F00-F99.

Rozdělení dle MKN-10:

F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70-F79 Mentální retardace

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání

F99 Neurčená duševní porucha

(UZIS, MKN-10 [online])

Jelikož organizace Zahrada 2000 z.s. nepracuje se všemi typy duševního onemocnění, budu dále popisovat pouze psychózy, do kterých řadíme například schizofrenii či afektivní poruchy.

Podle Hartla (2004) je psychóza souhrnné označení těžkých duševních poruch, při nichž klient ztrácí kontakt s realitou a dochází k narušení jeho vnímání, myšlení, jednání, prožívání, cítění i vůle. Zároveň chybí i vědomí nemoci.

3.3 Schizofrenie

Podle mnoha autorů je schizofrenie, které se v této části kapitoly budu věnovat, jednou z nejzávažnějších duševních poruch, která je tradičně členěna do psychóz a postihuje přibližně až 1% populace. Je to duševní porucha projevující se narušeným vnímáním a myšlením, poruchou emotivity a osobní integrity.

3.3.1.1 Příčina a vznik

Začátek onemocnění je nejčastější v mladém věku, tzn. v rozmezí 16-25 let, ale může se projevit i později, do 45 let. Co se týče příčiny vzniku, je to různé. Obecně lze říci, že se jedná o důsledek dědičných dispozic a vlivu spouštěcích podnětů, tedy cokoliv nového a odlišného od dosavadní situace klienta. Avšak nelze závazně a přesně říct, co je hlavním spouštěčem schizofrenie. (Vágnerová, 2004, s. 94)

Pasz (2020) tvrdí, že u dítěte, jehož rodič je léčen se schizofrenií je až 10x větší pravděpodobnost onemocnění než u běžné zdravé populace. Zároveň poukazuje na to, že podle nejnovějších studií je vliv dědičnosti na toto onemocnění až 80%.

3.3.1.2 Syptomy

Jelikož je schizofrenie různorodé onemocnění, neexistuje jen jeden druh a zároveň nemusí být u dvou lidí stejná, proto neexistuje jednotný popis ale spíše soustava příznaků, které jsou typické u schizofrenních pacientů. Tyto příznaky lze rozdělit do dvou skupin, tedy pozitivní a negativní symptomy.

Charakteristickými pozitivními symptomy schizofrenie jsou bludné představy a myšlenky; halucinace; dezorganizace řeči; dezorganizované chování nebo katatonní projevy. Negativní symptomy nejsou tak zřejmé, jejich hodnocení je spíše subjektivní. Mezi negativní symptomy patří otupení emocí, úpadek vůle, chudost řeči, ztráta zájmů, ztráta vztahů v okolí a výrazná sociální izolace. (Malá, 2002, s. 58)

3.3.1.3 Průběh a léčba

Průběh nemoci může být různorodý, stejně jako prognóza. Vágnerová (2004) tvrdí, že lze obecně říci, že onemocnění, které má prudký začátek mívá i lepší prognózu než varianta s postupným a plíživým počátkem.

Vágnerová (2004, s. 95) uvádí informace, že u 20% nemocných dojde pouze k jedné epizodě, u 60% nemocných se epizody neustále vrací, což způsobuje zhoršení stavu a ztrátu adaptačních schopností. Jako nejhorší variantu uvádí, že u 20% pacientů dojde k úplnému rozpadu osobnosti a je nutná nepřetržitá péče, protože nemocní nejsou schopni samostatného fungování.

Co se týče léčby, v současné době se využívá farmakoterapie, konkrétně neuroleptika. Pro další vývoj a zlepšení kvality života je nutná psychoterapie.

Podle Pasze (2020, s. 422-423) je prognóza taková, že jeden ze sedmi pacientů je schopen naprostého vyléčení a návratu k normálnímu sociálnímu fungování. Na druhou stranu při chronické variantě se dopad na kvalitu života prohlubuje. Zde je zásadní včasné identifikování nemoci a započetí léčby.

3.3.1.4 Vliv na sociální fungování a vztahy

Podle Ploga (1999) je větší výskyt svobodných mužů mezi schizofreniky. Zde je ke zvážení vliv sociální izolace, ve které klienti žijí nebo snížená schopnost a chuť kontaktu s okolím a následně málo vazeb s jinými lidmi.

3.4 Afektivní poruchy

Základním projevem afektivních poruch je chorobná nálada, která nemá co dočinění s reálnou situací klienta. Nejde však pouze o kolísání nálad, období smutku, které zažívá většina z nás. Chorobné poruchy nálad jsou mnohem silnější výkyvy prožívání a ovlivňují nejen nemocného, ale i jeho okolí. (Vágnerová, 2004, s. 100)

3.4.1 Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha je onemocnění, při kterém se střídají manické a depresivní epizody, avšak toto střídání je nepravidelné. Je též možné, že se porucha projeví pouze jednou manickou epizodou. Jde o závažné celoživotní onemocnění.

Mánie, nebo-li manická fáze, je porucha projevující se rozjařenou, nepřiměřenou náladou, která je doprovázena hyperaktivitou a nevhodným chováním. Výskyt pouze manických epizod je velice vzácný, většinou jde o bipolární poruchu. (Vágnerová, 2004)

Depresivní fáze je charakteristická neodůvodněnou smutnou náladou, ztrátou zájmů, ztrátou pocitu radosti, neschopnosti jakékoliv činnosti, pesimismem, celkovou nechutí k životu a často dochází k myšlenkám na sebevraždu. Dalšími příznaky jsou únava, poruchy spánku, sexuální aktivity a příjmu potravy. Depresivní fáze se dále rozděluje na mírnou, středně těžkou a těžkou, kdy u mírné fáze se pacient sociálně angažuje, naopak u těžké fáze dochází výraznému psychomotorickému útlumu. (Malá, 2002, s. 65-66)

3.4.1.1 Léčba

Co se týče léčby deprese, skládá se z léčby akutního stavu, dále navazující je stabilizační, která přechází do léčby udržovací. Léčba antidepresivy je hlavní metodou terapie, zároveň by však neměly chybět psychoterapeutické metody či intervence. Terapie u mánie je jak farmakoterapeutická tak psychosociální. (Vágnerová, 2004, s. 100-105)

3.4.1.2 Vliv na sociální fungování a vztahy

Depresivní člověk působí na lidi ve svém okolí negativně, jelikož na ně přenáší svou patologickou náladu a jeho negativní vnímání zasahuje do mezilidských vztahů. U klienta v depresivní fázi často dochází k tomu, že si jeho okolí myslí, že je pouze líný a nebo neschopný.

Klient v mánii představuje rodině a blízkým jiné problémy. Často je fáze mánie spojena s přílišnou aktivitou a nadměrnou euforií, která je pro ostatní členy rodiny nepochopitelná. Zároveň nemocní v této fázi extrémně utrácejí. Podle Vágnerové je možností hospitalizace, avšak ta je problémová, jelikož pacient vědomí poruchy nemá. (Vágnerová, 2004, 100-105)

3.5 Závěr kapitoly

Je důležité mít na paměti, že každý jednotlivý člověk je jedinečný, tudíž i lidé se stejnými poruchami mohou mít jiný průběh, rozdílné symptomy a vznik dané poruchy, a v neposlední řadě mohou být potřeby jednotlivých klientů rozdílné. (Mahrová, 2008,69-72)

4 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Reforma psychiatrické péče znamená pro Českou republiku velký posun směrem dopředu, posun, který docílí systémové změny. Nejde o změnu pouze psychiatrickou, ale o celkovou změnu poskytování péče lidem s duševním onemocněním. V této kapitole popíšeme cíle reformy, základní myšlenky a také Zotavení, multidisciplinární týmy a peer pracovníky, kteří jsou tak blízcí či přímo využíváni i v metodě Otevřeného dialogu.

Důvodem reformy je neměnnost systému péče v psychiatrii od 90. let 20. století, neúplná schopnost odpovídat na potřeby klientů/pacientů co se týče péče v domácím prostředí. I přesto že se některé služby o to snaží, pořád jich je málo. (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, s.5)

4.1 Cíle reformy

Cílem reformy je zlepšit kvalitu života a poskytované péče lidem s duševním onemocněním a naplňování lidských práv podle úmluvy OSN. (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, s.5)

Specifické cíle podle strategie Ministerstva zdravotnictví (2013, s. 9) jsou: „1/ Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování. 2/ Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně. 3/ Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí. 4/ Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci. 5/ Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.). 6/ Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb. 7/ Humanizovat psychiatrickou péči.“

Jednou ze základních vizí je, aby se péče dostala do fáze, kdy bude systém poskytování provázaný a koordinovaný a na Zotavení zaměřený s podporou multidisciplinárního přístupu. Reforma směřuje k plnému respektování lidských práv klientů, k možnosti celé sítě klienta zapojit se do procesu léčby a rozhodování a zároveň maximalizovat inkluzi klienta do společnosti.

Co se týče změny v systému, postupně dojde k rozšíření komunitní péče a k vytvoření nových sociálních služeb – center a ambulancí, a zároveň ke snížení a omezení dlouhodobé lůžkové péče.

Podle dat MZČR k roku 2017 došlo během 15 let ke zvýšení počtu pacientů s duševním onemocněním o 80%. (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, s. 6-11)

4.2 Zotavení

Podle Ranginse (2018) je zotavení adaptivním procesem, který následuje po nějaké formě tragédie. Autor zároveň popisuje čtyři fáze zotavení, které dále pár větami popíše. Jde o naději, zplnomocnění, přijetí zodpovědnosti a smysluplnosti životní role.

Naděje je nepostradatelnou součástí procesu zotavení, je chápána jako vnímaná možnost k posunu i v situacích, kdy obvykle ostatní lidé tuto možnost nevidí.

Zplnomocnění je velmi častým tématem v sociální práci, a není tomu jinak i v reformě psychiatrické péče, která se k tomuto výsledku snaží směřovat, avšak každý si definuje výsledek jinak. Podle Ranginse (2018) jsou klíčovými prvky v přístupu k informacím, schopnosti rozhodovat se, asertivitě a sebeúctě. Jde tedy o víru ve vlastní schopnosti, která zapřičiňuje možný posun.

Přijetí odpovědnosti je podle autora nejtěžší ze všech fází Zotavení. Klient se musí odpoutat od závislosti na péči a pomoci a vzít svůj život znovu pevně do rukou, i přes veškerý strach a zklamání spojených s onemocněním.

Jako poslední popisuje nutnost smysluplné životní role, tedy nalezení životní role, která není spojená s jeho onemocněním, jež mohou pomoci ukončit sociální izolaci a reálně začít žít svůj život a dosáhnout tak zotavení. (Ragins, 2018, 20-22)

4.3 Multidisciplinární přístup

Multidisciplinární přístup je způsob poskytování služeb klientům, popřípadě pacientům, který zastávají odborníci napříč profesemi. Multidisciplinární týmy mohou být složeny různě, většinou zde však mají místo sociální pracovníci, kliničtí pracovníci jako zdravotní sestry, lékaři, psychiatři, či psychologové, popřípadě peer pracovníci. Jde o společnou podporu všech odborníků směřovanou ke klientovi s ohledem na jeho potřeby. Důležité je, aby se mohl tým setkávat pravidelně, sdělovat si informace a tímto napomáhat a podporovat klienta, popřípadě i jeho rodinu, s cílem zlepšit jeho životní situaci. (MZČR, 2017, s.13)

4.3.1 **Peer pracovníci**

Své místo v multidisciplinárním týmu mají i peer pracovníci. Jsou to lidé, kteří si prošli duševním onemocněním a vším, co se toho dotýká. Peer pracovníci čerpají z vlastní zkušenosti, kterou sdílí s klienty, jakožto psychická podpora ve fázích krize a dávají naději na spokojenější a plnější život. Tato podpora souvisí s překladem slova peer, tedy rovný, a vztah mezi peerem

a klientem je brán jako peer a peer, tedy rovný s rovným, nikoliv expert a ne-expert. Peři nediktují, co má být, ale představují možnosti porozumění. (Repperová, 2013)

4.4 Závěr kapitoly

V této kapitole jsem zběžně představila reformu psychiatrické péče, která v České republice probíhá od roku 2013. Plán reformy je dán na 15-20 let, kdy bude probíhat postupná transformace nejen psychiatrické péče. Dále jsem popsala základní myšlenky metody Zotavení a multidisciplinárního přístupu, který jsem doplnila o popis peer pracovníků, jelikož se navzájem s metodou Otevřeného dialogu doplňují a podporují.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Jako výzkumnou metodu jsem si zvolila kvalitativní výzkum, jelikož nejlépe sedí k cíli práce.

Autorů, kteří popisují kvalitativní výzkum je spousta. Disman (2002) jej popisuje jako nenumerické šetření a sdělení sociální reality. Cílem kvalitativní metody na rozdíl od kvantitativní je vytvářet nové teorie a nové hypotézy, nikoliv jejich testování. Dalším podstatným znakem kvalitativní metody je, že i přes redukci sledovaných jedinců, v mém případě jedinců, s kterými jsem vedla rozhovor, dochází k velkému počtu informací o rapidně méně lidech, než při kvantitativním výzkumu. Dále autor popisuje logiku kvalitativní metody jako induktivní, tedy nejprve dochází ke sběru dat, poté k hledání pravidelností v těchto datech, následně formulaci předběžných závěrů a též k vytváření nových pohledů či teorií. Výhodou kvalitativní metody je, že se zaměřuje na subjektivitu a na porozumění lidem. (285-290)

Podle Hendla (2005, s. 50-51) si na začátku výzkumu definujeme téma a základní otázky, kterými se snažíme získat vzorek v souvislosti s daným tématem. Výhodou dle autora je, že otázky se mohou v průběhu výzkumu doplňovat, případně pozměňovat, a z tohoto důvodu je často nazýván pružným typem výzkumu. Dále popisuje a přirovnává činnost výzkumníka k „detektivovi“, a to z důvodu toho, že vyhledává a analyzuje všechny informace, kterou mohou vést k vyřešení výzkumných otázek.

Dalším z mnoha autorů jsou Strauss a Corbinová (1999, s. 10-11), kteří popisují kvalitativní výzkum velmi podobně jako předchozí autoři, a též jako postupy vyzdvihují pozorování a rozhovor. Autoři dále uvádí případy, kdy využít kvalitativní metodu, jako například snaha odhalit nějakou zkušenost s jevem. Dle autorů je využívána kvalitativní metoda k odhalení a porozumění tomu, o čem nemáme dostatek informací, popřípadě také k vytvoření nových náhledů na problematiku.

6 CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumu v této práci je zjistit a popsat, jaké jsou klady a případné zápory metody a také jaké jsou potíže při zavádění metody Otevřeného dialogu. Hlavní výzkumná otázka tedy je: „Jaké jsou dle pracovníků klady a potíže při zavádění a využívání metody Otevřeného dialogu?“.

K zodpovězení hlavní výzkumné otázky je zapotřebí určit dílčí cíle, které mě nasměrují k odpovědi. Tyto cíle se budou odvíjet od subjektivního porovnání služeb, rozvoji v osobním i profesním životě a jako poslední co brání zavedení této metody do Českých služeb. Dílčí cíle tedy jsou:

- Jakým způsobem se odlišuje přístup v Zahradě od přístupu v ostatních službách/psychiatrii z pohledu pracovníků?
- Pocítíte změnu v průběhu používání OD ve svém profesním/ osobním životě?
- Překážky zavádění?

7 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Rozhovorů se účastnilo celkem 5 respondentů, přičemž všichni pracují v různých službách pod záštitou Zahrady 2000, přičemž dva z pěti respondentů jsou peer pracovníky, jeden z respondentů je vedoucím služby a se zbylými dvěma jsou sociálními pracovníky. Jediným požadavkem bylo, aby všichni respondenti aktivně využívali metodu Otevřeného dialogu jako metodu práce s lidmi s duševním onemocněním. Zde nyní uvedu obecný náhled do práce jednotlivých služeb Zahrady 2000 podle popisu respondentů s doplněním z webu Zahrady 2000.

Zahrada 2000 je nezisková organizace v Jeseníku, která svým klientům nabízí sociální služby podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, dále také sociálně-zdravotní služby a komunitní péči. Co se týče sociálních služeb, nabízí možnost využití Sociální rehabilitace, Sociálně-terapeutické dílny, Dluhové poradenství a v rámci Recovery podporu bydlení a zaměstnání s podporou.

O fungování a efektivitu sociálních služeb se stará vedoucí služby, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, peer pracovníci, psycholog a podle potřeby specializovaní lektoři.

Jako zdravotně-sociální služby nabízí možnost využití multidisciplinárního týmu a síťových setkání metodou Otevřeného dialogu a také Komunitní péči v Jeseníku, což zahrnuje úzkou spolupráci s psychiatrickými nemocnicemi a psychologickými či psychiatrickými ambulancemi v tomto regionu.

V multidisciplinárním týmu pracují psychiatr, psycholog, sociální pracovník, peer pracovník a zdravotní sestra. Tým je sestaven podle potřeby a zároveň podle aktuálních možností organizace.

Co se týče metody Otevřeného dialogu, první běh byl zahájen v roce 2017 za podpory Norských fondů, a během roků 2018-2020 došlo k intenzivnímu zavedení této metody do práce s klienty i do procesu řízení v organizaci a zároveň Zahrada 2000 nabízí akreditovaný výcvik v metodě Otevřeného dialogu.

8 TECHNICKA SBĚRU DAT

Technikou sběru dat je pro tuto práci polostrukturovaný rozhovor. Dle Hendla (2005, s. 166-171) je důležité si předem určit délku rozhovoru, otázky, které budou kladeny a případné podotázky, dále také jejich forma a pořadí. Co se týče pořadí, lze jej měnit a přizpůsobovat. Otázky by měly být v pořadí tak, aby na sebe navazovaly. Nemělo by docházet k situacím, kdy jsou otázky kladeny způsobem, kterým mohou ovlivnit odpověď, tudíž je nutné pokládat otázky neutrálně.

Narozdíl od kvantitativního sběru dat například prostřednictvím dotazníku, kde se využívají uzavřené otázky a respondent má přesně dané odpovědi, z kterých si může vybírat, u kvalitativního sběru dat je výhodou pozorování, vnímání neverbálních projevů a též i doptávání se, tedy rozvíjení tématu, případně ujišťování se o pochopení ze strany tazatele.

Otázky v polostrukturovaném rozhovoru byly vytvořeny v průběhu teoretické části a dále projednávány při konzultacích s vedoucím práce. Případné podotázky byly formulovány při rozhovorech.

Po souhlasu všech účastníků rozhovoru a informování o využití dat získaných v těchto rozhovorech anonymně všichni souhlasili s provedením rozhovoru. V období před rozhovorem jim byly zaslány informace o cílech této práce a zároveň také základní otázky, které byly v rozhovoru kladeny. Setkávání probíhalo online formou přes platformu Zoom z důvodu pandemické situace, kdy nebylo možné setkat se osobně. Po souhlasu všech respondentů byly rozhovory nahrávány a poté přepisovány. K analýze dat jsem použila zakotvenou teorii a s ní spojené otevřené kódování.

9 PRŮBĚH ROZHOVORU

Na začátku všech rozhovorů byl respondentům znovu předložen popis práce, byli seznámeni s možností kdykoliv přerušit, popřípadě utnout rozhovor. Též byli obeznámeni s anonymitou dat, které budou využity pro výzkum této práce a proběhl slovní souhlas s nahráváním rozhovoru a zpracováním dat. Slovní souhlas proběhl z důvodu pandemie Covid-19, kvůli které nebylo umožněno provést rozhovory osobně, tudíž bylo využito platformy Zoom s webkamerou. Dále byli obeznámeni s přibližnou délkou, kterou jsem nastavila na 30 minut.

Základními otázkami rozhovorů byly:

- 1) Na jaké pozici pracujete a jak dlouho?
- 2) Jak jste se dostal k práci v Zahradě 2000?
- 3) Zpozoroval jste nějaké změny v porovnání s předchozím zaměstnáním?
- 4) Co by vám ve vaší práci chybělo bez této metody?
- 5) Podle vašeho subjektivního názoru, v čem se liší česká psychiatrie/nemocnice od Zahrady 2000?
- 6) Jaké jsou překážky zavádění Otevřeného dialogu do sociálních služeb?
- 7) Zpozoroval jste nějaké změny v průběhu využívání metody Otevřeného dialogu co se týče vašeho profesního růstu?
- 8) Všiml jste si nějaké změny v osobním růstu, případně v osobním životě, v průběhu využívání této metody?

10 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této části se budu věnovat vyhodnocení získaných dat. Pro přehlednost jsem vytvořila čtyři kategorie, které budou zvýrazněny. Dále k nim uvedu obecný výstup a příklady odpovědí, které se podle otevřeného kódování řadí k daným kategoriím. Ve vybraných příkladech bude metoda Otevřeného dialogu označována pod zkratkou OD.

Práce v Zahradě 2000

Jako úvodní část rozhovoru jsem zvolila dotazy k pozicím, které respondenti zastávají, a k tomu, jak dlouho pracují v organizaci. Dva respondenti zde pracují od roku 2017 a další tři od roku 2020. Co se týče pozic, které zastávají, je to různé, ať již jako koordinátor multidisciplinárního týmu, tak vedoucí sociální služby, sociální pracovníci, terénní pracovník či case manager terénního týmu. Dva z dotazovaných pracují zároveň jako peer pracovníci.

Dále jsem se ptala jak se respondenti dostali k práci v Zahradě 2000. Důvodem této otázky bylo, abych zjistila, kolik z dotazovaných začalo pracovat v organizaci kvůli metodě Otevřeného dialogu. Pouze jeden z dotazovaných zde začal pracovat kvůli zaměstnání celkově, nikoliv kvůli metodě. Dva z dotázaných byli kontaktováni nebo se setkali s některým z pracovníků Zahrady, kde došlo k seznámení se s metodou a nabídkou práce v organizaci.

„Potřeboval jsem změnu a potkal jsem se s ředitelem na výcviku a získal chuť tam pracovat... Zahrada byla dobrá volba k získání praxe.“ (respondent č.4)

„Vlastně jsem zažil ty počátky setkávání. Nakonec mě o rok později kontaktoval známý, že by mě chtěl do týmu.“ (respondent č.2)

Otevřený dialog, i přesto, že se o něm začíná mluvit a některé z organizací pracujících s lidmi s duševním onemocněním už o něm slyšely, je stále využíván jen v pár organizacích v České republice. Výcvik v této metodě probíhá ve spolupráci Zahrady 2000 s Narativem a délka výcviku je 5 let. Narativ též nabízí základní výcvik v této metodě, který má rozsah 128 hodin, tedy 6 setkání. Co se týče zahraniční spolupráce, organizace spolupracuje s Markem Stevenem Hopfenbeckem a Wernerem Schützem, kteří jsou zahraničními lektory výcviku. (Otevřené dialogy [online])

Dva z dotazovaných přišli do Zahrady 2000 kvůli metodě Otevřeného dialogu, proto jsem vybrala otázku k popsání toho, co je zaujalo na této metodě tak, že se rozhodli začít v organizaci pracovat.

„Všichni o něm hrozně hezky mluvili a já o něm vůbec nic nevěděl, tak jsem si řekl, že tam chci jít, chci se něco nového naučit a získat nějaký odstup od toho, jak ty věci vidím teď.“ (respondent č.1)

„Zaujalo mě to, že se mě hodně lidí ptalo, co by mi v té době dřív pomohlo... Pak jsem viděl dokument o OD a hrozně se mi to líbilo, a říkal jsem si, tohle by mohlo pomoci... Řekl jsem si, že je to něco, čemu bych se chtěl věnovat. Vlastně jsme se tak nějak setkali s myšlenkami.“ (respondent č.5)

Další podotázka, kterou jsem zvolila, byla směřována na změny v porovnání s předchozím zaměstnáním, pokud nějaké bylo. Dva z respondentů udali, že práce v Zahradě byla první pracovní zkušeností se sociální prací, tudíž jak sami zdůraznili, nemohou posoudit rozdíl. Dva z respondentů, kteří již měli nějakou zkušenost s prací v sociálních službách, ať již s touto cílovou skupinou, nebo nikoliv, udávali důvody a náhledy, v čem je práce v Zahradě lepší. I přes to, že dva respondenti neměli zkušenost, všichni se shodli na větším sepětí týmu, na větší spolupráci. Dále uvádím příklady odpovědí, které jsem dostala na tuto otázku.

„Když pracuji s OD, tak pracuji ve dvojici, což jsem předtím vůbec nezažil... myslím, že klient dostává úplně jinou službu ... je fajn nebýt na to sám. Také to, že nemusím na všechno znát odpověď, že tam nejsem ten odborník. V předchozí práci jsem byl hodně tlačenej do té expertnosti.“ (respondent č.4)

„Pro mě to bylo celý nový... jak tématicky, tak sítěmi. Každopádně zdá se mi, že to prostředí nikdy nebylo tak kultivované a takto vzájemně podpůrné.“ (respondent č.1)

Poslední otázkou v této kategorii byl dotaz na to, co by respondentům chybělo v práci v sociálních službách bez této metody. Všichni se shodli na tom, že by jim něco chybělo, i když pro každého z respondentů to bylo něco jiného. Dva z odpovídajících zdůraznili, že by úplně jinak určitě už pracovat nechtěli.

„Dovedu si představit, že bych pracoval podobně, ale úplně jinak, to už asi ne... i kdyby nebyl OD, myslím, že v každé organizaci by se dalo držet obecných principů.“ (respondent č.5)

„Kdybych si měl představit, že jsem v organizaci, kde nejsou síťová setkání, tak to si dovedu představit, že bych tam pracoval... kdyby to bylo o tom, že bych nesměl pracovat s klienty takhle, jak s nimi pracuji, tak bych mu rozhodně řekl, že ne, že to nedává smysl.“ (respondent č.1)

Jeden z respondentů uvedl, že by mu chyběl ten nulový tlak na pasování klientů do určitých diagnóz a kolonek, které si nevymysleli. Zdůraznil i to, že Otevřený dialog je více zaměřený na potřeby a vyslyšení klientů. Další z respondentů uvedl, že by mu chyběla práce ve dvojici, práce se sítí klienta a neexpertnost. Podle jeho slov „*Že jsem tam ten, kdo podporuje ten dialog a to jejich hledání.*“ Poslední z respondentů uvedl, že by mu chyběla síťová setkání, a dále uvedl myšlenku, ke které se později vyjádří i ostatní respondenti. „*Je otázkou, do jaké míry jsou to naše osobní hodnoty a principy, který jsou shodou okolností totožné s hodnotami a principy OD... Ale s principy a hodnotami se natolik ztotožňujeme, že tady tak fungujeme nezávisle na tom, jestli aktivně využíváme OD nebo ne.*“

Subjektivní srovnání

Otázkou v této kategorii bylo subjektivní srovnání psychiatrické péče a péče o klienty v Zahradě 2000. Všichni respondenti byli po položení této otázky znovu uvědoměni, že jde pouze o jejich subjektivní názor, nikoliv o objektivitu. Každý z účastníků rozhovoru má nějakou zkušenost s péčí v psychiatrii, ať již jako pacient, nebo doprovázející sociální pracovník. Zároveň terénní tým spolupracuje s nemocnicemi, kam jezdí na setkávání s klienty a možnými zájemci o službu. Všichni respondenti zdůraznili, že nemohou mluvit za všechny nemocnice a léčebny, co jsou v České republice, proto jsem je ujistila, že jde o jejich zkušenost a subjektivní názor.

Všichni dotázaní uvedli, že jejich zkušenosti jsou kladné i záporné, tedy na některých odděleních se snaží přiblížit více „lidskému přístupu“, snaží se být více s klienty, naslouchat jim, na druhou stranu je v nemocnicích velký tlak na medikaci, na direktivnost, tedy že nejdůležitější slovo má lékař.

„No, hodně, jakože asi ve všem... přesto, že nesouhlasím s tímto směrem věřím, že lidé co v tom dělají, si myslí, že to dělají nejlíp, s dobrým úmyslem. OD více respektuje toho člověka, slyší jeho hlas, snaží se hledat společně řešení, ne za něj.“ (respondent č.5)

Dva z dotazovaných uvedli, že vidí snahu o posun péče pozitivním směrem, ale zároveň nemohou říct, že by péče v psychiatrických léčebnách a nemocnicích byla skvělá nebo srovnatelná s péčí o klienty v neziskové sféře.

„Ve velkých zařízeních si myslím, že je málo individualizovaná, pořád je nemocensky zaměřená, chybí tam ten přesah, co tu máme my, to posílení kompetencí klienta... asi jde o jiné nastavení. Jde tam spíše o dominující způsob, kdy do toho nezapojují tu klientovu síť.“ (respondent č.4)

Další z respondentů uvedl že si všímá posunu, ale i rezerv co se týče práce s klienty a dodržování jejich práv.

„Chci říct, že v tom OD člověk může být víc vyslyšenej, jako co říká, že to někoho zajímá, že to není všechno interpretovaný jako projev nemoci nebo diagnózy...“ (respondent č.2)

Překážky zavádění

Jelikož je Otevřený dialog stále novou metodou v České republice, a jak jsem zmiňovala dřív, není mnoho organizací, které by tuto metodu využívali, zeptala jsem se respondentů na to, jaké jsou podle nich překážky zavádění. Dalším důvodem, proč jsem zvolila tuto otázku je skutečnost, že někteří pracovali v organizaci při počátcích využívání metody, a tudíž ví, s čím se jejich organizace musela potýkat.

Všichni se shodli na tom, že problémem můžeme být vedení organizace, tedy v situaci, kdy vedení není nakloněno této metodě, popřípadě není nakloněno celkové změně poskytování služeb. Dalším bodem, na kterém se shodli všichni dotazovaní byl problém napasování metody na systém poskytování služeb, na legislativu, požadavky z kraje a též financování a jak si jej obhájit.

Jeden z respondentů uvedl: *„Další problém může být v tom, že chtějí, aby to bylo vědecky ověřené, potvrzené, prozkoumané a odzkoušené, a jestli se to vyplatí ekonomicky tak medicínsky...“*.

Dva z respondentů uvedli problém v práci ve dvojici, kdy nejlepší variantou je podle nich sociální pracovník a klinický pracovník, například psychiatr. V tomto může být problém i v organizaci síťových setkání, které jsou důležitou součástí této metody. K tomuto jeden z respondentů uvedl: *„Další překážkou může být malá znalost metody, předsudky a s tím související malé procento lidí proškolených v této metodě.“*

Poslední z respondentů zdůraznil také náročnost metody na pracovníky, proto uvádím jeho odpověď a vysvětlení:

„OD klade nároky nejen profesní, a myslím, že to musí být lidi, kteří se chtějí rozvíjet, kteří mají podobné nastavení... Zkrátka ti, co to mají v sobě i bez principů OD. Pracovníci ví, jak co má vypadat, ale už moc neřeší, co je důležité pro toho klienta. Jsou věci, které je těžké respektovat, ale myslím, že je to opravdu důležité...“

Dále tento respondent uvedl další překážky zavádění, které se týkají přímo nároků na pracovníky. Dle jeho slov: *„nemluvit o klientech bez klientů, protože málokde jsou schopni*

mluvit na poradách bez toho, aniž by řešili co je klientův problém. Pak určitě nedávat rady, nebo spíš šetřit radama.“

Osobní a profesní růst

Poslední kategorií, kterou jsem zvolila pro tento výzkum je téma profesního a osobního růstu. Tuto otázku jsem zvolila v souvislosti se spojitostí metody a zkušeností za účelem dojít k informacím, které by více odhalily změnu v profesní a osobní rovině, která se mohla udát v průběhu výcviku, případně v průběhu využívání metody Otevřeného dialogu v praxi. Všem respondentům bylo před položením otázky zdůrazněna dobrovolnost odpovídat, z důvodu informací týkajících se jejich osobního života, avšak všichni respondenti souhlasili a shodli se na tom, že se něco změnilo, ať již rapidně, či poméně.

První podotázkou byl dotaz na profesní růst. Zde se některé odpovědi setkávaly a jiné ne. Jako příklad uvádím změny, kterých si pracovníci všimli, popřípadě co se naučili během výcviku. Šlo o sepětí týmu, schopnost mluvit více otevřeně s klienty i napříč organizací, apod. Jeden z respondentů uvedl: *„Přináší to větší respekt k důstojnosti člověka, miň stigmatizujícím přístupem k těm lidem. Učím se vést lépe dialog, umět pracovat s reflexí, to považuji za největší výzvu, protože na to nejsme úplně zvyklý.“*

Další z respondentů mi odpověděl, že si nedovede představit situaci, kdy by tato metoda do jeho profesního a částečně i osobního života už nepatřila.

Co se týče druhé podotázky ohledně osobního růstu a změn v osobním životě, všichni respondenti se shodli na tom, že je pro ně nyní mnohem důležitější, aby zazněl jejich hlas, aby je někdo vyslyšel. Na druhou stranu také dát prostor druhému, umět naslouchat a zvětšení respektu k druhým a k jejich prožitkům a zkušenostem.

Jeden z respondentů uvedl, že se cítí více pokornější, a zároveň zmínil využití metody i pro křesťanskou modlitbu, která ho více přibližuje k tématu, kterému věří.

Další z dotazovaných odpověděl: *„Mně je OD natolik blízký, že mě ve spoustech oblastí dost nasedl na moje vlastní již z dřívějšíka... Vlastně to používám i doma, prostě se bavíme o všem, jak je to potřeba.“*, čímž se přiblížil odpovědi dvou respondentů, kteří uvedli, že k tomu přispívá situace, kdy je k tomu člověk nějak veden nebo že došlo k setkání se a k totožnosti osobních principů a hodnot s hodnotami a principy Otevřeného dialogu.

U čtyř respondentů došlo k rozvoji těchto vlastností a schopností během výcviku. Jeden z dotázaných uvedl: *„Já vlastně šel na výcvik kvůli osobnímu růstu, a během těch 2 let jsem to natolik zaintegroval do sebe, že mám pocit, že to tam bylo vždycky. Nedávat rady, nebo upravit*

formu rady jako například – tohle pomohlo mně, ale je možné, že tobě pomůže něco úplně jiného... naučil jsem se více naslouchat, mlčet a dát ten prostor...“ (respondent č.5)

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnovala tématu nejen sociální práce, ale i psychiatrické péče o lidi s duševním onemocněním. Celá práce byla směřována na metodu Otevřeného dialogu, pro který jsem zvolila organizaci Zahradu 2000 z.s..

Cílem teoretické části bylo popsat, co je metoda Otevřeného dialogu, s kterým Zahrada 2000 pracuje, což se ukázalo v prvních dvou kapitolách, které jsem metodě věnovala. Třetí kapitola byla věnována nahlédnutí do psychických onemocnění a zároveň došlo k bližšímu popisu Schizofrenie a afektivních poruch, s kterými se pracovníci nejvíce setkávají. Poslední kapitolou teoretické části byl náhled do reformy psychiatrické péče, která probíhá v České republice od roku 2013 a týká se nejen psychiatrické péče, ale i sociálních služeb. Tuto kapitolu jsem vybrala, jelikož i metoda Otevřeného dialogu nějakým způsobem zaujímá místo v této reformě, ať již co se týká podobnosti a doplňování se navzájem s metodou Zotavení, tak i s využitím multidisciplinárních týmů a peer pracovníků. Dalším důvodem, který mi potvrdili i respondenti v praktické části je, že Otevřený dialog jako metoda péče o lidi s duševním onemocněním je proreformní.

Jediným problémem, s kterým jsem se setkala v průběhu teoretické části bylo, že je velice málo literatury v češtině, a ještě méně v knižní formě, ať již v angličtině nebo v češtině, proto jsem musela využít spíše online články zahraničních časopisů, abych měla více informací, z kterých čerpat.

Praktickou část práce jsem věnovala kvalitativnímu výzkumu v Zahradě 2000, kde pracují všichni respondenti, kteří se účastnili polostrukturovaného rozhovoru. Hlavním cílem praktické části bylo zjistit a popsat, jaké jsou klady využívání a potíže při zavádění metody Otevřeného dialogu. V průběhu jsem se zaměřila i na subjektivní srovnání psychiatrické péče a péče při využívání metody Otevřeného dialogu. Toho jsem docílila otázkami směřovanými na jejich zkušenosti a subjektivní pohled. Analýzu dat jsem rozdělila do čtyř kategorií a to 1. práce v Zahradě 2000; 2. Subjektivní srovnání; 3. Překážky zavádění a 4. Osobní a profesní změna.

Rozhovory byly velmi zajímavé, a zpětná vazba respondentů mi potvrdila, že i pro ně byly obohacující ve smyslu, že se nad svou prací zamysleli z jiného úhlu pohledu. Kvůli pandemii Covid-19 se rozhovory nemohly uskutečnit osobně, proto byla využita platforma Zoom, která setkání a rozhovor umožnila.

Ve výzkumu jsem došla k závěru, že metodě jsou spíše nakloněni lidé, kteří mají podobné osobní hodnoty jako Otevřený dialog, a kdy dojde spíše ke ztotožnění se. Každopádně je nutné říct, že všichni respondenti uvedli pozitivní změny nejen co se týče pracovního

kolektivu a poskytování služeb, ale také pozitivní změnu v osobním životě. Co se týče srovnání, všichni se shodli na tom, že psychiatrie v České republice není nejhorší, ale není ani nejlepší, jelikož jsou zde pořád rezervy v poskytované péči.

Co se týče nevýhod metody jsem se zjistila spoustu informací o problematických situacích, s kterými se potýkala Zahrada 2000, případně jiné organizace v České republice, když chtěli začít využívat tuto metodu. Všichni respondenti se shodli na problému systémovém a zároveň na problému otevřenosti vedení a pracovníků k výcviku a metodě, a všem nárokům, které jsou se zavedením a úspěšným využíváním spojené.

LITERATURA

DISMAN, Miroslav. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-0139-7.

DÖRNER, K., PLOG, K. 1999. *Bláznit je lidské : učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, ISBN: 80-7169-628-5

FALTÝNOVÁ, Martina. 2017. *Porozumět děsivé zkušenosti: Rozhovor o síle dialogu a normálních psychózách*. A2 [online]. 2017/8, s.29 [cit. 2021-6-20]. Dostupné z: http://otevrenedialogy.cz/images/Jaakko_Seikkula_A2_8_2017.pdf

HARTL, Pavel. 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, ISBN 80-7178-803-1.

HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, ISBN 80-7367-040-2.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. 2002. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-700-0.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Strategie reformy psychiatrické péče*. 2013. [online]. MZČR. verze 1.0 [cit. 2021-06-21]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

NOVÁK, Pavel, Ondřej SKÁLA a Pavel ŘÍČAN. 2017. *Podpora změny paradigmatu péče o duševní zdraví: Terst, Fact, Otevřený dialog*. Praha: Fokus ČR

OLSON, M., SEIKKULA, J. & Ziedonis, D. (2014). *The key elements of dialogic practice in Open Dialogue*. The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA. [online]. [cit. 2021-6-20]. Dostupné z: [keyelementsv1.109022014.pdf \(umassmed.edu\)](http://keyelementsv1.109022014.pdf)

Otevřené dialogy. Vzdělání. [online]. otevrene.dialogy.cz [cit. 2021-06-21] Dostupné z: <http://www.otevrenedialogy.cz/index.php/vzdelavani>

PASZ, Jiří a Adéla PLECHATÁ. 2020. Normální šílenství: Rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním. Brno: Host., ISBN 978-80-275-0560-9.

Psychiatrická společnost ČLS JEP. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče.* . [online]. Praha. 2017, [cit. 2021-06-21]. Dostupné z: [Malý průvodce reformou psychiatrické péče.pdf \(reformapsychiatrie.cz\)](http://reformapsychiatrie.cz)

RAGINS, Mark. 2018. *Cesta k zotavení.* Praha: Fokus. ISBN 978–80–902741–2–9

REPPEROVÁ, Julie. 2013. Pracovníci peer podpory: Praktická příručka k implementaci [online]. Centre for Mental Health and Mental Health Network, NHS Confederation [cit. 2021-6-21]. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/ImROC_peer-pracovnici_implementace_1.pdf

SEIKKULA, J. Becoming dialogical: Psychotherapy or a way of life? *The Australian and New Zealand journal of family therapy* [online]. 2011, 33(3), 179-193 [cit. 2021-6-20]. Dostupné z: <https://power2u.org/becoming-dialogical-psychotherapy/>

SEIKKULA, J., AALTONEN, J., ALAKARE, B., HAARAKANGAS, K., KERANEN, J. & LEHTINEN, K., 2006. *Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies.* *Psychotherapy research*, [online]. 16(2): 214-228. [cit. 2021-6-20]. Dostupné z: [doi:10.1080/10503300500268490 \(madinamerica.com\)](https://doi.org/10.1080/10503300500268490)

SEIKKULA, J., a T. E. ARNKIL, 2013. *Otevřený dialog: setkávání sítí klienta v psychosociální práci.* Vyd. 1. v českém jazyce. Brno: Narativ,. ISBN 978-80-260-4346-1.

SEIKKULA, Jaako a Mary OLSON. : Poetika a mikropolitika přístupu „otevřeného dialogu“ při léčbě lidí s akutní psychózou. *Psychotherapie* [online]. 2010, 4(3-4), s. 183-197 [cit. 2021-04-07]. ISSN 1802-3983. Dostupné z: <https://journals.muni.cz/psychotherapie/issue/download/722/408>

SEIKKULA, J., TRIMBLE, D., 2005. Healing elements of therapeutic conversation: Dialogue as an embodiment of love. *Family Process* [online],, 44, s. 461-475 [cit. 2021-6-20]. Dostupné z: <http://apopendialogue.org/wp-content/uploads/2016/03/seikkula-HealingElementsofTherapeuticConver.pdf>

SKORUNKA, David. 2013. Kdy(ž) se dialog nedaří. *Psychoterapie* [online]., 7(3-4), s.11 [cit. 2021-6-20]. ISSN 1802-3938. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/274379156_Kdyz_se_dialog_nedari

SMOLÍK, P. 1996. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf. ISBN: 80-85800-33-0

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, ISBN 80-85834- 60-x.

ŠUPA, Jiří a kolektiv autorů, *Metodika časných intervencí v terénních týmech*, Centrum péče o duševní zdraví, 2017 [online]. [cit. 2021-6-20]. Dostupné z: [obalka.cdr \(cmhcd.cz\)](http://obalka.cdr.cmhcd.cz)

VÁGNEROVÁ, Marie. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál,. ISBN 80-7178-802-3.

ÚZIS. MKN–10. ÚZIS. [online]. ÚZIS ČR, [cit. 2021-06-21]. Dostupné z: [Prohlížeč | MKN-10 klasifikace \(uzis.cz\)](http://Prohlizec|MKN-10_klasifikace(uzis.cz))