



## **Bakalářská práce**

# **Peer konzultanti a nedobrovolní klienti**

*Studijní program:*

B0923P240005 Sociální práce

*Autor práce:*

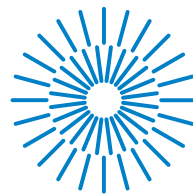
**Veronika Slabová**

*Vedoucí práce:*

PhDr. Pavel Kliment, Ph.D.

Katedra sociální práce a speciální pedagogiky

Liberec 2024



## Zadání bakalářské práce

### Peer konzultanti a nedobrovolní klienti

*Jméno a příjmení:*

**Veronika Slabová**

*Osobní číslo:*

P21000366

*Studijní program:*

B0923P240005 Sociální práce

*Zadávací katedra:*

Katedra sociální práce a speciální pedagogiky

*Akademický rok:*

2022/2023

#### **Zásady pro vypracování:**

Cíl: Popsat zkušenosti peer konzultantů s prací s nedobrovolnými klienty.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metoda: Rozhovor.

Při zpracování bakalářské práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucího práce.

*Rozsah grafických prací:*

*Rozsah pracovní zprávy:*

*Forma zpracování práce:*

tištěná/elektronická

*Jazyk práce:*

čeština

### **Seznam odborné literatury:**

DAVIDSON, L., aj., 2017. *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení: nástroje transformace péče o duševní zdraví*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-906574-0-3.

MAHROVÁ, G., aj., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, O., 2022. *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1952-1.

RIDGWAY, P., aj., 2014. *Cesty k zotavení*. Lawrence: University of Kansas School of Social Welfare. ISBN 978-1-50317191-6.

ÚLEHLA, I., 2007. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. 3. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-86429-36-6.

*Vedoucí práce:*

PhDr. Pavel Kliment, Ph.D.

Katedra sociální práce a speciální pedagogiky

*Datum zadání práce:*

21. června 2023

*Předpokládaný termín odevzdání:* 26. dubna 2024

L.S.

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.  
děkan

Mgr. et Mgr. Lenka Nádvorníková,  
Ph.D.  
garant oboru

## Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu bakalářské práce PhDr. Pavlu Klimentovi, Ph.D. za příjemnou spolupráci a konzultace, cenné rady a vstřícnost, které se mi při psaní práce dostávalo.

Poděkování patří také organizace Fokus Mladá Boleslav z.s., jejímu vedení a mým kolegům za podporu, kterou mi po celou dobu studia poskytovali.

Za značnou podporu děkuji také své rodině.

Mnohokrát děkuji všem respondentům za jejich otevřenost, s jakou k rozhovorům přistupovali a s jakou sdíleli své pracovní zkušenosti i životní příběhy.

## **Anotace**

Tato bakalářská práce se zabývá prací peer konzultantů center duševního zdraví s nedobrovolnými klienty. Autorka si klade za cíl popsat zkušenosti peer konzultantů s prací s nedobrovolnými klienty.

V teoretické části je představeno několik stěžejních témat. Prvním z nich jsou peer konzultanti. Čtenář se může seznámit s historií této pozice v České republice, se způsobem vzdělávání zájemců o tuto pozici a se specifiky jejich práce. Představen je také koncept zotavení (recovery), který tvoří základ moderního přístupu k léčbě duševních onemocnění v centrech duševního zdraví. Téma nedobrovolných klientů je poněkud širší a méně jednoznačné, proto jsou představena pojetí několika autorů a závěrem vytvořena syntéza jejich poznatků. Poslední kapitola teoretické části se zabývá propojením peer konzultantů a nedobrovolných klientů.

V úvodu empirické části je popsána metodologie a průběh průzkumu. S ohledem na průzkumné téma byla zvolena kvalitativní metoda a byly realizovány polostrukturované rozhovory s šesti respondenty. Metoda průzkumu byla značně inspirovaná metodou zakotvené teorie.

Výsledky průzkumu jsou interpretovány v páté kapitole. Čtenář je v ní seznámen se základními kategoriemi, které se k tématu vážou a jejich vzájemným propojením. V poslední kapitole najde čtenář shrnutí výsledků průzkumu, jeho limity, další doporučení a přínos, který může tato bakalářská práce pro praxi sociální práce mít.

Během průzkumu se ukázalo, že peer konzultanti mají s nedobrovolnými klienty zkušenosti spíše okrajové, ve větší míře pracují s klienty dobrovolnými. Při bližším pohledu na zkušenosti s prací s nedobrovolnými klienty bylo zjištěno, že taková práce se v základu příliš neliší od práce s klienty dobrovolnými. V každé spolupráci se objevují stejné klíčové prvky, kterými jsou vztah (a jeho navazování), důvěra, partnerský přístup a sdílení vlastního příběhu.

## **Klíčová slova**

peer konzultant, nedobrovolný klient, centrum duševního zdraví, duševní onemocnění

## **Annotation**

This bachelor thesis deals with the work of peer consultants of mental health centres with involuntary clients. The author aims to describe experiences of peer consultants in working with involuntary clients.

In the theoretical part, several crucial topics are introduced. The first of these are peer consultants. The reader can acquaint themselves with the history of this position in the Czech Republic, the method of educating those interested in this position, and the specifics of their work. The concept of recovery is also introduced, which forms the basis of the modern approach to treating mental illnesses in mental health centres. The topic of involuntary clients is rather broader and less straightforward, therefore the concepts of several authors are presented, and a synthesis of their findings is provided in conclusion. The last chapter of the theoretical part deals with the connection between peer consultants and involuntary clients.

In the opening of the empirical part, the methodology and the process of the survey are described. Considering the research topic, a qualitative method was chosen, and semi-structured interviews were conducted with six respondents. The survey method was significantly inspired by the method of grounded theory.

The survey results are interpreted in the fifth chapter. The reader is acquainted with the basic categories related to the topic and their interconnections. In the final chapter, the reader will find a summary of the survey results, its limitations, further recommendations, and the contribution that this bachelor thesis can have for social work practice.

During the survey, it became apparent that peer consultants have rather marginal experiences with involuntary clients, while they predominantly work with voluntary clients. Upon closer examination of their experiences with involuntary clients, it was found that such work fundamentally does not differ significantly from working with voluntary clients. In every collaboration, the same key elements emerge, namely the relationship (and its establishment), trust, a collaborative approach, and sharing one's own story.

### **Key words**

peer consultant, involuntary client, mental health centre, mental illness

## Obsah

Seznam použitých zkratk.....	10
Úvod.....	11
Teoretická část.....	13
1 Peer konzultanti.....	14
1.1 Historie.....	14
1.2 Zotavení .....	16
1.3 Role peer konzultantů ve službách péče o duševní zdraví.....	18
1.4 Specifika vztahu peer konzultantů a klientů .....	19
2 Nedobrovolní klienti .....	20
2.1 Iniciátor kontaktu klienta se službou .....	20
2.2 Míra nedobrovolnosti.....	21
2.3 Důvody odmítání spolupráce .....	22
2.4 Způsoby práce s nedobrovolnými klienty.....	22
2.4.1 Nedobrovolní klienti v pojetí systemického přístupu.....	24
2.4.2 Motivační rozhovory .....	25
2.5 Nedobrovolní klienti center duševního zdraví.....	26
2.6 Syntéza teoretických východisek.....	27
3 Peer konzultanti a nedobrovolní klienti .....	28
Empirická část.....	30
4 Metodologie průzkumu .....	31
4.1 Cíl průzkumu .....	31
4.2 Metoda sběru dat.....	31
4.3 Metoda analýzy dat.....	31
4.4 Průzkumný vzorek .....	32
4.5 Průběh průzkumu .....	32
4.6 Etika průzkumu.....	34



5	Interpretace dat.....	35
5.1	Představy o pojmu nedobrovolný klient .....	35
5.1.1	Pojetí nedobrovolnosti.....	35
5.1.2	Důvody odmítání .....	36
5.2	Přímá práce peer konzultantů s nedobrovolnými klienty .....	36
5.2.1	Peer konzultanti bez zkušenosti s prací s nedobrovolnými klienty .	37
5.2.2	Peer konzultanti se zkušeností s prací s nedobrovolnými klienty ...	38
5.2.3	Vztah a jeho navazování.....	39
5.3	Nepřímá práce peer konzultantů s nedobrovolnými klienty .....	39
5.4	Vlastní zkušenost s rolí nedobrovolného klienta .....	41
6	Shrnutí.....	43
6.1	Diskuze .....	43
6.2	Resumé.....	45
6.3	Limity průzkumu .....	46
6.4	Doporučení.....	46
6.5	Přínos .....	47
	Závěr.....	48
	Použité zdroje.....	49

## **Seznam použitých zkratk**

CDZ – Centrum duševního zdraví

CRPDZ – Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

KBT – Kognitivně-behaviorální terapie

MR – Motivační rozhovory

## Úvod

System péče o duševní zdraví v České republice prochází v posledních deseti letech zejména díky Reformě péče o duševní zdraví významnými změnami. Mezi hlavní body, které Reforma zmiňuje, patří mimo jiné (1) péče zaměřená na zotavení, (2) plnohodnotné zapojování uživatelů péče do všech podstatných rozhodovacích procesů, které se péče o duševní zdraví týkají, a (3) asertivní přístup, který by měl zajistit adekvátní péči i pro osoby, které samy aktivně pomoc nevyhledají (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, s. 7). Všechny tři výše uvedené body se vzájemně doplňují a setkávají ve zcela novém typu služeb, jakým jsou centra duševního zdraví.

Nezpochybnitelnou výhodou center duševního zdraví jsou jejich multidisciplinární týmy, které zahrnují kromě odborníků z řad psychiatrů, psychologů, zdravotních sester nebo sociálních pracovníků také peer konzultanty. Právě peer konzultanti jsou vybaveni jedinečným pracovním nástrojem, kterým příslušníci ostatních profesí nedisponují. Tím nástrojem je vlastní zkušenost s duševním onemocněním.

Mezi lidmi s duševním onemocněním je část těch, kteří si svou nemoc neuvědomují, nevidí, že jim způsobuje určité problémy, a tím pádem nejsou motivováni k nějaké změně. Na pomáhající organizace se v takových případech s žádostí o pomoc obrací nejčastěji rodina nebo lidé z blízkého okolí, kteří problémy vidí a chtějí nemocnému člověku pomoci. Před odborníky pak stojí nelehký úkol – navázat s klientem takový vztah, který by umožnil zahájit nějakou spolupráci, anebo ještě lépe – zahájit proces zotavení. Nositelem zotavení v multidisciplinárních týmech jsou právě zmínění peer konzultanti.

V této práci se autorka zabývá právě spojitostí mezi peer konzultanty a nedobrovolnými klienty. V odborné literatuře není pojem „nedobrovolný klient“ jednoznačně definován, někteří autoři dokonce existenci tzv. nedobrovolných klientů zcela popírají. Autorka se tedy v teoretické části pokusí prostřednictvím syntézy teoretických východisek o takovou definici, která by odpovídala předmětu jejího průzkumu. Celá práce se bude zaměřovat pouze na práci peer konzultantů pracujících v centrech duševního zdraví, nikoliv v lůžkových zařízeních. Během hospitalizace totiž dostává nedobrovolnost ještě zcela jiný rozměr a zkoumání obou jevů zároveň – tedy nedobrovolnost klientů v lůžkových zařízeních a v domácím prostředí – by dalece přesáhlo zadaný rozsah této bakalářské práce.

Vzhledem k výše uvedenému byl cíl této práce stanoven následovně: Popsat zkušenosti peer konzultantů s prací s nedobrovolnými klienty. Dostupná literatura mnohdy

hovoří o tom, že vztah mezi klientem a peer konzultantem je něčím specifický a liší se od vztahu, který s klientem vytváří příslušníci ostatních profesí. V kombinaci se zkušenostmi, které autorka doposud získala při své práci s osobami s duševním onemocněním, se zdá téma práce peer konzultantů s nedobrovolnými klienty poměrně zajímavé a neprobádané. Jedním z důvodů může být bezpochyby fakt, že samotná pozice peer konzultanta ve službách pro osoby s duševním onemocněním v České republice nemá příliš dlouhou historii. I to bylo pro autorku jedním z impulzů ke zvolení daného tématu bakalářské práce.

S ohledem na průzkumný cíl budou v teoretické části představena zejména následující témata: peer konzultanti v centrech duševního zdraví a nedobrovolnost klientů, se kterou úzce souvisí i téma asertivního kontaktování. V empirické části potom autorka představí vedle zvolené metodologie i výsledky průzkumu, který probíhal formou rozhovorů s peer konzultanty center duševního zdraví. V závěru práce autorka nastiňuje témata pro další průzkumy, které by na výsledky této práce mohly navazovat a věnovat se zvolenému tématu nebo jeho části podrobněji.

Výsledky průzkumu poodhalují, co se v práci peer konzultantů s nedobrovolnými klienty daří a proč. Mohou podpořit peer konzultanty v tom, aby do práce s nedobrovolnými klienty vstupovali a mohou také podpořit týmy v tom, aby se do takové práce nebály své peer konzultanty zapojovat.

Poznámka ke zvolené terminologii: V práci je používán jak pojem duševní onemocnění, tak duševní porucha. Termín porucha (angl. disorder) je preferován v případě, kdy se mluví o konkrétní nemoci nebo diagnóze. S tímto termínem pracuje podobně i 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která ho používá jako součást pojmenování jednotlivých diagnóz (např. porucha osobnosti, bipolární afektivní porucha, schizoafektivní porucha). Termín onemocnění (angl. illness nebo disease) je v praxi užíván například k vymezení cílové skupiny center duševního zdraví, kterou tvoří osoby s SMI – Severe mental illnesses (závažná duševní onemocnění). V této bakalářské práci je používán v širším kontextu, v případě, kdy není podstatné, jaká je konkrétní diagnóza – tedy zejména v praxi sociální práce. Autorka se více přiklání právě k používání termínu onemocnění a to zejména z toho důvodu, že pro téma bakalářské práce nejsou podstatné konkrétní diagnózy, ale obecně skutečnost, že se daného člověka nějaké duševní onemocnění týká.

# **Teoretická část**

# 1 Peer konzultanti

Pojem peer konzultant je v oblasti péče o duševní zdraví již zažitý, mezi laickou veřejností tomu tak ale není. Samotné slovo „peer“ lze do češtiny přeložit jako „vrstevník“ (Hegerová aj. 2005, s. 516), přičemž označuje příslušnost k různým skupinám, které mají společné určité rysy (věk, místo bydliště i nemoc) (Foitová aj. 2016, s. 7). Toto slovo se často objevuje ve slovním spojení „peer support“, ekvivalentem tohoto výrazu v češtině je „vzájemná podpora“. Ta se může týkat např. vzájemné podpory mezi studenty, mezi kolegy v práci, mezi ženami se zkušeností s domácím násilím, mezi sportovci apod. Princip vzájemné podpory je využíván také v různých svépomocných skupinách (Bútora 2017).

V oblasti péče o duševní zdraví jsou peer konzultanti (někdy také označování jako peer pracovníci) *lidé s žitou zkušeností duševního onemocnění, kteří používají tuto zkušenost k podpoře dalších klientů a posilování jejich naděje* (Foitová aj. 2016, s. 7). Peer konzultanti jsou v této oblasti považováni za odborníky, jsou zaměstnaní v organizacích poskytujících služby osobám s duševním onemocněním a jsou plnohodnotnými členy týmu.

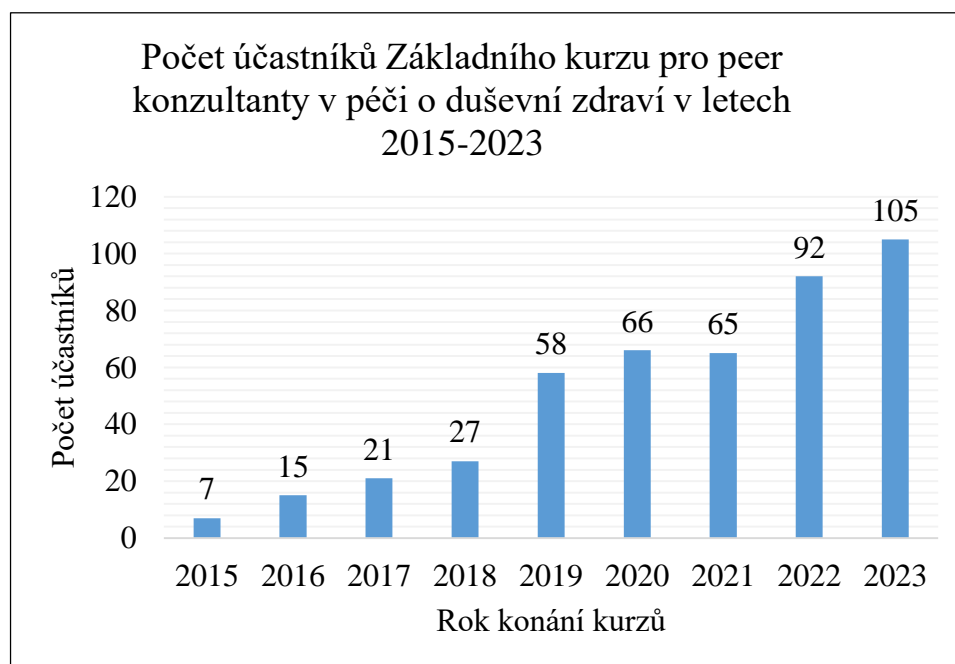
*Peer podpora je založena na přesvědčení, že lidé, kteří čelili nepřízní osudu, vydrželi je a překonali je, mohou nabídnout užitečnou podporu, povzbuzení, naději a možná i mentorství ostatním, kteří čelí podobným situacím* (Davidson aj. 2006, s. 443).

## 1.1 Historie

Snahy o vzájemnou pomoc a podporu byly patrné odedávna. Americký psychiatr Harry Stack Sullivan najímal zotavující se osoby jako pomocníky pro své ústavní oddělení již ve 20. letech 20. století (Davidson aj. 2006, s. 443). Jednalo se ale spíše o výjimku. Ucelenější představy o tom, že lidé se zkušeností se závislostí, traumatem, rakovinou nebo dalšími vážnými potížemi mohou nabídnout naději, podporu a povzbuzení lidem, kteří se nachází v podobné situaci, lze vysledovat zhruba do začátku 90. let. Tyto rané snahy o zapojení lidí se zkušeností byly iniciovány profesionály, nicméně už v 70. letech začala vznikat různá patientská hnutí, jejichž členové, kteří se sami nazývali ex-pacienty, ex-chovanci, přeživšími nebo uživateli psychiatrické péče, lobovali za reformu ve změně péče o duševní zdraví a za odstranění diskriminace, kterou na vlastní kůži zažili (Davidson aj. 2017, s. 26).

V České republice hraje nejvýznamnější roli v tématu peer konzultantů Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Právě CRPDZ realizovalo v letech 2012–2014 projekt Zapojování peer konzultantů do péče o duševně nemocné (Evropský sociální fond 2012). V rámci projektu bylo vytvořeno prvních deset pracovních pozic pro peer konzultanty v České republice a byli vyškoleni první zájemci o tuto pozici. Po dobu prvních dvanácti měsíců byla jim a organizacím, ve kterých pracovali, v rámci tohoto projektu poskytována potřebná podpora (Foitová aj. 2016, s. 7). Počátky zapojení peer konzultantů do komunitní péče mohly být vnímány jako rozpačité – náplň jejich pozice se tvořila „za pochodu“, některé týmy pociťovaly určitý ostych nebo obavy a někdy nevěděly, jak k sobě peera přijmout. Postupně se ale role peer konzultantů v týmech vyjasňovala a na konci ročního programu měla většina organizací zájem o to, aby byl peer konzultant i nadále jejich součástí (s. 41–43).

S koncem projektu nicméně podpora peer konzultantů neskončila, projekt naopak znamenal její začátek. Od roku 2015 poskytuje Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví Základní kurz pro peer konzultanty v péči o duševní zdraví, který do roku 2023 absolvovalo více než 450 osob. V roce 2023 byl tento kurz otevřen devětkrát (CRPDZ 2024).



Graf 1: Počet účastníků kurzu

CRPDZ se věnuje také podpoře týmů, které do svých řad peer konzultanty přijímají a realizuje rovněž několik dalších kurzů souvisejících s peerstvím. Jedná se například o kurzy *Jak připravit týmy sociálních služeb na zapojení peer konzultanta* a *Jak rozumět profesi peer konzultanta z hlediska hodnot a dovedností: tipy pro praxi*, (CRPDZ 2023, CRPDZ 2024).

V současné době už jsou peer konzultanti považováni za standard a jsou součástí většiny týmů sociální rehabilitace v ČR (CRPDZ 2023). Nástroje Reformy péče o duševní zdraví již považují peer pracovníky za běžnou součást týmů CDZ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2020). Vývoj situace související s peer konzultanty vystihuje Říčan aj. (2022, s. 352): *Zkušenost s uzdravováním z nemoci je stále více uznávána jako expertní znalost, kterou je možné využít při pomoci někomu jinému.*

## 1.2 Zotavení

V oblasti duševního zdraví se čím dál méně používá pojem vyléčení (který evokuje absenci příznaků nemoci) a nahrazuje ho pojem zotavení.

*Zotavení v kontextu duševního zdraví je proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít uspokojivý život přes všechna omezení způsobená nemocí. (...) Systém péče o duševní zdraví založený na konceptu zotavení předpokládá, že zotavení může nastat bez odborného zásahu, vyžaduje podporu od lidí zvenčí a může nastat i když se symptomy vrací (Anthony 1993, s. 11).*

Pojem zotavení (anglicky recovery) v souvislosti s duševním zdravím je u nás pojmem poměrně novým, v zahraničí se s ním pracuje již zhruba 40 let. Pojem vznikl původně v prostředí léčby závislostí a do oblasti duševních onemocnění se dostal později (Probstová a Pěč 2014, s. 214). Jedná se o přesvědčení, že i s vážným duševním onemocněním může člověk žít naplňující a spokojený život. Koncept zotavení a jeho zavádění do praxe znamenalo v péči o duševní zdraví zásadní změnu úhlu pohledu.

Je třeba rozlišovat mezi klinickým a osobním zotavením. Zatímco klinické zotavení je charakterizováno měřitelnými znaky (např. absence symptomů a potřeby medicíny, uspokojivé vztahy a zaměstnání) a lze poměrně konkrétně určit bod, kdy ho člověk dosáhl, v souvislosti s osobním zotavením hovoříme spíše o obsáhlém, individuálním a kontinuálním procesu (Foitová aj. 2016, s. 12; Říčan aj. 2022, s. 351). Pro účely této bakalářské práce je pojmem zotavení myšleno právě osobní zotavení. Pro lepší představu



uvádíme, kromě nejznámější Anthonyho definice v úvodu této podkapitoly, i několik dalších definic:

*Osobní zotavení je cesta, životní postoj, přesvědčení, víra, je to objevování životní pohody a lásky k životu i se symptomy a občasným zhoršením stavu* (Foitová aj. 2016, s. 12).

*Zotavení je proces klientova osobního rozvoje* (Hollander a Wilken 2016, s. 190).

*Zotavení klade důraz spíše na přednosti klienta než na jeho zranitelnost* (Trotter 2023, s. 42).

Pojem zotavení tak, jak je vnímán v oblasti duševního zdraví, reaguje na klinické postupy, podle kterých je třeba se věnovat nejdříve léčbě nemoci a potom, co je léčba zdárně dokončena, se lze věnovat oblastem, které lze zařadit do kategorie „osobní růst a rozvoj“. Následně je možné dosáhnout zotavení, které je v klinické rovině vnímáno jako cíl. Na rozdíl od klasických klinických postupů se v souvislosti s osobním zotavením mluví i o objevování a posilování vlastních silných stránek a zájmů (Davidson aj. 2017, s. 28). Ridgway aj. (2014, s. 11) a Hollander a Wilken (2016, s. 190) dokonce vnímají vnitřní rozvoj jako samotnou podstatu zotavení. Z výše uvedeného vyplývá, že osobní zotavení je spíše než jako cíl, vnímáno jako proces.

Davidson aj. (2017, s. 35) a Říčan aj. (2022, s. 351) také vysvětlují, že k zotavení nestačí, aby byl člověk pouze „spolupracujícím pacientem“ a přijímal péči, kterou mu poskytnou odborníci. Popisují, že právě sám člověk s onemocněním je za své zotavení zodpovědný – ani lékaři, ani jiní profesionálové nebo blízké osoby, ale sám člověk s onemocněním. *O zotavení je nutno usilovat, nedostaví se samo jen díky farmakologické či jiné léčbě* (tamtéž). Pod pojmem zotavení si lze představit vše, co člověk dělá proto, aby zvládal život i s přítomnou nemocí.

Duševní onemocnění obecně je někdy hůře pochopitelné, protože „není vidět“. Pro lepší představu může pomoci Davidson (2017, s. 29), který popisuje zotavení na příkladu paraplegika – takový člověk si svou situaci nevybral, přesto přijal nemoc a začal žít. Nečeká, až se mu vrátí pohyblivost, ale pustí se do zařizování několika věcí, které mu návrat k aktivitám umožní. To celé s vědomím toho, že život nebude stejný jako před onemocněním. Obdobně lze přistupovat i k duševnímu onemocnění.

Za hlavní hnací sílu zotavení považuje Davidson (2017, s. 35) úsilí člověka, jeho energii, zájmy a především naději. Právě peer konzultanti jsou někdy označováni za „nositele naděje“ a také za nositele celého konceptu zotavení. Na peer konzultantech mohou nejen klienti, ale i další odborníci – jejich kolegové – vidět, že zotavení je možné (Foitová aj. 2016, s. 10–11). Neznamená to ale, že peer konzultanti již k zotavení došli – jak již bylo napsáno, zotavení není cíl, ale proces. Samotní peer konzultanti nadále zotavením prochází a právě to může ostatní klienty inspirovat. Hodí se také dodat, že samotné peerství, tedy skutečnost, že člověk pracuje jako peer konzultant, může jeho zotavení nadále podporovat (Ridgway P. aj. 2014, s. 372–379; Foitová 2016, s. 15).

### **1.3 Role peer konzultantů ve službách péče o duševní zdraví**

Po skončení projektu CRPDZ byli peer konzultanti zaměstnáváni v týmech sociální rehabilitace v různých organizacích. S nástupem Reformy péče o duševní zdraví bylo množství těchto týmů přetransformováno na centra duševního zdraví a i v jejich multidisciplinárních týmech se s peer konzultanty počítalo a počítá. Peer podpora je zároveň jedním z principů, kterými by se centra duševního zdraví měla řídit (Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2020, s. 4–6).

Peer konzultanti jsou plnohodnotnými členy týmu a mají v něm své místo. Nejsou tedy dobrovolníky, ale zaměstnanci organizace a za svou práci dostávají mzdu. Mají přístup k veškeré dokumentaci, jsou přítomni na týmových poradách. Jejich role se liší od práce sociálních pracovníků nebo sester například tím, že peer konzultant zpravidla není klíčovým pracovníkem nebo case managerem pracujícím s jasně vymezeným okruhem klientů. Jsou nositeli naděje a zotavení. Jejich práce se odehrává ve vztahu s klienty, s jejich blízkými osobami a zároveň s dalšími odborníky-kolegy v týmu (Foitová aj. 2016, s. 10–18). Do interakcí s klienty anebo jejich blízkými vstupuje peer konzultant samostatně nebo společně s dalšími kolegy, s jedním klientem nebo se skupinou klientů. Ve vztahu k dalším odborníkům – nejčastěji kolegům – plní důležitou roli např. při týmových poradách nebo intervizích. Týmu může nabízet pohled z druhé strany, z pozice někoho, kdo žije s duševním onemocněním a možná byl v podobných situacích, ve kterých jsou zrovna teď klienti organizace. Zároveň poskytuje ostatním odborníkům zpětnou vazbu týkající se jejich práce s klienty a přístupu k nim (s. 25–26).

## 1.4 Specifika vztahu peer konzultantů a klientů

Již v průběhu projektu se ukázalo, že vztah peer konzultanta s klientem má jistá specifika, v porovnání s dalšími pomáhajícími pracovníky se v něčem liší. Existují zkušenosti, podle kterých klienti peer konzultantovi více věří, jsou jeho příběhem motivováni a cítí od něho více porozumění (Foitová aj. 2016, s. 32). Ukazuje se, že peer konzultanti mohou být přínosem v situacích, kdy se týmu nedaří navázat s klientem spolupráci: *Získali jsme nové klienty, které bychom možná neměli, našli si cestu k některým, kdo s námi nechtěli spolupracovat.* (s. 34). Právě na tyto situace se zaměří tato bakalářská práce.

Dle Davidsona (2006, s. 445–488) se podpora od peer konzultantů nachází někde uprostřed na kontinuu od vzájemné nebo přátelské pomoci po pomoc jednostrannou nebo profesionální. To potvrzuje i tvrzení, že vztah peer konzultantů s klienty se od vztahu jiných profesionálů s klienty poněkud liší. Tuto skutečnost zmiňují i Veldhuizen a Bähler (2017, s. 26), kteří vnímají, že peer konzultant může působit i jako tlumočnick mezi klientem a pracovníkem. Někteří peer konzultanti zapojení do pilotního projektu například uvedli, že klienti jim více věří a vnímají, že jim porozumí lépe než jiní pomáhající profesionálové (Foitová aj. 2016, s. 32). Jedná se o kvalitu, která je užitečná při práci s jakýmkoliv klientem, tedy i s tím, kterého lze označit za nedobrovolného.

## 2 Nedobrovolní klienti

Pojem *nedobrovolný klient* nemá jednu jasnou definici a je proto třeba ho uvést do širšího kontextu.

Jako negativní vymezení pojmu nedobrovolný klient lze v úvodu uvést Rooneyho definici dobrovolného klienta jako toho, kdo *nezažívá vnější tlak na účast ve službách a může si vybrat pomáhající osoby nebo je „propustit“, pokud služby nejsou přijatelné* (Rooney a Mirick 2018, s. 18). Velmi zjednodušeně lze říci, že kdo neodpovídá této definici, je klientem nedobrovolným.

Matoušek ve Slovníku sociální práce (2008, s. 111–112) zmiňuje pojmy *nedobrovolná léčba* a *nedobrovolná hospitalizace*, oba pojmy se ale vztahují k léčbě, kterou je klient povinen podstoupit na základě nařízení soudu. Člověka s duševním onemocněním se nedobrovolná hospitalizace může týkat tehdy, pokud *ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak* (Zákon č. 372/2011 Sb., § 38). V praxi se k nedobrovolné hospitalizaci přistupuje například tehdy, pokud je člověk ohrožen rizikem sebevraždy. Nedobrovolnou léčbu, resp. ochranné léčení, definuje trestní zákoník jako jedno z ochranných opatření, které se použije, pokud *pachatel trestný čin spáchal ve stavu vyvolaném duševní poruchou a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný* (Zákon č. 40/2009 Sb., § 99). Ochranné léčení může mít formu ambulantní nebo ústavní a vždy o něm rozhoduje soud.

Oba dva pojmy tak, jak jsou vysvětlené ve Slovníku sociální práce i v zákonech, se s tématem této bakalářské práce pojí spíše okrajově. Zmíněny jsou ale z toho důvodu, aby čtenář nenabyl dojmu, že právě tématem klientů v uvedených situacích se bude tato práce zabývat, jedná se o negativní definici klíčového pojmu. Nedobrovolný klient tak, jak o něm bude pojednáváno v této bakalářské práci, je pojem, který je třeba definovat s ohledem na širší kontext. Protože odborná literatura není v definici nedobrovolných klientů jednotná, bude v následující kapitole představeno několik příkladů toho, jak se k danému tématu odborníci staví.

### 2.1 Iniciátor kontaktu klienta se službou

Jedním z aspektů, které v odborné literatuře v souvislosti s pojmem nedobrovolný klient nalezneme, je fakt, že klient nepřichází do léčby ze své vlastní iniciativy.

Jacobsen (2013, s. 1) píše, že nedobrovolný klient je ten, *kdo přichází do léčby pod nátlakem právního orgánu nebo pod tlakem významných druhých, členů rodiny a institucí jako je orgán sociálně-právní ochrany dětí*. Trotter (2023, s. 1) popisuje několik příkladů nedobrovolných klientů a jako společný prvek uvádí, že nedobrovolní klienti si nezvolili, že budou přijímat službu, které se jim dostává. Oba zmínění autoři se ve svých dílech odkazují na Rooneyho a Mirick (2018), kteří kromě dalších definic zejména rozlišují dva druhy nedobrovolných klientů sociální práce. První skupinou jsou klienti označovaní jako „mandated“ nebo „mandatory“ (angl. povinný, nařízený; Hegerová aj. 2005, s. 432). Druhou skupinou jsou klienti označovaní jako „involuntary“ nebo „nonvoluntary“ (angl. nechtěný, nedobrovolný; Hegerová aj. 2005, s. 376).

První skupina se vyznačuje tím, že jejich spolupráce se službou byla nařízena nějakým orgánem, často soudem. Jedná se např. o podmíněně odsouzené pachatele trestných činů, kterým byl nařízen dohled probačního úředníka. Klient za probačním úředníkem následně dochází, ale ne proto, že má zájem o spolupráci nebo o nějakou změnu, ale proto, že za nedocházení mu hrozí přísnější trest. Dalším příkladem jsou již zmínění pacienti psychiatrických nemocnic, kterým bylo soudem nařízeno ochranné léčení. V těchto případech není pochyb o tom, že člověk nesetrvává ve službě dobrovolně.

Druhá skupina má s tou první některé znaky společné a v některých se liší. Společným znakem je to, že spolupráce se službou není zcela přáním klienta. Takový klient často zažívá nějaký tlak ze svého okolí, například ze strany rodiny nebo jiných blízkých osob. Může se jednat o partnera, rodiče, potomka, kamaráda apod. Tento tlak není sice podložen žádným oficiálním nařízením, což ale neznamená, že je méně nepříjemný. Jako příklad Trotter (2023, s. 2) uvádí muže, který se zapojí do programu zvládání stresu v reakci na výhrůžky své manželky, že ho opustí.

## **2.2 Míra nedobrovolnosti**

Je ale také třeba vysvětlit, že dobrovolnost klientů není černobílá, nesetkáváme se s čistě dobrovolnými nebo čistě nedobrovolnými klienty. Dobrovolnost klientů si lze představit jako kontinuum, kde na jedné straně jsou klienti, kteří mají spolupráci se službou nařízenou soudně a jsou v naprostém odporu, a na druhé straně klienti, kteří se rozhodli ke spolupráci zcela dobrovolně a ze svého vlastního rozhodnutí (Kliment 2015, s. 197). Z výše uvedeného plyne, že existují klienti spíše dobrovolní a spíše nedobrovolní. Trotter (2023, s. 2) dále uvádí, že navíc existují nedobrovolné aspekty práce s dobrovol-

nými klienty a dobrovolné aspekty práce s nedobrovolnými klienty. Jako příklad je uveden klient probační služby, který požádá svého probačního úředníka o pomoc s osobními záležitostmi (což je nad rámec povinnosti, která je mu uložena soudem).

### 2.3 Důvody odmítání spolupráce

Veldhuizen a Bähler (2017, s. 36) se zabývali metodou asertivní komunitní léčby, která je používaná v oblasti práce s lidmi s duševním onemocněním. Rozlišují „klienty odmítající léčbu“ a „rizikové klienty odmítající léčbu“. Podle nich existují dva hlavní důvody, které vedou k tomu, že klienti léčbu nebo jakýkoliv kontakt s týmem a pomáhajícími profesionály odmítají. Prvním důvodem je *nedostatečné uvědomění si nemoci anebo nedostatek náhledu na ni*, druhým je nedůvěra nebo předchozí negativní zkušenost s pomáhajícími. „Klienti odmítající léčbu“ jsou podle nich ti, kteří odmítají často kromě kontaktu s profesionály i kontakt s dalšími lidmi, ale nijak vážně se neohrožují. V takovém případě se doporučuje nabídnout takovým klientům něco, co by je mohlo zaujmout a do služeb je přivedlo, ale k ničemu je nenutit. Odlišná situace ale nastává, pokud před sebou máme „rizikové klienty odmítající léčbu“. O takových klientech mluvíme tehdy, když výrazně zanedbávají péči o sebe nebo ohrožují sebe nebo své okolí, pak je třeba uplatnit asertivní přístup a klienty oslovovat třeba ve spolupráci s rodinou a snažit se je ke službě přivést. Primární je bezpečnost klienta a jeho okolí a tyto pokusy někdy mohou skončit např. nedobrovolnou hospitalizací, pokud se zmíněnou bezpečnost nedaří zajistit jinak.

Na základě otázek, kterým dle Trottera (2023, s. 1) čelí pomáhající profesionálové v práci s nedobrovolnými klienty na denní bázi, lze identifikovat další znaky, které takový klient naplňuje: nemá zájem o to, aby mu někdo pomohl; není motivovaný ke změně; neuvědomuje si, že má problém.

### 2.4 Způsoby práce s nedobrovolnými klienty

V následující kapitole budou nastíněny některé přístupy, které literatura uvádí v souvislosti s prací s klienty, kteří svými charakteristikami odpovídají pojmu nedobrovolný klient tak, jak je s ním pracováno v této bakalářské práci.

Mahrová a Venglářová (2008) poukazují na to, že *vždycky bude část klientů, které systém vynechá nebo oni nebudou chtít služby systému přijmout* (s. 39, 45). Důvodem, proč někteří klienti pomoc nevyhledají, může být například to, že sami své problémy nebo svá onemocnění nevidí a někdy se stane, že je dokonce nevidí ani blízké osoby – třeba

proto, že jsou příliš blízko a nemají potřebný odstup. Mahrová s Venglářovou proto využívají systém k otevřenosti a aktivnímu vyhledávání a oslovování takových klientů. Tento typ práce může být označován jako depistáž, v oblasti péče o duševní zdraví se můžeme setkat s pojmem „asertivní kontaktování“: *Jedná se o podporu a vyhledávání osob (...), které službu samy nekontaktují či ji v určité fázi (kvůli vlivu nemoci na jejich schopnost jednání a rozhodování) i odmítají, ale bez podpory se jejich situace stále zhoršuje a ony se propadávají do sociální exkluze. (...) Asertivní přístup však neznamena činnosti kroků proti vůli dané osoby, ale hledání cest, jak ji všemi možnými prostředky a přístupy ke spolupráci motivovat a podporovat její schopnosti přejímat zodpovědnost za své zotavení a pracovat s ní pak dále v partnerském způsobu spolupráce* (Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2020). Veldhuizen a Bähler (2017, s. 16) zmiňuje, že motivace pacientů někdy není dostatečně silná a je tak třeba, aby byli pracovníci *vytrvalí a přesvědčiví*. Měli by aktivně vyhledávat pacienty a pomáhat jim nalézat řešení jejich situace. Asertivní kontaktování by v ideálním případě mělo vést k partnerské spolupráci, o kterou stojí nejen pracovník, ale i klient a tedy k tomu, že se klient na škále nedobrovolný – dobrovolný posouvá směrem blíže k dobrovolnosti.

Zkoumaným tématem se zabýval také Matoušek aj. (2022, s. 28–29). Ten popisuje fázi prekontemplace, kdy klient neuvažuje o změně. Popisuje, že v takové fázi je třeba omezovat rizika, která by mohla klientovi hrozit (např. ve spojení s duševním onemocněním) a doporučuje udržovat mezi klientem a organizací kontakt, na který bude možné navázat v případě, kdy klient přejde do fáze kontemplace a bude mít o změnu výhledově zájem. V takové fázi pak Matoušek doporučuje metodu motivačních rozhovorů (více v kapitole 2.4.2).

I Davidson aj. (2017, s. 127) píše o tom, že většina klientů se závažným duševním onemocněním zpočátku na své onemocnění nemá náhled, netuší, že nějakou duševní poruchou trpí. Někdy může takový klient působit jako zdráhavý nebo odmítavý. Z hlediska přístupu orientovaného na zotavení Davidson jako první nutný krok označuje navázání vztahu pracovníka s klientem. Doporučuje, aby pracovníci (označování jako průvodci zotavením) zjišťovali klientův pohled na své potíže, to, jak je chápe a jak mu v dané situaci může být pracovník nápomocný.

Všichni výše zmínění autoři se shodují, že při práci s klienty, kteří o spolupráci se službou sami neprojeví zájem, ale dostali se do ní díky aktivitě někoho jiného, je klíčová trpělivost a respekt k tomu, že klient bude nejspíš pracovníky odmítat nebo na ně reagovat

pasivně. Je třeba brát v potaz to, že klient o pomoc v tuto chvíli a za aktuálních podmínek nestojí, a vyhodnocovat, zda a jaký zásah odborníků je tedy na místě.

#### **2.4.1 Nedobrovolní klienti v pojetí systemického přístupu**

Studenti oboru Sociální práce se při studiu jistě setkají s monografií Umění pomáhat, jejímž autorem je Ivan Úlehla, český psycholog a psychoterapeut, zakladatel Institutu pro systemickou zkušenost. Kniha vychází zejména ze systemického přístupu. Tato kapitola popíše ty prvky systemického přístupu, které s prací s nedobrovolnými klienty mohou souviset, a to způsobem, jak je popisuje právě Úlehla.

Autor se ve své publikaci zabývá tzv. principem držitele problému, který autorka bakalářské práce považuje za stěžejní i pro práci s nedobrovolnými klienty. Úlehla rozděluje klienty na ty, kteří jsou držiteli problému, a na ty, kteří držiteli problému nejsou. V souvislosti s tím rozlišuje několik tzv. základních pracovních témat. Jde o (1) zakázku, (2) stížnost a (3) návštěvu. Téma spolupráce volí pracovník společně s klientem.

O zakázku se jedná v případě, kdy klient přijde s poptávkou, pracovník dá nabídku a v místě, kde se tyto dvě skutečnosti setkají, vzniká zakázka. Na zakázce pak může klient s pracovníkem pracovat – je zřejmý společný cíl spolupráce. Předpokladem vzniku zakázky mezi klientem a pracovníkem je to, aby klient sám sebe vnímal jako někoho, kdo má v procesu řešení své místo, a aby sám stál o nějakou změnu. Jako držitel problému je v tomto případě označen klient a tak tomu rozumí jak on, tak pracovník (Úlehla 2007, s. 84).

Téma stížnosti je přítomné tehdy, pokud pracovník i klient vidí problém, možné řešení a tedy i možný cíl spolupráce, ale klient nevnímá sám sebe jako toho, kdo může na řešení pracovat. Je přesvědčen, že potíže způsobil někdo jiný a tak je také někdo jiný může odstranit. Protože v takovém případě „není držitel problému přítomen“, je smyslem spolupráce pomoci klientovi v tom, aby problém přijal za svůj a převzal i odpovědnost za jeho řešení. Když se toto podaří, může se téma spolupráce změnit ze stížnosti na zakázku (Úlehla 2007, s. 85).

Třetí téma označuje Úlehla jako návštěvu. Takové téma spolupráce vzniká tehdy, když klienta k pracovníkovi někdo poslal. Tím někým může být třeba partner, soused, nebo zaměstnavatel. Pokud tomu tak je, je typické, že se pracovníkovi a klientovi nedaří najít společný cíl, na kterém by mohli pracovat, klient popírá, že by měl nějaký problém, nebo označuje za nositele problému jinou osobu (často tu, která ho za pracovníkem poslala). Ačkoliv pohled klienta a zmíněné osoby se zpravidla liší, pracovník by se měl



zaměřit právě na to, jak vidí situaci klient, a na to, jestli se podaří nalézt oblast, na které by společně pracovat mohli (Úlehla 2007, s. 85–88).

Úlehla dále uvádí, že ve většině případů, v nichž je klient označován jako nespo-  
lupracující nebo odmítající, pracovník přiměřeně neurčil typ společného tématu mezi se-  
bou a klientem (2007, s. 87). Dále nabízí několik otázek, které může pracovník klientovi  
položít: *Kdo vám řekl, že sem máte jít? Co ho přivedlo na myšlenku, že byste sem měla  
jít? Co by ho přesvědčilo, že už sem chodit nemusíte? Jaké vaše chování by ... potřeboval  
na vás vidět, aby si pomyslel, že vám pomáháme?* Právě v případě nedobrovolných klientů  
je na místě tyto otázky klást a vyjasnit si s tím spojená témata.

Pokud je pracovním tématem návštěva, je relativně snadné sklouznout k dávání  
rad (které jsou v tu chvíli nevyžádané) nebo úkolů. Je ale třeba neustále myslet na to, že  
klient si nepřišel pro radu nebo pomoc a že jako každý jiný člověk i tento klient má právo  
si sám stanovit svůj cíl. Úlehla (2007, s. 86) uvádí: *Naše zkušenost je taková, že všichni  
klienti, kteří přijdou do naší pracovny něco chtějí, byť by to bylo jen potvrzení o návštěvě.  
Chcete-li uspět, zkoušejte hledat, co klient chce a pracujte na dosažení tohoto cíle.*

#### **2.4.2 Motivační rozhovory**

Metoda motivačních rozhovorů (MR) vychází z humanistických přístupů, jejichž  
podstatou je partnerský a respektující vztah, přijetí a empatie. Má své kořeny v 80. letech  
20. století, kdy vznikl první přehled základních principů a postupů v rámci motivačních  
rozhovorů. Je velmi rozšířená zejména v oblasti zdravotnictví, školství, léčby závislostí  
ale i mnoha dalších, dnes už se jedná o metodu rozšířenou i v oblasti sociální práce (Miller  
a Rollnick 2003, s. 45–46; Soukup 2014, s. 141). Jedná se o speciální, prakticky zaměře-  
nou metodu, která *pomáhá lidem poznat svůj existující nebo blížící se problém a něco  
s ním udělat. Je zvláště účinná v případě lidí, kteří se změnou váhají nebo jsou velmi  
nerozhodní* (Miller a Rollnick 2003, s. 46).

Motivační rozhovory jsou velmi užitečnou metodou v případě, kdy je klient v am-  
bivalentním postavení ke změně ve svém životě. Metoda pomáhá překonat člověku am-  
bivalenci a zahájit cestu směřující ke změně. V kombinaci s metodou kognitivně-behavi-  
orální terapie (KBT) se jedná o jeden z nejpoužívanějších přístupů v léčbě závislostí. Za-  
tímco KBT už předpokládá, že je klient motivován ke změně, MR pracují s již zmíněnou  
ambivalencí a snaží se o nalezení a upevnění motivace klienta. Ve zkratce lze říci, že  
motivační rozhovory hledají odpověď na otázku „proč se měnit“, zatímco kognitivně-be-  
haviorální terapie ukazuje „jak se měnit“ (Miller a Rollnick 2003, s. 47).

Jan Soukup, který je v České republice s technikou motivačních rozhovorů spojován nejčastěji, tvrdí, že většinu času se lidé dostatečně motivují sami, ať už ve vztahu ke každodenním činnostem nebo k velkým rozhodnutím, jako je například odbourání určitého zlovyku. Uvádí, že v motivačních rozhovorech nejde o to někoho namotivovat. Jde o to objevit a rozpoznat motivaci, kterou v sobě již má, a dále ji upevňovat (Táborský 2022, s. 14–15). Soukup doslova říká, že *nemotivovaný klient je mýtus, neexistuje* (2014, s. 84). Vysvětluje, že ten, kdo bývá označován za nemotivovaného klienta, často odmítá dělat a chtít to, co by dělat a chtít měl, nebo to, co po něm chce někdo druhý (ať už pracovník, nebo někdo z klientova okolí). Je třeba si uvědomit a přijmout, že *každé chování má z pohledu klienta dobrý důvod* (s. 86). Je ale zřejmé, že někdy má i pracovník dobrý důvod k tomu, aby chtěl po klientovi změnu, o kterou on sám nestojí (například tehdy, když klienta jeho stávající způsob života ohrožuje nebo když nějakým způsobem ohrožuje nebo omezuje osoby, které s ním žijí). Je nezbytné si uvědomit, že klientovi taková změna ale nedává smysl a to je právě oblast, na které lze pracovat.

První věc, o kterou se má pracovník snažit, je porozumět klientově situaci a tomu, jak on na ni nahlíží. *V práci s „nemotivovaným“ klientem je tedy podstatné kvalitní naslouchání, zájem, poskytnutí prostoru, možnost hovořit o sobě, snaha o navázání dobré spolupráce a hlavně přijetí a nehodnocení* (Soukup 2014, s. 86). V takových podmínkách má klient možnost připustit si ambivalenci a takový moment lze označit za určitý zlom v tom, zda je klient schopen o změně uvažovat a komunikovat. Pokud klient o změně ještě neuvažuje, doporučuje se postup rozvíjení rozporů. Cílem je, aby si klient uvědomil rozpor mezi tím, co říká, že chce, a tím, co doopravdy dělá. Tím, kdo klienta se zjištěním konfrontuje, ale není pracovník, ale sám klient (Miller a Rollnick 2003, s. 50–51; Soukup 2014, s. 28). Pokud se pracovník rozhodne klienta s rozporem konfrontovat sám, dočká se pravděpodobně odporu, nikoliv navázání dobrého pracovního vztahu umožňujícího spolupráci.

## **2.5 Nedobrovolní klienti center duševního zdraví**

Centrum duševního zdraví je sociálně zdravotní služba, která vznikla jako novinka v rámci Reformy psychiatrie. První centra duševního zdraví vznikla v roce 2018 (Říčan aj. 2021, s. 231). Jedním z klíčových aspektů, které je třeba zmínit, je to, že spolupráce klientů s centry duševního zdraví je dobrovolná (Fokus Mladá Boleslav 2023, Fokus Praha 2023, Centrum duševního zdraví Brno 2023, Ledovec 2023). Na první pohled se

může zdát, že téma práce se s principem nedobrovolnosti vylučuje, na následujících stránkách (zejména v empirické části práce) ale zjistíme, že zdaleka nelze dojít k tak jednoznačnému závěru a že i v tomto typu služby se lze setkat s klienty, kteří některé ze znaků nedobrovolných klientů naplňují.

Z praxe vyplývá, že i v centrech duševního zdraví se pracovníci setkávají s klienty, kteří sice formálně spolupracují, např. mají se zařízením sepsanou smlouvu o poskytnutí sociální služby, existuje jejich individuální plán, ale z průběhu spolupráce je patrné, že klient není tím, kdo má o službu zájem a často není k nějaké změně motivován.

Jednou z činností, kterou centra duševního zdraví vykonávají, je i asertivní vyhledávání a kontaktování (zmiňované již v kapitole 2.4). Z toho vyplývá, že pomáhající profesionálové z řad pracovníků CDZ ne vždy čekají se zahájením poskytování služby až na dobu, kdy je klient osloví s žádostí o spolupráci. V odůvodněných případech je poskytování služby zahájeno i na základě doporučení jiné osoby. Děje se tak zejména pokud klient nemá na své onemocnění anebo na svou situaci náhled.

## **2.6 Syntéza teoretických východisek**

Na základě studia odborné literatury autorka bakalářské práce identifikovala několik rysů, které autoři v souvislosti s nedobrovolnými klienty uvádějí.

Naprostá většina autorů uvádí, že tím, kdo inicioval kontakt klienta se službou, nebyl klient sám, ale někdo z jeho okolí, případně jiná instituce. Nedobrovolnost je vnímána jako určité kontinuum, kde na jedné straně jsou klienti, kteří mají spolupráci se službou někým nařízenou a na druhé straně klienti, kteří se rozhodli ke spolupráci zcela dobrovolně a ze svého vlastního rozhodnutí. Dalším společným rysem je, že klienti léčbu odmítají, případně aktivně nevyhledají. Klienti nemají náhled na své onemocnění nebo na své problémy nebo si neuvědomují jejich přítomnost. Někteří klienti si jsou svého onemocnění vědomi, ale nechťejí problém řešit, případně nejsou zcela rozhodnutí, zda o nějakou životní změnu budou usilovat. Dle některých autorů hraje kromě nedostatku náhledu roli také určitá nedůvěra v pomáhající profesionály. Ta může pramenit buď ze špatné zkušenosti nebo z předsudků, které se se stigmatem duševního onemocnění nebo psychiatrie obecně pojí.

### 3 Peer konzultanti a nedobrovolní klienti

V následující kapitole se autorka zaměří na nalezení možných souvislostí mezi prací peer konzultantů s nedobrovolnými klienty. V odborné literatuře neexistuje příliš zdrojů, které by se tématem zajímaly v takovém slova smyslu, jako se jím zabývá tato práce. Přesto však existuje několik málo zdrojů, které toto téma zachycují.

Veldhuizen a Bähler (2017, s. 36) zmiňují, že peer konzultant může hrát důležitou roli v navazování kontaktu s klienty, kteří spolupráci odmítají nebo aktivně nevyhledávají.

Zmínku o práci peerů s nedobrovolnými klienty lze nalézt už ve výstupu z pilotního projektu (Foitová aj. 2016). Jednak zde najdeme doporučení, *že podpory peer konzultanta můžeme využít, pokud klient nereaguje na léčbu nebo si udržuje od léčebného týmu odstup (v současnosti, ale i v minulosti), pokud má negativní zkušenosti s poskytovatelem léčby nebo pokud se cítí být obětí situace a naopak mu chybí pocit, že je schopen převzít odpovědnost a mít sám vliv* (s. 24). Týmy, které byly do projektu zapojené, se snažili využít peera v situacích, kdy se sociálním pracovníkům nedařilo navázat s klientem kontakt. Všimly si, že díky peer konzultantům si k nim našli cestu i klienti, kteří s nimi dříve nechtěli spolupracovat (s. 34, 39).

K podobnému výsledku došla organizace Fokus Vysočina, která realizovala projekt Asertivní kontaktování na Hlinecku. Cílem projektu bylo *zvýšení funkčnosti poskytované péče o duševně nemocné*. Součástí projektu bylo zapojení peer konzultanta, který společně se sociálním pracovníkem asertivně kontaktoval potenciální klienty, kteří mimo jiné nebyli motivováni ke spolupráci s odborníky (Fokus Vysočina 2020).

Davidson aj. (2006, s. 448–449) nastiňují několik studií, které byly v této oblasti realizovány. Některé z nich neukázaly významný rozdíl mezi prací peer konzultantů a ostatních odborníků case managementových týmů, jedna z nich nicméně na určité rozdíly poukázala. Do této studie bylo zapojeno celkem 137 participantů, kteří byli příjemci služeb metodou case managementu s nebo bez benefitu peer specialisty. V rámci studie proběhly s participanty rozhovory na začátku spolupráce a následně šest a dvanáct měsíců po jejím zahájení. Hlavním výstupem studie bylo to, že participanti v experimentální skupině, kteří spolupracovali s peer specialisty a kteří byli na začátku označeni za nejméně angažované, vykazovali v prvních šesti měsících výrazný vzestup v četnosti kontaktů v porovnání s poklesem počtu kontaktů v kontrolní skupině. Participanti z experimentální skupiny uváděli, že cítili větší přijetí a porozumění ze strany poskytovatelů v porovnání

s participanty z kontrolní skupiny, nicméně tento efekt byl patrný pouze po šesti měsících, nikoliv už po dvanácti měsících. Ti participanti, kteří uváděli větší pocit přijetí a porozumění, byli po dvanácti měsících spolupráce více motivovaní k léčbě a častěji využívali možnosti účasti například ve skupinách Anonymních alkoholiků a narkomanů.

Jako shrnutí studie autoři uvádí fakt, že peer pracovníkům se daří navázat kvalitnější podpůrný vztah s klienty brzy po zahájení spolupráce. Tento rozdíl oproti ostatním odborníkům ale postupem času vymizí – i case managerům bez vlastní zkušenosti s duševním onemocněním se později daří navázat s klienty kvalitní podpůrný vztah. Důležité je také podotknout, že fakt, že někdo prochází zotavením z vážného duševního onemocnění, nám neříká mnoho o tom, jakým způsobem bude fungovat v roli poskytovatele služby ani o tom, jakou povahu budou mít vztahy, které rozvine s klienty na základě své vlastní zkušenosti.

# **Empirická část**

## 4 Metodologie průzkumu

Následující kapitola má za cíl popsat co nejpodrobněji metodologii průzkumu.

### 4.1 Cíl průzkumu

Hlavním cílem této bakalářské práce je popsat zkušenosti peer konzultantů s prací s nedobrovolnými klienty. Autorka si stanovila čtyři oblasti, na které se průzkum zaměřuje: (1) představy o pojmu nedobrovolný klient, (2) přímá práce peer konzultantů s nedobrovolnými klienty, (3) nepřímá práce peer konzultantů s nedobrovolnými klienty a (4) vlastní zkušenost s rolí nedobrovolného klienta.

### 4.2 Metoda sběru dat

Data byla získána formou polostrukturovaných rozhovorů (Hendl používá označení „rozhovor pomocí návodu“), přičemž struktura byla tvořena právě čtyřmi oblastmi uvedených v kapitole 4.1. Tato metoda sběru dat *se vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací* (Hendl 2005, s. 164). Tazateli ponechává volnost v tom, v jakém pořadí se bude na jednotlivé oblasti doptávat i v tom, jak formulaci jednotlivých otázek přizpůsobí aktuální situaci. Díky stanoveným kategoriím je ale stále zachována určitá základní struktura, která následně usnadňuje proces analýzy získaných dat. Takto vedený rozhovor tazateli poskytuje prostor pro uplatnění vlastní perspektivy a zkušenosti (Hendl 2005, s. 174).

Rozhovory byly realizovány osobně a byly zaznamenávány formou audionahrávek na dvě nezávislá zařízení (mobilní telefon a diktafon). Následně byly nahrávky přepsány do textového editoru, vytištěny a analyzovány.

### 4.3 Metoda analýzy dat

Analýza dat a v širším slova smyslu i celý průzkum byly významně inspirovány kvalitativní metodou zakotvené teorie. Ta se ukazuje jako užitečná zejména v oblastech výzkumu, které jsou málo teoreticky zpracované (Hendl 2005, s. 125). Pracovat dle zakotvené teorie neznamená vzít teorii a ověřovat ji. Postup je opačný – na základě zkoumání určité oblasti teprve teorie vzniká (Strauss a Corbin 1999, s. 14).

V rámci průzkumu k této bakalářské práci proběhly tři vstupy do terénu za účelem získání dat pomocí rozhovorů. Na bázi otevřeného kódování byly v rozhovorech jednotlivé části označovány pojmy, které byly následně shromažďovány do kategorií.

## 4.4 Průzkumný vzorek

Respondenti byli vybráni z řad peer konzultantů pracujících v centrech duševního zdraví v České republice. Byli vybráni pracovníci, kteří byli pro autorku dosažitelní (zejména z hlediska místního). Jednalo se o peer konzultanty ze čtyř center duševního zdraví nacházejících se ve dvou různých krajích. Tato zařízení jsou zřizována dvěma různými organizacemi. Z tohoto ohledu nelze považovat vzorek za příliš heterogenní a je tedy nutné počítat s rizikem možného zkreslení například vlivem firemní kultury v jednotlivých organizacích.

Rozhovor poskytlo pět žen a jeden muž. Z důvodu zachování anonymity bude v textu použito generické maskulinum (peer konzultant, pracovník, respondent). Do tvaru generického maskulina budou ze stejného důvodu upraveny i přímé citace z rozhovorů.

Autorka záměrně neoslovila s žádostí o poskytnutí rozhovoru peer konzultanty z centra duševního zdraví, ve kterém sama pracuje a to zejména kvůli riziku zkreslení následkem zaujatosti tazatelky.

## 4.5 Průběh průzkumu

Tvorbu bakalářské práce zahájila autorka rešerší, které se věnovala zejména v období dubna až srpna 2023. Součástí rešerše byly kromě studia odborné literatury také hovory s několika konzultanty. Nejvýznamnějšími z nich byli Jiří Štefl a MUDr. Jan Beneš. Jiří Štefl je jedním z prvních peer konzultantů v České republice a byl zapojený do pilotního projektu Zapojování peer konzultantů do péče o duševně nemocné (více v kapitole 1.1). Rozhovory s ním se týkaly právě zmíněného projektu a sdílení zkušeností s tím, jak projekt probíhal. Díky lektorské činnosti, kterou nyní tento konzultant realizuje, bylo možné nahlédnout i do toho, jak v současné době vypadá vzdělávání peer konzultantů. Druhým konzultantem byl MUDr. Jan Beneš, psychiatr Centra duševního zdraví Mladá Boleslav. S ním autorka konzultovala zejména témata související s Reformou péče o duševní zdraví a s oblastí sociální psychiatrie, dále s asertivním kontaktováním, specifiky nedobrovolných klientů a s otázkou náhledu na duševní onemocnění.

Od září do listopadu téhož roku probíhala tvorba teoretické části a plánování samotného sběru dat. V tomto období proběhlo několik konzultací s vedoucím práce, některé přes e-mail, některé osobně.



Od prosince 2023 do února 2024 probíhaly rozhovory s vybranými peer konzultanty. Rozhovory byly realizovány ve třech jednotlivých dnech (v první den dva rozhovory, v další den jeden rozhovor, v další den tři rozhovory). Nejkratší rozhovor trval dvacet minut, nejdelší téměř hodinu. Během analýzy šestého rozhovoru došla autorka k závěru, že je průzkum saturován a již nepřichází nové poznatky, proto se rozhodla další rozhovory nerealizovat. Během rozhovorů respondenti často sdíleli i témata a myšlenky, které se nevztahovaly specificky k práci s nedobrovolnými klienty. Jednalo se o témata vztahující se obecně k práci peer konzultantů, k práci center duševního zdraví nebo k vlastnímu příběhu, který je pro peer konzultanty hlavním pracovním nástrojem. Někdy měli respondenti tendenci se zastavit a vrátit se k primárně zkoumané oblasti, nicméně autorka se je snažila v tomto nelimitovat a nechat volný průběh i myšlenkám a sdělením, které zdánlivě přímo s tématem nesouvisely. Často se tímto způsobem respondent sám dostal zpět ke zkoumanému tématu. V průběhu rozhovoru se tazatelka dle potřeby ujišťovala, zda věcem rozumí tak, jak o nich smýšlí respondent.

Autorka oslovila s žádostí o rozhovor celkem osm respondentů. Jeden z nich naplánovaný rozhovor zrušil ze zdravotních důvodů, od dalšího z nich se nepodařilo získat odpověď a později autorka dostala informaci, že již v organizaci nepracuje. Dalších šest oslovených peer konzultantů se rozhovoru účastnilo. Čtyři rozhovory byly přesunuty na náhradní termín – tři ze zdravotních důvodů, jeden z organizačních důvodů.

Zpravidla týden po realizaci jednotlivých rozhovorů proběhl přepis do textového editoru. Do vytisknutého přepisu byly doplněny časové značky pro snazší dohledatelnost dané oblasti v audio záznamu, zdánlivě podstatné informace byly podtrhávány a byla jim přiřazována různá pojmenování (kódy). K těmto přepisům s poznámkami se autorka několikrát vracela. V dalších rozhovorech se někdy objevila na první pohled nová témata, při opětovné analýze předchozích rozhovorů se ale ukázalo, že i v nich bylo téma přítomné, jen se ho nepodařilo při předchozí analýze identifikovat.

Kódy byly průběžně seskupovány do kategorií a byly mezi nimi hledány souvislosti. Kódy a kategorie autorka třídila v tabulkovém procesoru. Vytvořenou a vytištěnou tabulku používala autorka jako stěžejní podklad pro následnou interpretaci rozhovorů, která probíhala během února a března 2024. Dalším významným podkladem byly samotné přepisy rozhovorů, ke kterým se i ve fázi interpretace výsledků autorka znovu vracela.

## 4.6 Etika průzkumu

Respondenti byli informováni o účelu a cíli průzkumu, o formě, jakou bude rozhovor zaznamenán, o způsobu, jakým bude nakládáno s poskytnutými informacemi i o způsobu, jakým bude následně práce zveřejněna. Každému z nich byl předem v elektronické formě zaslán informovaný souhlas s poskytnutím průzkumného rozhovoru a s jeho následným využitím pro účely bakalářské práce. Tyto souhlasy byly následně osobně podepsány před zahájením průzkumu. Respondenti měli možnost odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku a také měli možnost odvolat uvedený informovaný souhlas do sedmi dnů od poskytnutí rozhovoru. Byli seznámeni s tím, že po uplynutí této doby začne autorka rozhovory analyzovat.

Protože je autorka sama pracovníkem centra duševního zdraví, uznala za vhodné tuto skutečnost respondentům sdělit. Představovala se tedy nejen jako studentka, ale také jako case manager centra duševního zdraví. Nepovažovala za vhodné, aby tato skutečnost byla respondentům zatajena.

Autorka předem s respondenty domlouvala místo, kde by měli k rozhovoru soukromí. Pět rozhovorů proběhlo přímo v prostředí center duševního zdraví (v samostatných konzultačních místnostech nebo ordinacích), jeden rozhovor proběhl v kavárně.

Autorka přistupuje velmi opatrně k požadavku na zachování anonymity. Z toho důvodu nejsou v práci zmíněna města, kraje ani organizace, ve kterých rozhovory proběhly. V interpretaci výsledků je použito generické maskulinum, aby nebylo zřejmé, zda rozhovor poskytl muž nebo žena.

## 5 Interpretace dat

V následující kapitole nabídne autorka interpretaci výsledků šetření. Text obsahuje kromě vlastního shrnutí také přímé citace z rozhovorů. Pro přehlednost jsou jednotlivé citace přiřazeny k jejich autorům – respondentům pomocí označení R1–R6.

### 5.1 Představy o pojmu nedobrovolný klient

Peer konzultanti nedostali před zahájením rozhovoru žádné bližší informace týkající se toho, kdo je pro účely této bakalářské práce nedobrovolným klientem. Autorka se tak rozhodla záměrně a ponechala tak prostor pro sdělení toho, jakou představu o tomto pojmu peer konzultanti mají. Bylo zajímavé pozorovat, jak se vnímání jednotlivých respondentů v této oblasti liší. Někteří respondenti (R2, R5) si v první moment vůbec nedokázali pod tímto souslovím ve spojitosti s CDZ nic představit nebo dokonce popřeli, že by bylo možné takové klienty v rámci CDZ potkat – argumentovali tím, že služba CDZ je dobrovolná.

*Když s námi někdo spolupracovat nechce, tak s tím nic neuděláme. (R5)*

*To nejde, být nedobrovolnej klient. (R2)*

Někteří poukazovali na nedobrovolné hospitalizace, se kterými se u svých klientů setkávají, ale které samozřejmě neprobíhají přímo v rámci dané služby.

Ostatní respondenti označili za nedobrovolné klienty ty, kteří službu nevyhledali sami a o kterých se služba dozvěděla poté, co ji informoval někdo z klientova okolí. Za tohoto iniciátora byl nejčastěji označen někdo z rodiny nebo blízkých. Mezi další subjekty pak patřili například opatrovníci, sousedé, zdravotnická zařízení (nejčastěji prostřednictvím sociálních pracovníků v nich pracujících), úřad nebo jiná instituce. I první skupina respondentů (R2, R5) později během rozhovoru došla k závěru, že i v rámci CDZ se lze za určitých okolností setkat s nedobrovolným klientem.

#### 5.1.1 Pojetí nedobrovolnosti

Lišilo se také porozumění tomu, co ještě je a co už není ne/dobrovolnost. Jeden z respondentů (R6) popisoval, že v práci s klienty neřeší otázku dobrovolnosti nebo nedobrovolnosti, ale snaží se s klientem navázat vztah a výsledkem je *bud' lidský přijetí, nebo lidský odmítnutí*. Poukazoval na to, že v prostředí nemocnice je otázka dobrovolnosti jednoznačně institucionálního charakteru – klient s hospitalizací *bud' souhlasí a po-*

depíše informovaný souhlas, nebo nesouhlasí a tehdy vstupuje do celé věci soud a posuzuje, zda je omezení (v podobě hospitalizace) proti vůli člověka odůvodněné, nebo ne. V prostředí CDZ se ale lze zaměřit právě na lidskou stránku, na kterou poukazoval zmíněný respondent.

Bylo také zjištěno, že klienti někdy přechází nejen z fáze nedobrovolnosti do fáze dobrovolnosti, ale někdy také naopak, a že tyto přechody se mohou i několikrát opakovat. Jde zejména o situace, kdy se zdravotní stav zhorší a následkem akutního průběhu onemocnění je snížen náhled na vlastní stav. Může se tak stát, že klient, který se službou již nějakou dobu spolupracuje, ji začne odmítat.

Nebývá také výjimečné, že klient část služby odmítá a část přijímá. Příkladem může být situace, kdy klient odmítá medikaci, ale nechce mu potíže pracovat na jiných tématech se sociálním pracovníkem nebo právě peer konzultantem.

### **5.1.2 Důvody odmítání**

Na základě rozhovorů lze rozdělit důvody vedoucí klienty k odmítání spolupráce do několika oblastí. Jeden z nejčastěji zmiňovaných důvodů se týká náhledu na onemocnění. Nedostatkem náhledu trpí lidé buď v počátku svého onemocnění, kdy ještě neprobíhá potřebná léčba – tehdy může být kontakt s CDZ vůbec prvním kontaktem se systémem péče o duševní zdraví – případně ve stavu dekompenzace duševního onemocnění. Dalším z důvodů může být předchozí negativní zkušenost, ať už s psychiatrií, léčbou (ambulantní i ústavní), podobnou službou nebo pomáhajícími profesionály obecně. S tím úzce souvisí i téma nedůvěry, které se může vázat buď právě na předchozí zkušenost, nebo na projevy onemocnění. Nezanedbatelnou roli hrají i obavy ze stigmatizace. Někteří klienti mohou dle slov peer konzultantů mít obavy, že jakmile jednou vstoupí do služeb péče o duševní zdraví, jejich okolí se na ně již navždy bude dívat jako na nemocné, případně dokonce jako na nebezpečné.

## **5.2 Přímá práce peer konzultantů s nedobrovolnými klienty**

Jednou z otázek, která byla respondentům v rozhovoru položena, se týkala toho, zda sami přímo spolupracují s nedobrovolnými klienty. Tři z peer konzultantů popsali, že se jich přímá práce s tímto typem klientů vůbec netýká, další tři sdíleli několik zkušeností, kdy do přímé práce s těmito klienty zapojeni byli.

### 5.2.1 Peer konzultanti bez zkušenosti s prací s nedobrovolnými klienty

Když peer konzultanti popisovali způsoby práce CDZ s nedobrovolnými klienty, zmiňovali, že taková práce často probíhá jednak v rámci prvních kontaktů potenciálního klienta se službou, jednak v rámci asertivního kontaktování. V některých CDZ funguje pracovní pozice koordinátora vstupu do služeb<sup>1</sup>, a tehdy provádí první kontakty s potenciálními klienty právě tento koordinátor, často ve dvojici s case managerem nebo jiným pracovníkem. Účast na prvních kontaktech ale nebývá nabízena peer konzultantovi. V těchto týmech také není zvykem, že by se peer konzultant účastnil asertivního kontaktování. Někteří přímo popisovali, že to není součástí jejich kompetencí. Jiný respondent naopak popisoval, že neexistuje pravidlo, podle kterého by první kontakt s potenciálním klientem byl něco, do čeho se peer konzultant nemůže zapojit.

*Ty první kontakty taky děláme, záleží na domluvě v týmu, není to úplně pravidlo. (R2)*

Důvodem k tomu, že někteří peer konzultanti přímo nepracují s nedobrovolnými klienty bylo vesměs to, že mají dostatek klientů, kteří o spolupráci s nimi zájem mají a tak nezbývá příliš volného času, který by mohli věnovat pokusu o navázání se na nedobrovolného klienta, což může v některých případech trvat i několik týdnů nebo měsíců. Většina peer konzultantů pracuje na zkrácený úvazek (respondenti uváděli úvazek 0,5 nebo 0,6), čímž zbývá na přímou práci s klienty ještě méně času, a tak je třeba s ním nakládat co nejefektivněji.

Byla vyjádřena i hypotéza, že se tým v některých případech možná snaží peer konzultanta chránit před náročnějšími intervencemi, mezi které může snaha o navázání spolupráce s nedobrovolnými klienty patřit. U žádného z respondentů nebyly zachyceny obavy, které by se pojily k přímé práci s nedobrovolnými klienty, žádný z nich se takové práci záměrně nevyhýbal, všichni ale respektovali rozhodnutí nebo dohody v týmu. Naopak se zdálo, že žádný z respondentů se takovému typu práce z podstaty nevyhýbá a že si takovou práci všichni dotazovaní dokáží představit. Neukázalo se, že by toto záviselo na délce praxe – dva z peer konzultantů pracovali na své pozici méně než rok, přičemž jeden z nich zkušenost s přímou prací s nedobrovolnými klienty měl, zatímco druhý ne. Stejně tak tomu bylo u dvou peer konzultantů s praxí delší než pět let.

---

<sup>1</sup> názvosloví se v jednotlivých centrech duševního zdraví liší

### 5.2.2 Peer konzultanti se zkušeností s prací s nedobrovolnými klienty

Další tři respondenti sdělili, že mají zkušenost s přímou prací s nedobrovolnými klienty. Jeden peer konzultant (R5) popisoval zkušenost, kdy několikrát navštívil domácnost, ve které žil klient, který ale s odborníky z CDZ odmítal mluvit nebo jim otevřít dveře. Kontakty probíhaly tak, že pracovník mluvil s příbuznými potenciálního klienta, případně přes zavřené dveře mluvil na klienta, který ale nikdy neodpovídal. Peer konzultant se touto cestou snažil sdílet část svého příběhu (*Pár věcí jsem tam sdílel, že mu rozumím, protože to a to a to jsem si zažil taky*), ačkoliv k prolomení odmítání tehdy nedošlo. Peer konzultant tohoto klienta navštívil asi čtyřikrát, následně pokračovali v pokusu o navázání další pracovníci.

Další respondent (R6) popsal velmi podobnou zkušenost s tím rozdílem, že klient nezůstával za zavřenými dveřmi, ale zůstával v posteli, často spal. Stejně jako v předchozím případě, i tady probíhaly návštěvy tak, že pracovníci trávili část času s příbuznými a následně se pokusili oslovit klienta – ten někdy nereagoval vůbec, někdy pouhým *zabručením, zamumláním*.

Co se týká zkušenosti uvedených respondentů R5 a R6, autorka zjišťovala i to, jak vypadala jejich komunikace s příbuznými. Popisovali, že mnohdy nebylo třeba nic říkat, stačilo naslouchat. Probíhalo ale také sdílení svých zkušeností a pokus o to přiblížit příbuzným, jak se člověk může při neléčeném duševním onemocnění cítit. Příbuzní tomuto sdělení naslouchali a zdálo se, že ho přijímají a přemýšlí nad ním.

Zajímavé bylo sdělení respondenta R1. Ten vyjádřil domněnku, že jeho intervence byly tím, co způsobilo u klienta obrat směrem k dobrovolnosti. Popisoval u daného klienta z počátku velkou odolnost vůči jakékoliv intervenci profesionála. Jeho klíčový pracovník se pokoušel s klientem spolupráci navázat, ale nedařilo se to. Při týmové diskuzi se pak peer konzultant nabídl, že se s klientem potká a byl úspěšný. Klient postupně začal peer konzultantovi a později i službě CDZ celkově více věřit a spolupráce byla zahájena.

*Myslím si, že vlastně ten kontakt se mnou byl jeden z důvodů, proč nakonec na to kešvnu. (...) Když jsme se začali scházet spolu, tak zjistil, že tady v tom cédézetku je člověk, kterej si taky prošel něčím podobným jako on. (R1)*

Peer konzultant s touto zkušeností byl dotazován, co mohlo v začátcích této konkrétní spolupráce pomoci. Za klíčové prvky označil partnerský přístup, lidskou rovinu namísto profesionální, naslouchání, respekt ke klientovi a k jeho pohledu na věc a vní-

mání klienta především jako člověka, ne duševně nemocného. Z rozhovorů se všemi respondenty nicméně vyplývalo, že i zástupci dalších profesí dokáží s klienty komunikovat podle výše zmíněných zásad. V návaznosti na to se lze domnívat, že někdy tím, co způsobí změnu a rozdíl v odezvě od klienta, nemusí být odbornost nebo jiný přístup, ale samotná osobnost peer konzultanta, která vyhovuje klientovi.

### **5.2.3 Vztah a jeho navazování**

Zásadním prvkem, který se v rozhovorech opakoval, se zdá být vztah mezi pracovníkem a klientem a jeho postupné navazování. Ukázalo se, že navazování vztahu vždy nějakou dobu trvá. Tato doba se jednak liší u jednotlivých klientů zkrátka pro to, že každý člověk a každý jeho vztah je jedinečný, také se ale zdá, že proces navazování vztahu je specificky delší právě u nedobrovolných klientů. U nich může být zpočátku přítomná určitá podezřívavost (a podezřívavostí zde není myšlena pouze paranoia související s duševním onemocněním, ale i běžná obezřetnost nebo opatrnost při navazování vztahů), která v navázání vztahů brání. Je běžné, že klient si na pracovníka potřebuje chvíli zvykat a ujistit se, že je vztah a sdílení obtíží s ním bezpečné. Důvěra je klíčovým prvkem každého vztahu a ten profesionální v tomto není výjimkou.

U peer konzultantů byl patrný rozvinutý smysl pro kreativitu v procesu navazování vztahu. Rozhovor není tím primárním nástrojem, který se v této fázi spolupráce pracovníkům vždy osvědčuje, někdy je jeho použití dokonce nemožné – klient může být v takovém odporu, že verbálně vůbec nekomunikuje. Stává se ale, že přistoupí na jinou aktivitu. Za takové aktivity označili respondenti například hraní karet nebo deskových her, procházky, návštěvu restaurace apod. Celkově bylo patrné, že spektrum činností, které peer konzultanti s klienty vykonávají, je velmi široké a v zásadě jde o to zjistit, co klienta zajímá a baví, a na to navázat.

### **5.3 Nepřímá práce peer konzultantů s nedobrovolnými klienty**

Další otázka, která byla respondentům položena, se týkala nepřímé práce. Autorku zajímalo, jakou roli hraje peer konzultant v situacích, kdy se někteří členové týmu snaží navázat spolupráci s nedobrovolným klientem, ale sám peer konzultant není s takovým klientem v přímém kontaktu.

Respondenti se shodli, že k takovým situacím běžně dochází. Všechny týmy používají metodu FACT, která zahrnuje každodenní porady celého týmu, na kterých jsou přítomni i peer konzultanti. Dále probíhají i jiné porady, případně supervize. O případu

klienta a o práci členů týmu s ním se diskutuje a své názory, podněty a připomínky vyslovují nejen přímo zainteresovaní pracovníci, ale i pracovníci, kteří klienta osobně neznají. A právě to jsou situace, na které se autorka dotazovala.

Několik respondentů shodně uvedlo, že je běžné, že se i oni sami k tématu vyjadřují, pokud mají pocit, že mají co říct. Jejich názor je přijímán stejně, jako názor jakéhokoliv jiného člena týmu bez ohledu na jeho odbornost.

*Peer má tady u nás myslím že úplně stejný kompetence jako kterýkoliv jiný pracovník, když opominu lékařku a opominu zdravotní sestry, který mají ještě jiný ty činnosti. Ale jinak nám konkrétně v tomhle týmu jako nebrání něco dělat z toho titulu, že jsme peři.*

(R2)

Někteří respondenti naopak vyjádřili určitý ostych v případech, kdy mají zbytku týmu oponovat nebo se pokusit sdělit svůj pohled na věc, když je odlišný. Ani tady se neukázala přímá souvislost s délkou praxe, jedná se spíše o osobnostní rys (někdo je celkově více aktivní a rád diskutuje, někdo naopak hovoří méně).

V několika případech se ukázalo, že peer konzultant může díky vlastní zkušenosti s duševním onemocněním přispět k porozumění klientovu chování ze strany ostatních profesionálů. Ačkoliv ve všech týmech pracují profesionálové, kteří mají mnoho zkušeností a dokáží si díky nim představit, co může klienta vést k nějakému chování (*většinou ty kolegové už to taky vědí, jak to funguje, když jsou nemocný ty lidi* – R4), někdy se stane, že pracovník chování klienta zcela nerozumí a klade si dotaz, proč dělá to, co dělá, jak může pracovník klientovi pomoci, co se v něm asi odehrává nebo jaké pocity prožívá. Tehdy může peer konzultant fungovat i jako tlumočnick mezi klientem a pracovníkem.

Z rozhovorů bylo zjištěno, že nepřímá práce může někdy přejít v práci přímou, resp. že přímé práci téměř vždy ta nepřímá předchází, a to se týká všech klientů, ne jen těch nedobrovolných. V praxi si to lze představit tak, že peer konzultant není přítomen na prvním kontaktu s potenciálním klientem (jak bylo popsáno v kapitole 5.2.1), ale později, když se s jeho příběhem seznamuje na poradách, je s žádostí o navázání spolupráce osloven buď někým z kolegů – *Já jako peer se k takovému klientovi dostanu jakoby na zakázku týmu.* (R6) – nebo si o spolupráci s klientem řekne sám – *Ale asi si určitě musím říkat, to je pravda, že třeba zas tak často je* (další členy týmu, pozn. autorky) *to nepadne jako mě* (R5).



Je vhodné poznamenat, že nepřímá práce se neodehrává jen v oficiálním prostředí porad nebo supervizí, ale že se prolíná prakticky celým pracovním dnem. Hovory o klientech se dle respondentů odehrávají i v jiných časech a na jiných místech – v kanceláři během svačiny, cestou autem za klientem, u kávovaru nebo na terase u cigarety. Z rozhovorů je zřejmé, že přímá práce probíhá prakticky neustále a není jasně ohraničena. V širším slova smyslu lze za nepřímou práci označit i prosté přemýšlení o klientovi, které může následně vyústit v podnětnou poznámku sdělenou dalším členům týmu nebo například klíčovému pracovníkovi ve výše uvedených situacích.

#### **5.4 Vlastní zkušenost s rolí nedobrovolného klienta**

Autorku zajímalo také to, zda sami peer konzultanti někdy byli v roli nedobrovolného klienta, a to sice v širším kontextu. Nezajímalo ji pouze prostředí komunitních služeb (služba center duševního zdraví má v České republice relativně krátkou tradici a z dotazovaných respondentů měl jen jeden z nich zkušenost jako klient CDZ), ale celkově o situaci, kdy byl peer konzultant v roli člověka s duševním onemocněním někým tlačěn do léčby, kterou sám odmítal.

Tři peer konzultanti takovou zkušenost vůbec neměli.

*Mně bylo tak zle, že jsem chtěl si nechat pomoci. (R3)*

*Já vlastně ve chvíli kdy jsem zjistil, že je u mě něco špatně, že se u mě začínají projevovat nějaký příznaky, tak jsem byl já ten, kdo začal tu situaci řešit a kdo začal obíhat doktory. (R4)*

*Já jsem takovej velmi submisivní. Já jsem vlastně se sebou nechal dělat to, co doktoři chtěli, zaplat'pánbůh pro mě. (R6)*

I z odpovědí na tento okruh se ukazuje, že nedobrovolnost není černobílá, ale jedná se o velmi rozmanité spektrum. Například další respondent udával, že v určitou chvíli mu ambulantní psychiatr opakovaně nabízel hospitalizaci, vzhledem k právě probíhajícímu zhoršení stavu, ale on odmítal.

*Ne, mě ne, nedonutili mě prostě. Jako nabídli mi to asi třikrát, čtyřikrát, ale jako nikdy mě nepřesvědčovali o tom, že to fakt jako bude dobrý, že to prostě potřebuju. (R5)*

Další respondent popisoval, že ačkoliv sám o hospitalizaci nikdy nestál, téměř vždy se při zhoršení psychického stavu podvolil nátlaku okolí a k hospitalizaci nastoupil.

V jednom případě měl ale velmi silný osobní a rodinný důvod, kvůli kterému pro něho hospitalizace nepřípadala v úvahu, a chtěl zvládnout ataku duševního onemocnění ambulantně. Tehdy do nemocnice opravdu nenastoupil a ataku zvládl sám, i když dle jeho slov trval návrat do kompenzovaného stavu několikanásobně déle, než by pravděpodobně trval v nemocnici.

*Já jsem prostě si řekl, že já nepůjdu do nemocnice, i když by to nějakou tu moji léčbu urychlilo, ale já jsem řekl, že tam prostě nepůjdu. (R2)*

Tento respondent jednoznačně vnímá souvislost mezi tím, že sám byl v roli toho, kdo odmítá a díky tomu je pro něho nyní snazší pochopit klienty, kteří se projevují podobně. Rozumí jejich důvodům, za ten hlavní označuje touhu zvládnout to sám, má pro tyto situace pochopení. Není si ale vědom toho, že by toto pochopení mělo nějaké praktické využití a že by mohlo napomoci tomu, že klient například začne se službou spolupracovat.

*Pochopení jo, ale k čemu to vlastně je, jo? (R2)*

Jeden z respondentů popisoval, že jednoznačně byl v situacích, kdy by sám sebe označil za nedobrovolného klienta. Prožil dvě velmi nepříjemné nedobrovolné hospitalizace (které zahrnovaly i omezení v pohybu) a následně docházel k ambulantnímu psychiatri, jehož přístup respondentovi nevyhovoval. Jeho nedobrovolnost plynula hlavně z nespokojenosti s léčbou (výrazné vedlejší účinky medikace) a s nedostatkem respektu ze strany ambulantního psychiatra, který popisoval jako expertní přístup. Tento respondent se rozhodl k ukončení spolupráce s ambulantním psychiatrem a k vyhledání jiného, u kterého už se cítí respektován a spolupracuje s ním zcela dobrovolně.

Z rozhovorů nevyplývala přímá souvislost mezi zkušeností s rolí nedobrovolného klienta a například mezi pochopením, které peer konzultant ve vztahu ke klientovi vnímá. I respondenti, kteří sami sebe za nedobrovolné neoznačili, s autorkou sdíleli část osobního příběhu, ve které u sebe zpětně vnímají absenci náhledu na onemocnění, a to je jedním z prvků, které by ve vztahu k práci se svými klienty mohli označit jako podobnou zkušenost, o které mohou společně mluvit. Nedostatek nebo ztráta náhledu bylo téma, které bylo přítomné v nějaké části příběhu všech dotazovaných.

## 6 Shrnutí

Cílem bakalářské práce bylo popsat zkušenosti peer konzultantů s prací s nedobrovolnými klienty. Byly zkoumány čtyři základní oblasti: (1) představy o pojmu nedobrovolný klient, (2) přímá práce peer konzultantů s nedobrovolnými klienty, (3) nepřímá práce peer konzultantů s nedobrovolnými klienty a (4) vlastní zkušenost s rolí nedobrovolného klienta. Pro dosažení cíle byl zvolen kvalitativní přístup.

### 6.1 Diskuze

Zajímavé bylo pozorovat již úvodní reakce na dotaz „jak rozumíte pojmu nedobrovolný klient“. Vnímání jednotlivých respondentů se v této oblasti lišilo. Někteří si v první moment vůbec nedokázali pod tímto souslovím v prostředí CDZ nic představit nebo dokonce popřeli, že by bylo možné takové klienty v rámci CDZ potkat. Někteří respondenti označili za nedobrovolné klienty ty, kteří službu nevyhledali ze své vlastní iniciativy, ale o kterých se služba dozvěděla poté, co ji informoval někdo z klientova okolí, nejčastěji někdo z rodiny nebo blízkých. Tento výstup se do vysoké míry shoduje s tím, jak o nedobrovolných klientech pojednává odborná literatura (Jacobsen 2013, Trotter 2023, Rooney a Mirick 2018).

Peer konzultanti poukazovali také na to, že ve své práci s klienty nijak významně neřeší otázku dobrovolnosti nebo nedobrovolnosti v takovém smyslu, v jakém může být vnímána například v prostředí nemocnic. Bylo zjištěno také to, že hranice mezi dobrovolností a nedobrovolností není jasná, navíc klienti někdy z jedné fáze přechází do fáze druhé a naopak. Také byla popsána zkušenost, kdy klient část služby odmítal a část přijímal. I toto zjištění odpovídá zjištění z odborné literatury, která pohlíží na nedobrovolnost z několika úhlů pohledu a nevnímá ji jako něco černobílého (Kliment 2015, Trotter 2023).

Odmítání služby (nebo jakékoliv pomoci celkově) má podle respondentů několik důvodů. Patří mezi ně nedostatečný náhled na duševní onemocnění, předchozí negativní zkušenost s profesionály nebo léčbou, nedůvěra a obavy ze stigmatizace. Kromě posledního zmíněného byly všechny důvody identifikovány i v teoretické části v kapitole 2.3.

Někteří peer konzultanti zkušenost s prací s nedobrovolnými klienty měli, někteří ne. Na zkoumaném vzorku se neukázala souvislost mezi délkou praxe a existencí uvedené zkušeností. Respondenti, kteří uvedli, že s přímou prací s nedobrovolnými klienty vůbec zkušenost nemají, popisovali několik důvodů. Sdělili, že práce s nedobrovolnými klienty v CDZ probíhá vesměs v rámci prvních kontaktů nebo v rámci asertivního kontaktování,

což jsou činnosti, do kterých se peer konzultant nezapojuje. Tito respondenti také uvedli, že mají dostatek klientů, kteří o spolupráci s nimi zájem mají a tak nezbyvá příliš volného času, který by mohli věnovat pokusu o navázání se na nedobrovolného klienta, což může v některých případech trvat i několik týdnů nebo měsíců. Byla vyjádřena hypotéza, že se tím v některých případech možná snaží peer konzultanta chránit před náročnějšími intervencemi, mezi které může snaha o navázání spolupráce s nedobrovolnými klienty patřit. Žádný z respondentů nesdělil, že by sám měl z práce s nedobrovolnými klienty obavy a vyhýbal se jí.

Peer konzultanti, kteří s prací s nedobrovolnými klienty zkušenost měli, popisovali, že se jednalo o jednotky případů. Dva z nich popisovali podobnou zkušenost, kdy požadavek o navázání spolupráce vzešel od příbuzných potenciálního klienta. V těchto případech jezdili pracovníci CDZ do místa bydliště potenciálního klienta a jeho příbuzných, komunikovali zejména s příbuznými a okrajově byli v kontaktu s klienty. Ti buď nekomunikovali vůbec, nebo velmi omezeně. K navázání spolupráce po intervencích, do kterých byl zapojený peer konzultant, nedošlo. V průzkumu byl zachycen jeden případ, kdy se zdá, že intervence peer konzultanta byly tím, co způsobilo u klienta obrat směrem k dobrovolnosti. Přes původní odpor začal klient postupně peer konzultantovi a později i službě CDZ věřit a spolupráce byla zahájena. Podobné situace zmiňují i Davidson (2006) Foitová aj. (2016) nebo Veldhuizen a Bähler (2017).

Shoda s odbornou literaturou byla zaznamenání v tématech týkajících se navazování spolupráce (zejména Davidson 2017, dále Foitová aj. 2016). V rozhovorech bylo identifikováno několik klíčových prvků, které s navazováním spolupráce souvisí: partnerský přístup, lidská rovina, naslouchání, respekt ke klientovi a k jeho pohledu na věc a vnímání klienta v první řadě jako člověka. Uvedené prvky nicméně nejsou ničím specifickým pro roli peer konzultantů. Dle jejich slov dokáží i zástupci dalších profesí s klienty komunikovat podle zmíněných zásad. Významným prvkem je dle sdělení respondentů i zmíněné literatury vztah mezi pracovníkem a klientem a jeho postupné navazování, které vždy nějakou dobu trvá a je specificky delší právě u nedobrovolných klientů. U peer konzultantů byla pozorována rozvinutá kreativita v procesu navazování vztahu, kdy se neomezovali pouze na rozhovor, ale volili i jiné způsoby, jak s klientem trávit čas, a ty se ukázaly jako důležité zejména v případech, kdy klient verbálně nekomunikoval. Ačkoliv v teoretické části je nastíněna metoda motivačních rozhovorů jako jeden z možných způsobů práce s nedobrovolnými klienty, žádný z respondentů ji nezmínil.

Na rozdíl od přímé práce měli s tou nepřímou zkušenost všichni dotazovaní peer konzultanti. Shodli se, že běžně dochází k situacím, kdy se na poradách, supervizích nebo v jiném prostředí zapojují do debat týkajících se klienta, kterého osobně neznají. Někteří to považují za běžnou aktivitu v rámci náplně své práce, která jim většinou nečiní větší potíže, jiní naopak vyjádřili určitý ostych v případech, kdy mají zbytku týmu oponovat nebo se pokusit sdělit odlišný pohled na věc. Délka praxe v tomto tématu nehrála roli. Pro týmy CDZ je bez pochyby přínosem, že peer konzultant může díky sdílení své vlastní zkušenosti s duševním onemocněním přispět k porozumění klientovu chování ze strany ostatních profesionálů. Zde se prokázala shoda s výroky Foitové aj. (2016, s. 25–26) nebo Veldhuizena a Bählera (2017, s. 26). Většina peer konzultantů v některé části rozhovoru různými způsoby zmínila, že nepřímá práce téměř vždy té přímé předchází, tedy že nepřímá práce se může vyvinout v práci přímou.

Posledním mapovaným okruhem byla vlastní zkušenost peer konzultanta s rolí nedobrovolného klienta. Zde byly odpovědi každého z respondentů samozřejmě zcela unikátní, ve zkratce lze ale říci, že někteří uváděli, že vždy přijali nabízenou léčbu a nebránili se jí, jiní dokáží ve svém osobním příběhu identifikovat moment, kdy nabízenou pomoc odmítali a to je mnohdy stálo dost úsilí. Z rozhovorů nevyplývala přímá souvislost mezi zkušeností s rolí nedobrovolného klienta a například mezi pochopením, které peer konzultant ve vztahu ke klientovi vnímá. I respondenti, kteří sami sebe za nedobrovolné neoznačili, s autorkou sdíleli část osobního příběhu, ve které u sebe zpětně vnímají absenci nebo nedostatek náhledu na onemocnění, a to je jedním z prvků, které by ve vztahu k práci se svými klienty mohli označit jako podobnou zkušenost, o které mohou společně mluvit.

## **6.2 Resumé**

Během průzkumu se ukázalo, že peer konzultanti mají s nedobrovolnými klienty zkušenosti spíše okrajové, ve větší míře pracují s klienty dobrovolnými. Při bližším pohledu na zkušenosti s prací s nedobrovolnými klienty bylo zjištěno, že taková práce se v základu příliš neliší od práce s klienty dobrovolnými. V každé spolupráci se objevují stejné klíčové prvky, kterými jsou vztah (a jeho navazování), důvěra, partnerský přístup a sdílení vlastního příběhu.

### 6.3 Limity průzkumu

Samotný pojem „nedobrovolný klient“ lze z určitého hlediska označit za problematický. Během průzkumu si autorka několikrát uvědomila, že tento pojem může působit stigmatizujícím a nekorektním dojmem. Současný trend vyzývá ke kladení důrazu na to, že i klient sociální práce je především člověk. Vhodnější označení by mohlo být „člověk s odmítavým postojem ke službě nebo léčbě“. V rozhovorech autorka sama u sebe s postupem času zaznamenala posun od užívání pojmu „nedobrovolný klient“ směrem k označení „klient, který službu odmítá“ apod.

Je také třeba si v kontextu této bakalářské práce připustit skutečnost, že autorka sama je pracovníkem centra duševního zdraví. Z toho důvodu je v průzkumu přítomné určité riziko předpojatosti autorky a s tím spojeného zkreslení dat. Na druhou stranu se ale na tuto zkušenost z praxe dá nahlížet jako na výhodu. Autorka díky svým pracovním zkušenostem rozumí práci peer konzultantů a je s nimi v každodenním kontaktu, díky tomu se mohla ponořit do specifitějších situací, kterými práce s nedobrovolnými klienty je. Kdyby pozici peer konzultantů neznala, zřejmě by se nemohla dostat v rozhovorech do takové hloubky a zůstávala by se svými dotazy spíše u témat obecnějších.

Přestože cílem kvalitativního průzkumu není přinést data zobecnitelná na širší populaci, považuje autorka za podstatné poukázat na limity související s volbou průzkumného vzorku. Zaprvé, průzkumný vzorek byl nevyvážený z hlediska pohlaví respondentů – poměr žen k mužům byl 5 : 1. Zadruhé, respondenti byli zaměstnanci jen dvou různých organizací, resp. čtyř různých center duševního zdraví. Naopak lze vzorek označit za heterogenní z hlediska délky praxe jednotlivých peer konzultantů, která se pohybovala od pěti měsíců do více než deseti let.

Je nutné zmínit, že tato bakalářská práce se zaměřuje na práci peer konzultantů s nedobrovolnými klienty právě z pohledu peer konzultantů. Nesdělují ale nic o tom, jak práci peer konzultantů s nedobrovolnými klienty vnímají jejich kolegové (zástupci dalších profesí), klienti nebo jejich blízcí. Získaná data jsou z toho důvodu čistě subjektivní.

### 6.4 Doporučení

Tato bakalářská práce popisuje práci peer konzultantů působících v komunitních službách, konkrétně v centrech duševního zdraví. Mohlo by být zajímavé realizovat podobný průzkum v prostředí lůžkových zařízení. Za významné autorka považuje to, že zatímco v komunitních službách je nedobrovolnost něco ne zcela jasně uchopitelného,

v prostředí nemocnice lze identifikovat skutečnost, která klienty dobrovolné od těch nedobrovolných zřetelně odlišuje. Tou skutečností je vyslovený souhlas s hospitalizací. Lze ale zajít i dále a zabývat se právě tím, jaký je rozdíl mezi formální dobrovolností (vyslovení informovaného souhlasu) a lidskou dobrovolností (zda je klient v nemocnici skutečně v souladu se svými hodnotami, přáními a plány). Zajímavé srovnání by mohlo přinést i zkoumání fenoménu nedobrovolných klientů v centrech duševního zdraví z pohledu příslušníků různých profesí. Dále by bylo zajímavé provést průzkum s podobnými parametry v dalších centrech duševního zdraví a v dalších organizacích. Z důvodu zachování anonymity ale není nikde v bakalářské práci uvedeno, která CDZ a které organizace byly do průzkumu zapojené, potenciální výzkumník by tak zřejmě musel oslovovat respondenty náhodně.

Pokud by měl být proveden kvantitativní výzkum na podobné téma, bylo by nejspíš nutné jasněji stanovit definici pojmu nedobrovolný klient. Následně by bylo možné ověřit teorii vycházející z této bakalářské práce (nebo její část) například v prostředí všech center duševního zdraví. Prostřednictvím kvantitativního výzkumu by bylo možné také zkoumat souvislost mezi několika jevy s prací s nedobrovolnými klienty. Takovými jevy může být například délka praxe, diagnóza nebo typ onemocnění anebo vlastní zkušenost s rolí nedobrovolného klienta.

## **6.5 Přínos**

Téma peer konzultantů lze bez pochyby zařadit mezi aktuální otázky oblasti péče o duševní zdraví. Na toto téma lze nalézt několik desítek bakalářských a diplomových prací z různých vysokých škol v České republice, žádná z nich se ale specificky nezaměřuje na práci peer konzultantů s nedobrovolnými klienty. Ani další typy odborné literatury zaměřené na české prostředí se ve větším měřítku tímto tématem nezabývají.

Výsledky průzkumu poodhalují, co se v práci peer konzultantů s nedobrovolnými klienty daří a proč. Mohou podpořit peer konzultanty v tom, aby do práce s nedobrovolnými klienty vstupovali a mohou také podpořit týmy v tom, aby se do takové práce nebály své peer konzultanty zapojovat. Bakalářská práce také může sloužit jako výchozí literatura pro další výzkumy na toto téma.

## Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo popsat zkušenosti peer konzultantů s prací s nedobrovolnými klienty. Za tímto účelem provedla autorka kvalitativní průzkum. Cíle bylo dosaženo díky kombinaci sběru teoretických východisek a realizovaných rozhovorů s peer konzultanty. Data pro průzkum byla sbírána pomocí polostrukturovaných rozhovorů s peer konzultanty, kteří pracují v centrech duševního zdraví. Nahrávané rozhovory byly přepsány a následně opakovaně analyzovány metodou otevřeného kódování. Studentka se dotazovala na čtyři základní okruhy a této struktury se držela i v části práce, která interpretuje výsledky.

Průzkum provedený v rámci této bakalářské práce má jistě své limity. Autorka si jich je vědoma a podrobněji je popsala v kapitole 6. Ve stejné kapitole lze také nalézt doporučení pro praxi i pro případný navazující výzkum.

Během průzkumu se ukázalo, že peer konzultanti mají s nedobrovolnými klienty zkušenosti spíše okrajové, ve větší míře pracují s klienty dobrovolnými. Při bližším pohledu na zkušenosti s prací s nedobrovolnými klienty bylo zjištěno, že taková práce se v základu příliš neliší od práce s klienty dobrovolnými. V každé spolupráci se objevují stejné klíčové prvky, kterými jsou vztah (a jeho navazování), důvěra, partnerský přístup a sdílení vlastního příběhu.



## Použité zdroje

- ANTHONY, W. A., 1993. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* [online], roč. 16, č. 4, s. 11–23 [vid. 12. 11. 2023]. ISSN 1475-7192. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/1993-46756-001>
- BÚTORA, M., 2017. Skupina svépomocná. In: NEŠPOR, Z. R., ed., *Sociologická encyklopedie* [online]. Aktualizováno 11. 12. 2017 [vid. 26. 7. 2023]. ISBN 978-80-7330-308-2. Dostupné z: [https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Skupina\\_sv%C3%A9pomocn%C3%A1](https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Skupina_sv%C3%A9pomocn%C3%A1)
- CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ BRNO, 2023. Jak pracujeme. In: *Centrum duševního zdraví Brno* [online]. [vid. 12. 9. 2023]. Dostupné z: <https://www.cdz-brno.cz/>
- CRPDZ, 2023. Vzdělávání peer konzultantů. In: *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. [vid. 18. 7. 2023]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/vzdelavaci-institut/vzdelavani-peer-konzultantu/>
- CRPDZ, 2024. O institutu. In: *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. [vid. 3. 3. 2024]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/vzdelavaci-institut/o-institutu/>
- DAVIDSON, L., aj., 2006. Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness: A Report From the Field. *Schizophrenia Bulletin* [online], roč. 32, č. 3, s. 443–450 [vid. 14. 5. 2023]. ISSN 1745-1701. Dostupné z: <https://academic.oup.com/schizophrenia-bulletin/article/32/3/443/1908473>
- DAVIDSON, L., aj., 2017. *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení: nástroje transformace péče o duševní zdraví*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-906574-0-3.
- EVROPSKÝ SOCIÁLNÍ FOND, 2012. Projekt Zapojení peer konzultantů do péče o duševně nemocné. In: *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. 1. 12. 2012 [vid. 30. 7. 2023]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/centrum/co-delame/ukoncene-projekty/zapojeni-peer-konzultantu-do-pece-o-dusevne-nemocn/>
- FOITOVÁ, Z., aj., 2016. *Manuál: Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví* [online]. 2. vydání. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. [vid. 13. 3. 2023]. Dostupné z:

[https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/manual\\_WEB\\_1.pdf](https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/manual_WEB_1.pdf)

FOKUS MLADÁ BOLESLAV, 2023. Centrum duševního zdraví Mladá Boleslav. In: *Fokus Mladá Boleslav* [online]. [vid. 12. 9. 2023]. Dostupné z: <https://www.fokus-mb.cz/sluzby/mlada-boleslav/centrum-dusevniho-zdravi-mlada-boleslav/>

FOKUS PRAHA, 2023. Centrum duševního zdraví Brandýsko. In: *Fokus Praha* [online]. [vid. 12. 9. 2023]. Dostupné z: <https://www.cdz-brandysko.cz/#principy>

FOKUS VYSOČINA, 2020. Asertivní kontaktování na Hlinecku. In: *Archiv projektů* [online]. 6. 1. 2020 [vid. 7. 11. 2023]. Dostupné z: <https://www.fokusvysocina.cz/projekty/prehled/asertivni-kontaktovani-na-hlinecku>

HEGEROVÁ, V., aj., 2005. *Anglicko-český, česko-anglický studijní slovník: English-Czech, Czech-English student's dictionary*. Praha: KMa, ISBN 80-7309-266-2.

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

HOLLANDER, D. d., WILKEN, J. P., 2016. *Podpora zotavení a začlenění: Úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-260-9945-1.

JACOBSEN, C. A., 2013. Social Workers Reflect on Engagement with Involuntary Clients. In: Sophia, an e-community of scholarsip & creativity [online]. [vid. 29. 3. 2023]. Dostupné z: [https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1200&context=msw\\_papers](https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1200&context=msw_papers)

KLIMENT, P., 2015. Nedobrovolný klient v sociální práci. In: BALVÍN, J., TURZÁK, T., POLAKOVIČOVÁ, R., eds. *InteRRa 15 Andragogické a multikulturní kompetence v edukační, sociální a zdravotnické práci pomáhajících profesí* [online]. Praha: Hnutí R. s. 196-199. ISBN 978-80-86798-49-3. Dostupné z: <https://jaroslavbalvin.eu/wp-content/uploads/2014/07/InteRRa-15-.pdf>

LEDOVEC, 2023. Leták centra duševního zdraví Klatovy. In: *Centrum duševního zdraví Klatovy* [online]. [vid. 12. 9. 2023]. Dostupné z: [https://www.ledovec.cz/centrum-dusevniho-zdravi/cdz-klatovy/item/download/132\\_0b6994b04a3b146f8204ba6aad8c84a5](https://www.ledovec.cz/centrum-dusevniho-zdravi/cdz-klatovy/item/download/132_0b6994b04a3b146f8204ba6aad8c84a5)

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.

- MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, O., aj., 2022. *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1952-1.
- MILLER, W. R., ROLLNICK, S., 2003. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: SCAN. ISBN 80-86620-09-3.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2020. Malý průvodce CDZ. In: *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. 21. 12. 2020 [vid. 1. 8. 2023]. Dostupné z: [https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/maly-pruvodce-cdz?term\\_id=47](https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/maly-pruvodce-cdz?term_id=47)
- PROBSTOVÁ, V., PĚČ, O., 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0731-3.
- PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP, 2017. Malý průvodce reformou psychiatrické péče. In: *Reforma psychiatrie* [online]. Duben 2017 [vid. 26. 10. 2021]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>
- RIDGWAY, P., aj., 2014. *Cesty k zotavení*. Lawrence: University of Kansas. ISBN 978-1-50317191-6.
- ROONEY, R., MIRICK, R., 2018. *Strategies for work with involuntary clients* [e-kniha]. 3. vyd. New York: Columbia University Press. ISBN: 978-0-231-54428-3.
- ŘÍČAN, P., aj., 2021. První vlna center duševního zdraví z pohledu kvantitativní evaluace i zkušenosti. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. roč. 117, č. 5, s. 230–243 [vid. 12. 11. 2023]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1421>
- ŘÍČAN, P., aj., 2022. Podpora zotavení u lidí s duševní nemocí. In: MATOUŠEK, O., aj. *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1952-1.
- SOUKUP, J., 2014. *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0607-1.
- STRAUSS, A., CORBIN, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert. ISBN: 80-85834-60-X.

TÁBORSKÝ, A., 2022. Motivační rozhovor jako terapeutická technika. *Psychologie dnes*, roč. 28, č. 9, s. 12–15. ISSN 1212-9607.

TROTTER, C., 2023. *Working with involuntary clients: a guide to practise*. 4. vyd. Oxon: Routledge. ISBN 978-0-367-74410-6.

ÚLEHLA, I., 2007. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. 3. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-86429-36-6.

VELDHUIZEN, J. R. VAN; BÄHLER, M., 2017. *Manuál Flexible ACT: Manual Flexible Assertive Community Treatment (FACT)* [online]. 1. vydání. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Dostupné z: [https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/FACT\\_manual\\_CZ\\_final\\_s\\_obalkou.pdf](https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/FACT_manual_CZ_final_s_obalkou.pdf)

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 11, s. 354–461. ISSN 1211–1244.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730–4801. ISSN 1211–1244.