

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Katedra OUSHI

Aplikovaná psychoterapie a inovace v sociální práci

Mgr. Jana Ondrušková



**Specifika sociální pomoci člověku s psychickou
nemocí**

Diplomová práce

2023

vedoucí práce: Mgr. et. Mgr. Martin Fojtíček

Prohlášení

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

V Olomouci dne 12. 4. 2023

.....

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. et. Mgr. Martinu Fojtíčkoví za naději, cenné rady, vstřícnost, kterou mi při zpracování této práce poskytl.

Anotace

Diplomová práce se zabývá specifiky pomoci člověku s psychickou nemocí. Cílem této diplomové práce je zanalyzovat a identifikovat u pracovníků principy a postoje žité, na zotavení zaměřené praxe. Výzkumný vzorek sčítal čtyři ženy, pracovnice sociální služby sociální rehabilitace. S respondentkami byly provedeny polostrukturované rozhovory, které byly analyzovány prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy. Výsledkem jsou čtyři tematické oblasti, které sejevily s přístupem zaměřeným na zotavení podstatné – podpora v zotavení, naděje, limity v zotavení a nadějeplné vyhlídky. Tato témata obsahují podtémata. V diskusi jsou pak popsány možné interpretace.

Klíčová slova

Duševní onemocnění, zotavení, sociální rehabilitace, naděje, interpretativní fenomenologická analýza.

Annotation

The thesis deals with the specifics of helping a person with mental illness. The aim of this thesis is to analyse and identify in workers the principles and attitudes of a lived, recovery-oriented practice. The research sample consisted of four female social workers in a social rehabilitation service. Semi-structured interviews were conducted with the respondents and analysed through interpretative phenomenological analysis. This resulted in four thematic areas that appeared to be relevant to a recovery-focused approach - support in recovery, hope, limits in recovery and hopeful outlook. These themes contain sub-themes. Possible interpretations are then described in the discussion.

Keywords

Mental illness, recovery, social rehabilitation, hope, interpretive phenomenological analysis.

Obsah

Úvod	7
1 Duševní nemoci úvodem.....	8
1.1 Příčiny vzniku duševních nemocí	9
1.2 Vybrané duševní nemoci	11
2 Terapie duševních nemocí.....	19
2.1 Obvyklé životní trajektorie	21
3 Reforma systému péče o duševní zdraví.....	26
3.1 Role služeb sociální rehabilitace.....	27
3.2 Zotavení	29
3.3 Naděje	31
4 Výzkumná část	33
5.1 Metoda	33
5.2 Cíle a výzkumné otázky.....	34
5.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	34
5.4 Sběr dat	35
5.5 Proces analýzy dat.....	36
5.6 Reflexe vlastní zkušenosti s fenoménem zotavení.....	37
5.7 Reflexe rozhovorů s respondentkami	38
5.7 Etika výzkumu	40
5 Výsledky výzkumu.....	41
6.1 Podpora v zotavení.....	42
6.2 Naděje	47
6.3 Limity ve zotavení	50
6.4 Nadějeplné vyhlídky	54
6 Diskuse.....	58

7	Limity výzkumu	62
	Závěr	63
	Seznam literatury	65
	Seznam tabulek	68
	Přílohy.....	69

Úvod

Duševní nemoci se svou širokou škálou symptomů patří k nemocem, kterým je v poslední době věnována velká pozornost a péče. Ta má vyústit v konečný cíl určený Reformou psychiatrické péče. Jejím cílem, krom jiného, je vytvářet podmínky pro komunitní péči o lidi s duševním onemocněním, a to takové, aby byl člověk s duševním onemocněním schopen žít samostatný život. V této péči pak sehrávají velkou roli sociální služby sociální rehabilitace. Platí, že v přístupu k lidem s duševním onemocněním se setkává několik směrů, které se syntetizují v přístup bio-psycho-spirito-sociální. Jde o všeobecný přístup de facto k jakýmkoliv cílovým skupinám sociální práce. Specifickým přístupem je přístup zaměřený na zotavení. Zotavení je cesta, která může být pro každého jednoho konkrétního člověka s duševním onemocněním různě dlouhá a klikatá. Zotavení je nositelem osobní změny a růstu a děje se i v případech diagnóz duševního poruch.

Předmětem této práce je zkušenost pracovníků sociálních služeb sociální rehabilitace s fenoménem zotavení. Cílem je prozkoumat u pracovníků principy a postoje žité, na zotavení zaměřené praxe.

Práce obsahuje teoretické kapitoly, z nichž první shrnuje popis duševních onemocnění a jejich příčiny. Následující kapitola se orientuje na vhléd do terapie duševních onemocněních. Přes kapitolu, která charakterizuje obvyklé životní trajektorie lidí s duševním onemocněním, se teoretická část přesouvá k výše zmíněné Reformě psychiatrické péče a dalším tématům, která korespondují s cílem práce, a to tedy k tématům zotavení a naděje.

Výzkumná část práce představuje analýzu čtyř rozhovorů s pracovníci sociálních služeb sociální rehabilitace. Výzkumná otázka směřuje k hledání principů a postojů na zotavení zaměřeného přístupu, které se objevují v popisech zkušeností pracovníků v každodenní žité, na zotavení zaměřené praxi. K této analýze byla využita metoda interpretativní fenomenologické analýzy. Tato metoda umožňuje zachycení zkušeností skrze individuální prožívání jednotlivých respondentů.

Nedílnou součástí je kapitola věnována limitům výzkumu. Výzkumné výsledky jsou shrnuty v kapitole diskuse.

1 Duševní nemoci úvodem

O duševních nemocech lze hovořit s dlouhým pohledem do minulosti, kde jejich existence a vysvětlení častokrát souviselo s působením sil, jež byly v rozporu s přirozeným řádem věcí, nebo s vírou v posedlost člověka d'áblem či dokonce trestáním bohů či božstev té doby. Současná věda se všemi poznatky však přináší další odpovědi. Nutno podotknout, že duševní nemoci nejsou tak zcela prozkoumány, jak by se mohlo zdát. Existují spíše hypotézy, nežli jasné objasnění původu duševních nemocí (Orel, 2015, s. 93).

V této souvislosti se lze zamýšlet nad třemi kategoriemi, a to je zdraví, nemoc a norma. Honzák (2021, s. 19) chápe zdraví jako stav, kdy se člověk cítí dobře fyzicky i psychicky a v tomto stavu je schopen uspokojovat své potřeby. Zdraví chápe jako stav proměnlivý, přizpůsobivý a dynamický. Přizpůsobivost souvisí s odolností, způsobem reakce na zátěž. Normu vidí jako „statistický průměr údajů získaných od zdravé populace, má určitý rozptyl daný biologickou proměnlivostí jedinců...“ Nemoc vede k omezení svobod, uspokojování potřeb.

Duševní nemoc lze velmi zjednodušeně chápat jako absenci duševního zdraví. Ale tak jednoduché to není. Chápaní zdraví negativně, čili jako stav, kde není nemoc, nebo skrze kritéria normálnosti je velmi schematický. Stejně jako nemoc, tak i zdraví se nevyvíjí samo o sobě, ale vždy v určitém vztahu k prostředí. Jedinec se nachází ve stavu zdraví, když je schopen se adaptovat v prostředí, které vykazuje vyšší nároky. Nemoc vzniká tehdy, kdy se jedinec na zvýšené nároky prostředí není schopen adaptovat a vzniká disbalance. Podle odborníků WHO termín psychická porucha odpovídá poruše duševní činnosti, která má svůj klinický obraz s projevy, které jsou rozeznatelné jako typická množina znaků a tato porucha duševní činnosti je tak závažná, že ovlivňuje člověka natolik, že ztrácí pracovní schopnosti a sociální schopnosti (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 23-24).

Orel (2015, s. 93) připodobňuje duševní nemoc k mozaice, kdy zblízka lze rozeznat malé části, které mohou být z různých materiálů, mohou být různě veliké. Zblízka vidíme detaily, zatímco z dálky působí mozaika jako celistvý obraz. Na výsledném obraze se podílí všechny části. Některé z nich mohou být tak malé, že je skoro nelze vyhledat, jindy svou velikostí dokládají svůj význam.

1.1 Příčiny vzniku duševních nemocí

Biologické hledisko sleduje příčiny vzniku duševních nemocí v genech, kdy při spolupůsobení většího počtu genů (polygeny) vzniká dispozice k rozvoji vlastností na úrovni fyziologické i patologické. Lidské tělo funguje ve vzájemném působení nervových, hormonálních a imunitních soustav, které se navzájem ovlivňují a mohou být příčinou duševních onemocnění např. při změnách hormonálního systému, který má vliv na nervový a imunitní systém. Na vznik duševních nemocí se mohou podílet exogenní faktory, a to chemické (toxiny, drogy a jiné jedy), dále fyzické (poranění mozku) a biologické (paraziti, infekce). Na druhé straně stojí endogenní faktory, kam patří různá onemocnění zasahující především mozek. Jedná se o nádorovitá onemocnění, atrofie mozkové tkáně nebo onemocnění metabolická, kardiovaskulární či endokrinní. Vztah mozku k lidské psychice je nepopíratelný (Orel, 2016, s. 29-32).

Orel (2015, s. 120-121) popisuje některé činitele, které se mohou podílet na vzniku duševní poruchy jako je samotná struktura osobnosti člověka se svými vlastnostmi, prožíváním a chováním, ale také jakákoliv podoba deprivace, vnitřní konflikty, traumatizující zážitky, dlouhodobý a intenzivní stres, frustrace či opakovaně prožívaná bezmoc, nepříznivé životní události. Antonovsky (in Křížová, 2018, s. 39) popsal model osobnosti, která je natolik pevná a odolná, s vysokým stupněm smyslu pro vnitřní soudržnost, že se stává jejím jakýmsi šestým smyslem ve struktuře osobnosti, a s tímto se pak zvyšují šance na uzdravení v případě nemoci i na budoucí zachování zdraví.

Existují teorie, z nichž se postupně vytvořily modely duševního poruch. Tyto teorie jsou založeny na činnosti mozku, chování a v neposlední řadě se orientují na podmíněnost příznaků. Mezi nejzásadnější modely patří model biomedicinský, morální, psychoanalytický, biopsychosociální, defektový, rodinný interakční. Biomedicinský model se opírá o tvrzení, že nemoc je dílem mozku a jeho poruchy, morální model vidí duševní poruchu jako naučené narušené chování, biopsychosociální model staví také na naučeném chování, je však doplněn o prvek psychologický a sociální, model psychoanalytický míří k řešení nevědomých konfliktů, model defektový vnímá člověka s duševní poruchou jako trvale narušenou osobu a konečně model rodinný interakční vychází z předpokladu, že v rodině probíhá rovnoměrně rozložená porucha komunikace, v rodině se nachází člověk s duševní poruchou a cílem je takto narušenou komunikaci

a interakci mezi členy rodiny ukončit (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 25-26). Dle Baštecké (2003, s. 275) by měl být respektován přístup bio-psychosociálně-spirituální, jednak v kontextu přístupu k samotným duševním poruchám, tak i v přístupu pochopitelně k těm, kteří se s duševní poruchou potýkají. Také Orel upozorňuje (2016, s. 52-53) na celostní přístup, který obsahuje výše zmíněné složky, které lze označit jako tělo, duše, vztahovost a transcendence. Tyto složky jsou ve vzájemné interakci, ale zároveň se nachází v určitém prostoru a čase, a proto je příznačnější označit tento přístup jako bio-psycho-sociálně-spirituálně-časoprostorový.

Obor, který se zabývá zkoumáním duševních poruch, je psychopatologie, v medicíně též označována jako obecná psychiatrie, která zkoumá poruchy jednotlivých psychických funkcí jako je vnímání, myšlení, vědomí apod. To vede k popisu symptomů, jejichž spojením se vytváří syndromy (Svoboda, Češková, Kučerová, 2012, s. 85). Speciální psychiatrie pak přináší klasifikační systém, který Raboch a Pavlovský (2014, s. 163) považují v mnoha směrech za velmi důležitý, protože mezi odborníky vytváří stejný jazykový fond, stanovení diagnózy je pak předpokladem efektivní léčby, a v neposlední řadě klasifikační systém přichází na příčiny duševních poruch. Poznání příčin duševních poruch však není příliš četné.

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) je psychiatrii věnována pátá kapitola. Diagnózy v ní začínají písmenem F. Obsahuje 10 sekcí, v nichž je zahrnuto téměř 1000 kategorií. Názvy těchto sekcí poskytují základní představu o základních skupinách duševních onemocnění:

- Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
- Poruchy nálad (afektivní poruchy)
- Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- Poruchy osobnosti a chování dospělých
- Mentální retardace (duševní opoždění)
- Poruchy psychického vývoje

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

MKN-10 zavádí pojem porucha, tzn. existuje klinicky rozpoznatelný soubor symptomů a vzorců chování, jež jsou spojeny s narušením funkcí a emocemi tísně (Raboch a kol. 2014, s. 168).

Smolík (dle Baštecká, 2002, s. 279) upozorňuje na mezery při používání klasifikace MKN-10, a to s důrazem na individuální přístup. Druhým významným systémem je systém DSM-IV užívaný v USA, který dle McWilliams (2015, s. 27) postrádá vlastní charakteristiku duševního zdraví nebo emoční spokojenosti. Jsou zde vytvořeny popisy klinických syndromů, kterou jsou však uměle separovány, systém postrádá složité zážitky samotných lidí. Přispívá tak k určitému odcizení sebe sama, člověk jakoby se zříká odpovědnosti. Hovořit o sobě ve smyslu „mám sociální fobii“ je cizejší, než o sobě hovořit „jsem hrozně plachý člověk“, kdy tento způsob vyjádření je mnohem více napojen na vlastní já, člověk je více sám v sobě. Jarolímek (2021, s. 18) jej v některých aspektech považuje za mnohem více pokrokovější, a to v tom, že toleruje tzv. psychospirituální krizi a mnohem více podrobněji popisuje hraniční poruchy osobnosti.

Cílem není vysvětlovat rozdíly mezi klasifikačními systémy, spíše pak poukázat na fakt jejich existence, opěrný bod a důležitost pro obor psychiatrie.

1.2 Vybrané duševní nemoci

Následující kapitola se zaměřuje na podrobnější popis vybraných duševních nemocí. Do výběru jsou zařazeny duševní nemoci, se kterými služby sociální rehabilitace pracují nejčastěji. Výběr zčásti také kopíruje záměr Reformy psychiatrické péče, potažmo Center duševního zdraví, které mají cílovou skupinu pacientů s vážným duševním onemocněním (tzv. SMI – Severe Mental Illness). Jedná se o pacienty se schizofrenním onemocněním a bipolární afektivní poruchou, jejichž průběh bývá těžký (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, s. 19).

Schizofrenie

Schizofrenie je vážné onemocnění, které zasahuje do sféry myšlení, vnímání a celkové osobnosti člověka (Dušek a kol., 2015, s. 224). Patří mezi psychotická onemocnění. Psychóza jako taková je léčitelná, nicméně ovlivňuje a zasahuje osobnost člověka tak, že dochází ke změně v dosavadní integritě člověka, a to ve vnímání sebe

sama a okolí. Součástí vnímání sebe sama a světa kolem sebe je svět halucinací, bludů a tento svět se stává postupně jediným světem, který člověk má. Slovo schizofrenie se skládá ze dvou částí a má řecký původ. „Schizo“ znamená štěpit a slovo „phren“ znamená myšlení. Má zdůraznit skutečnost rozštěpení mezi základními prvky psychických funkcí (Raboch a kol, 2014, s. 244). Schizofrenie je stav, kdy u člověka dochází k rozpolcení dosud integrovaných psychických funkcí, osobnost člověka je rozpolcená (Baštecká, 2002, s. 333). Při výzkumu příčin vzniku tohoto onemocnění se věnuje pozornost zátěži a dispozici, tzn. určité míře dědičnosti (výskyt onemocnění v rodině), dále velkou roli hrají neurotransmitery dopamin a serotonin a jejich nerovnováha, v neposlední řadě se na rozvoji nemoci mohou podílet psychosociální faktory. Souhrnně lze říci, že jde o kombinaci recipročního působení faktorů biologických, psychologických a sociálních. Nemoc se nejčastěji objevuje v období dospívání či rané dospělosti. V této době se mohou vyskytovat příznaky, které jsou okolím spojovány většinou s dospíváním, s projevy typickými pro toto vývojové období, nebo je vysvětlení mířeno k charakterovým rysům jedince (uzavřenost, nedostatek kontaktu s lidmi, pasivita). Často jsou tyto příznaky okolím podceňovány, nebo se do popředí dostávají somatické obtíže, na které si nemocní také stěžují. Později se dostávají další symptomy – bádání nad detaily, úzkost, neklid, podrážděnost, orientace na magii, podivný styl oblékání a problémy se spánkem. Poté dochází k produkci halucinací a bludů. Průběh a vývoj nemoci je u každého člověka individuální, přesto lze vyzorovat určitý vývoj v podobě atak, které se střídají s vymizením příznaků, přes relaps (nemoc zasahuje znovu), až po celkové zklidnění projevů nemoci s občasným zhoršením rezidua (Raboch a kol., 2014, s. 245-247). Příznaky se dělí na negativní a pozitivní, tak jak je definuje MKN-10. Mezi základní pozitivní příznaky patří halucinace. Vnímání člověka je natolik zkreslené, že člověk může na úrovni všech smyslů vnímat, čili vidět, slyšet, cítit věci, které další lidé nevidí, neslyší, necítí (Jarolímek, 2021, s. 23). Nejčastěji se objevují hlasy, které mohou kritizovat, vinit, vyčítat, vysmívat se. Člověk může s těmito hlasy komunikovat (poslouchá, zamýšlí se nad obsahem). Na úrovni dalších smyslů mohou cítit neexistující pachy, nebo cítit po těle doteky, hlazení, mohou pak vidět např. postavy, nebo věci, které neexistují (Orel, 2015, s. 42). Dalším pozitivním příznakem je blud. Mylná a nevývratná představa člověka o nějaké skutečnosti kolem něj. Nejčastěji se objevují představy o spolčení lidí kolem něj,

nebo má dotyčný pocit, že ostatní kolem něj čtou jeho myšlenky či má pocit, že oplývá neobyčejnými schopnostmi, které jiní nemají, může jít také o transcendentní schopnosti (Jarolímek, 2012, s. 24).

Jarolímek (2021, s. 16) zastává názor, že by pojem schizofrenie mělo vymizet z obou klasifikačních systémů popsaných výše. Tvrdí, že by se měl najít jiný název pro chápání psychotických prožitků, které budou více odrážet osobnost těch, kteří jej zažívají.

Prognóza je však příznivá, schizofrenie je léčitelná. U necelé třetiny nemocných dojde k uzdravení a ataky (epizody) se již nevrátí, druhá třetina nemocných se potýká s opakovanými atakami s reziduální psychopatií a více než třetina trpí chronickou podobou nemoci s tím, že jsou zde trvale přítomny symptomy onemocnění (Raboch a kol, 2014, s. 247). Jarolímek (2021, s. 63) tvrdí, že jen velmi malá skupina lidí se schizofrenií (cca 5%) je schopno plné údravy. Roli hrají faktory typu věk při vzniku nemoci, věk rozpoznání nemoci, přístup k léčbě, podpora rodiny.

Schizofrenie má své formy, které jsou velmi stručně popsány v následujícím výčtu:

- paranoidní schizofrenie (typické jsou sluchové halucinace, bludy perzekuční či megalomanské),
- hebefrenní schizofrenie (typická nevypočitatelnost v chování, emoční labilita, podivnost až bizarnost v aktivitách, filozofování, přehnané projevy nedospělosti)
- katatonní schizofrenie (porucha psychomotoriky – neklid nebo stupor)
- simplexní schizofrenie (projevuje se postupou, až plíživou změnou chování projevující se v lhostejnosti, ztrátou zájmu, plochostí emocí, až dochází k trvalé změně v osobnosti)
- nediferencovaná schizofrenie (kritéria pro diagnostiku schizofrenie neodpovídají výše uvedeným formám, jsou však splněna všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenii)
- reziduální schizofrenie (je zaznamenán vývoj od počátečního stadia s jednou či více atakami až ke stavu s převahou negativních příznaků s malou odezvou na antipsychotika)
- postschizofrenní deprese (po odeznění psychotických příznaků nastupuje depresivní ladění)

Léčba schizofrenie je postavená na farmakoterapii antipsychotiky. Pro léčbu je velmi důležitá spolupráce s rodinou a blízkými osobami (Raboch a kol., 2014, s. 253).

Mezi schizofrenii podobné stavy dále patří akutní a přechodné psychotické poruchy, indikovaná porucha s bludy, trvalé duševní poruchy s bludy, schizotypní porucha, schizoafektivní porucha (Dušek a kol. 2015).

Poruchy nálady (poruchy afektivity)

Kolísání nálady zažívá téměř každý člověk. Někdy se cítí lépe, je plný energie, smíchu, motivace k činnosti, na druhé straně může zažívat pocity, kdy se člověku nic nechce, nic ho nebaví. Dá se říci, že toto je v životě lidském „normální“. O poruchách nálady lze hovořit až v případech, kdy se toto kolísání právě těmito normálními změnám nálad vymyká. Změny nálad v jejich závažné podobě ovlivňují fungování člověka ve všech oblastech jeho života. Vstupují do oblastí myšlení, chování, efektivnosti činností, motivace a v neposlední řadě do oblasti vztahů (Orel, 2016, s. 177). Mezi základní poruchy nálad patří mánie a deprese. Etiologie těchto poruch je mnohofaktorová.

Na biologickém podkladu jde o nedostatečné fungování neurotransmiterových systémů (nejsou zcela probádané), dále se může jednat o degenerativní změny mozku, či jiná tělesná onemocnění. V chorobopisech lidí s poruchami nálad lze vyčíst traumatické zážitky – pohlavní zneužití, fyzické či psychické týrání, smrt blízkých osob, změny v sociálních statusu (Raboch a kol, 2014, s. 261)

Mánie

Pro mánií je signifikantní nepřiměřeně zlepšená nálada. V případě prožívání velmi dobré nálady člověku pomáhají také skutečnosti ve vnějším okolí. Mánie však může existovat bez těchto „posilovačů“ nálady. Dalo by se říct, že člověk má výbornou náladu jen tak. Člověk srší optimismem, je mu příjemně a celkově působí velmi rozjařeně. Může se však vyskytovat i její pravý opak, který zahrnuje pocity zlosti a podrážděnosti (rezonantní nálada). Mánie zasahuje chování člověka, ten se jeví přehnaně aktivní, rozbíhá činnosti, které nedokončuje, má zvýšené sebehodnocení, a tedy i větší troufalost či odvalu něco konat, nebo utrácet peníze, toto souvisí také s nepřeborným množstvím vizí. Tyto vize mohou být spojeny s uměleckým zaměřením, touhou něco vytvořit, vymyslet. Tato představa může nabývat charakteru bludu s pocitem dotyčného o své

nepřekonatelnosti, výjimečnosti. V kontaktu s ostatními lidmi je nadměru komunikativní, přátelský, s touhou navazovat nové známosti bez jakýchkoliv morálních norem a častokrát se zvýšenou sexuální apetencí. Myšlení, zvláště pak řeč, je rychlá, typické je přecházení od tématu k tématu, pozornost je roztržštěná. V somatické oblasti je patrná snížená potřeba spánku bez pocitu únavy. Člověku v manické fázi chybí náhled na jeho počínání, nedokáže jej ovlivnit a není schopen odhadnout konsekvence svého chování, to pak může mít za důsledek značné materiální ztráty, rozpad vztahů. Průběh mánie mohou doprovázet také psychotické symptomy, může se projevit v podobě paranoidní, inventorní (představování objevů, zlepšováků), religiózní, konfuzní (typický chaos a zmatek) a stuporózní (nejméně častá, vyznačuje se „blaženou nehybností“). Mírnější stavem mánie je hypománie. Je provázená dobrou náladou, produkcí vynikajících myšlenek, vše se děje s možností samotného člověka tento stav upravovat, nedochází k zásadnímu ovlivnění jakýchkoliv stránek života (Orel, 2016, s. 177-179).

Deprese

Pojem deprese je dnes pojmem nadužívaným, protože jej lidé ve své komunikaci používají k vyjádření jakýchkoliv pocitů se starostmi běžného života. Jde však o závažnou poruchu. Stejně jako u mánie může mít také psychotické projevy. Obecně lze depresi definovat jako propad či pokles nálady do smutku. Pokles nálady s sebou nese jakési zpomalení, a to jak na fyzické tak mentální úrovni, chybí životní energie, oblíbené zájmy ustupují do pozadí (Kučerová, 2013, s. 23).

Myšlenky člověka v depresi postrádají optimismus, člověk může prožívat pocit své vlastní špatnosti, jako by byl bez hodnoty, nevidí „světlo na konci tunelu“. Do myšlení pak zasahuje narušení soustředění, pozornosti, paměti. Doprovázejícím jevem je prožívání úzkosti či strachu. Objevují se sebevražedné tendence. V oblasti uspokojování fyziologických potřeb je výrazná snížená chuť k jídlu, kterou doprovází úbytek tělesné hmotnosti, spánek většinou nepřichází nebo je předčasně přerušen. Tělo obvykle reaguje celkovým útlumem, možný je ale také neklid, kdy jedinec nevydrží na jednom místě, nebo si musí stále s něčím pohrávat, poklepávat. Pokud se člověk dostává do hluboké deprese, ztrácí tak zájem starat se sám o sebe. S tím jde ruku v ruce celkové stažení se ze světa sociálních kontaktů, až může dojít k absolutní izolaci a odmítání jakékoliv

pomoci. V prohloubené depresi se mohou přidávat psychotické příznaky (Orel, 2016, s. 180-181).

Současná klasifikace MKN-10 rozlišuje čtyři typy depresivních fází, a to lehkou, středně těžkou, těžkou bez psychotických příznaků a těžkou s psychotickými příznaky (Dušek a kol., 2015, s. 241).

Deprese se může vracet v pravidelných cyklech, ale také se stává, že po vymizení příznaků se už vrátit nemusí. Proto MKN-10 rozlišuje depresivní epizodu a periodickou depresi (Orel, 2016, s. 182). Kučerová (2013, s. 24-25, 98) pro výklad deprese používá původní rozdělení na endogenní a neendogenní, byť toto rozdělení MKN-10 již nepoužívá. Endogenní deprese má svůj původ uvnitř nás, ale popis původu není možný, protože není jasný ani pro člověka s depresí, ani pro samotné lékaře. Objevuje se jakoby sama od sebe. Depresivní ladění je pak trvalé a zvednutí nálady je naopak nemožné a nese s sebou další prohloubení zejména pocitů méněcennosti, že toho člověk není schopen. Kučerová (2013, s. 98) tímto chce poukázat na to, že „endogenní charakter depresivní poruchy může mít podle MKN-10 jednak deprese v rámci bipolární afektivní poruchy (F31), jednak depresivní fáze (F32) a dále periodická depresivní porucha (F33)“, protože v první fázi endogenní deprese nelze předpovědět její průběh a jedná se o jednu a tutéž nemoc.

Neendogenní deprese mají jasnou příčinu. Většinou se jedná o nějakou událost v životě člověka např. smrt, rozvod, nemoc, ztráty sociálního zabezpečení.

S pojmem deprese se pojí také termín larvovaná neboli maskovaná deprese, pod níž se skrývají různé somatické obtíže, které mají zastřít skutečnost, že se člověk nachází v depresivní fázi jako takové (Kučerová, 2013, s. 24-25).

Pokud dojde ke střídání fáze manické a fáze depresivní, pak se jedná o bipolární průběh, který je příznačný pro bipolární afektivní poruchu. Objevuje se v kterémkoliv věku vlivem různých faktorů. Manická a depresivní fáze se pak střídají různě často, probíhají různě dlouho a s různým rozsahem, častější ale bývají depresivní fáze. Pokud se fáze střídají velmi často, pak je prognóza mnohem více nepříznivá (Dušek a kol. 2015, s. 243).

Na tomto místě bych se ještě zmínila o trvalých poruchách nálad, kam patří cyklothymie a dysthymie. Obě poruchy ve změně nálady nedosahují takové intenzity

jako je tomu u mánie a deprese, typická je pro ně ale dlouhodobost, někdy přetrvávají celý život. U cyklothymie se střídá „lehká“ deprese s fázemi zvýšené optimistické nálady. Dysthymie je spojená s poklesem nálady, ztrátou energie, výkonnosti, pesimismem, a to de facto po celý život (Orel, 2016, s. 186).

Neurotické poruchy

Podstatou neurotických poruch je přítomnost úzkosti nebo strachu. Ty jsou dominujícími prvky těchto poruch. Úzkost se projevuje pocitem napětí z „něčeho“, byť neexistuje žádný důvod, aby se člověk takto cítil. Strach neboli fobie je reálný, člověk má strach z něčeho konkrétního, tento strach je však neopodstatněný, častokrát omezující život člověka. Do těchto poruch patří:

- fobické úzkostné poruchy
- jiné úzkostné poruchy
- obsedantně-kompulzivní porucha
- reakce na závažný stres
- poruchy přizpůsobení
- disociační (konverzní) poruchy
- jiné neurotické poruchy

Každá výše zmíněná kategorie obsahuje a popisuje několik typů poruch.

Chtěla bych se blíže zmínit o sociální fobii, která se projevuje strachem z okolního světa, ve kterém si člověk se sociální fobií vytváří představu, že bude pozorován, hodnocen především cizími lidmi, že se budou zaměřovat na něj a jeho potíže, že jej budou kritizovat (např. konzumace jídla, telefonování). K interakcím s jinými, neznámými lidmi, dochází v životě velmi často. Už jen samotný nákup v obchodě je jedna velká interakce s cizími lidmi, a proto je pro tyto lidi náročné nakupování, kontakt s prodavačkou, nebo setkání s lidmi, kdy se má vést nějaká konverzace, do které člověk neví, jak se má zapojit.

Generalizovaná úzkostná porucha se projevuje trvalým pocitem úzkosti. Člověk se pak nemůže odpoutat od svých myšlenek plných obav, potíží. Projevuje se také na somatické úrovni – třesem, bolestmi, točením hlavy, nauzeou.

Zajímavou skupinou duševních poruch jsou disociační poruchy, kdy dochází k narušení integrace mezi vědomím sebe sama, vzpomínkami, současnými pocity a tělesnými pocity. Jde o rozpad psychických nebo tělesných funkcí, někdy se tak děje společně, je narušena motorika a citlivost. V této skupině se objevují disociativní poruchy motoriky - narušení pohybu, disociativní křeče - podobnost s epileptickým záchvatem bez ztráty vědomí nebo mnohočetná porucha osobnosti - člověk má více osobností, které o sobě neví, ale každá má svůj způsob komunikace, chování, zvyky a vždy je aktuálně přítomna jen jedna osobnost (Orel, 2016, s. 188-198).

2 Terapie duševních nemocí

Tato kapitola se věnuje možnostem terapeutické léčby duševních nemocí, a to v nejširším slova smyslu, v kontextu biopsychosociálním přístupem, spirituálního aspektu nevyjímaje.

Při léčbě duševních nemocí je častokrát nezbytné zahájit biologickou léčbu neboli farmakoterapii, která má v hlavním zorném poli mozek a mozkové procesy, a to zejména pro zmírnění příznaků, které jednotlivá duševní onemocnění doprovází. Tato terapie zaznamenává úspěch, lze říci, že v mnoha případech působením psychofarmak na mozkové procesy jsou psychické nemoci stabilizovány. Přesto tato terapie není všespasitelná, potažmo přináší i své stinné stránky, mezi které patří nežádoucí účinky psychofarmak a další (Orel, 2016, s. 248). Jarolímek (2021, s. 49) je přesvědčen, že psychofarmaka ovlivňují organismus člověka z padesáti procent a zbytek je ovlivněno psychikou samotného člověka, např. postoje k samotné léčbě, akceptací vlastní nemoci. Orel (2016, s. 253) rozlišuje postoj lékaře i pacienta k léčbě na vyvážený, farmakofilní, kdy se přeceňují možnosti léků samotných, pak může docházet k předepisování a užívání více léků apod., a farmakofobní postoj, kdy se volí spíše postupy nefarmakologické a přeceňují se nežádoucí účinky.

Biologická léčba může být doprovázená léčbou psychoterapeutickou a dalšími přístupy rehabilitace.

Psychoterapie zaujímá na poli léčby duševních nemocí své významné místo. V psychoterapii se setkává psychoterapeut a klient/pacient. Cílem je navázat natolik bezpečný a důvěrný vztah mezi oběma aktéry, který je plný vzájemných interakcí či „akcí“ terapeuta prostřednictvím terapeutických prostředků. Terapeutických prostředků je celá řada a jsou odvislé od různých psychoterapeutických škol. Na konci psychoterapie je zaznamenán růst, změna na straně klienta, která mu umožní lépe zvládat své obtíže. Mezi tyto školy patří psychoanalýza, dynamická a interpersonální psychoterapie, kognitivně behaviorální terapie, terapie zaměřená na člověka, gestalt-terapie, logoterapie, transakční analýza, systemická psychoterapie, daseinanalýza, intergrovaná psychoterapie a další. Všechny přístupy mají jedno společné, a to je terapeutický vztah (Dušek a kol, 2015, s. 346). Orel (2021, s. 52) se v této souvislosti vyjadřuje o terapii jako o léčbě slovem, jehož síla může hodně pomáhat, ale také ubližovat

a skepticky hledí na neakreditované psychotherapeutické školy, z nichž vycházejí neakreditovaní psychotherapeuti. Kučerová (2013, s. 347) naopak hovoří o jakési základní psychotherapii v tom nejširší slova smyslu, kterou vykonávají de facto všechny pomáhající profese, a to zejména v podpoře člověka v jeho současném bolestném či úzkosti naplněném životě.

Šupa (in Vybíral, Roubal, 2010, s. 483) prezentuje psychotherapeutické přístupy, které se uplatňují v psychosociální rehabilitaci. Jedná se zejména o kognitivně behaviorální přístupy, přístupy zaměřené na člověka, přístupy podporující vyjadřování emocí, systemické přístupy, ale také dynamická psychotherapie. První a poslední z nich jmenovaná mají např. v oblasti léčby psychóz jiné prostředky vycházející z podstaty těchto směrů. Zatímco kognitivně behaviorální terapie (KBT) pracuje s nácvikem metod, které člověku pomohou lépe zvládat bludy, halucinace, a to odváděním pozornosti (relaxacemi, aktivitou), dynamická psychotherapie se snaží psychotické příznaky pochopit. Pracuje se v prostoru „ted' a tady“ s cílem integrovat prožívání člověka s duševní nemocí.

Stavros (2005, s. 19) je přesvědčený, že psychoanalýza nabízí nejen terapeutickou techniku, ale také možnost chápat psychické dění v jeho intrapsychické dynamice, zvláště pak u neurotických poruch, ale i u psychotických procesů lze rozpoznat psychodynamické funkce. Ve stejném duchu se zamýšlí Nancy McWilliams (2015, s. 26), jejíž slova znění takto: „Psychoanalytická klinická zkušenost naopak předpokládá, že se terapeuti snaží pomoci pacientům změnit nejen problematické chování a duševní stavy, ale také přijmout sebe samé s vlastními omezeními a dosáhnout zlepšení v následujících oblastech: celková odolnost, pocit schopnosti ovlivňovat věci ve svém životě, snášet širokou škálu myšlenek a pocitů...“

Za zmínku určitě stojí humanistický přístup preterapie, který vychází z reflektovaného kontaktu mezi terapeutem a klientem. Terapeut využívá techniky zrcadlení a směřuje k vytvoření příležitosti k posunutí klienta ze stavu, kdy nepřilíš komunikuje do stavu, kdy je schopen se jakkoliv vyjádřit.

Ze širšího úhlu pohledu na terapii mezi léčebné prostředky patří psychosociální intervence, kam řadí Jarolímek (2021, s. 50-56) mimo psychotherapii také spirituální pomoc, sociální poradenství, chráněné a tréninkové práce, chráněné a tréninkové bydlení.

Kučerová (2013, s. 139) krom psychoterapie hovoří o psychiatrické rehabilitaci, která zahrnuje techniky typu fyzikální terapie (vodoléčba apod.), sport, pracovní terapie, uměleckovýchovná terapie (arteterapie a další), terapie zábavné a rekreační (kino, výlety do přírody apod.). Šupa (in Vybíral, Roubal, 2010, s. 478) vysvětluje rozdíl mezi psychiatrickou a psychosociální rehabilitací, kdy psychiatrická rehabilitace je součástí psychiatrických pracovišť, kde se mohou dít veškeré aktivity Kučerovou popsané. Zatímco pojem psychosociální rehabilitace vznikl až se svépomocnými skupinami samotných lidí s duševním onemocněním a dnes se využívá zejména v sociálních službách. Dalšími metodami jsou elektrokonvulzivní terapie, transkraniální magnetická stimulace, nebo fototerapie (Orel, 2015, s. 146-147).

Zcela určitě mají v léčbě duševních onemocnění své místo expresivní terapie, a to muzikoterapie, arteterapie, biblioterapie, dramaterapie. Expresivní terapie jsou velmi účinným prostředkem při terapiích psychotických poruch. Psychotické výrazy nejsou skrze expresivní terapie označovány za nemocné, nezdravé. Mohou být naopak propojením mezi uměním a terapeuticky významnými body (Müller a kol., 2014, s. 323).

Xavier Amador (2019) přichází s metodou LEAP/4P. Jejím cílem je používání takových komunikačních strategií tak, aby pomohly získat důvěru člověka s duševním onemocněním s někým, kdo mu radí, co má dělat (v oblasti přijetí léčby, bydlení apod.). Teoretickými východisky této metody jsou Rogersovská terapie zaměřená na klienta, Kognitivní terapie Aarona Becka a Motivační terapie. Hlavními nástroji této metody jsou:

- *zrcadlové naslouchání*
- *prožívání s empatií*
- *práce na tom, na čem se lze shodnou (včetně dohody na tom, na čem se nejde dohodnout)*
- *pěstování partnerství*

2.1 Obvyklé životní trajektorie

Na život člověka se lze podívat z pohledu jeho kvality. Kvalita života je však velmi individuální. Hodnocení této kvality je velmi složitý proces, protože se zde odráží pocit pohody, který vychází z již zmiňovaného přístupu biopsychosociálního. Jednou ze složek

kvality života je pak proces uspokojování lidských potřeb. Holistické pojetí kvality života se opírá o model, který byl sestavený kanadským Centrem pro podporu zdraví a zahrnuje tři hlavní životní oblasti, a to „být“, „náležet“ a „realizovat se“ a slouží jako návod pro posouzení kvality života pohledem sledované osoby. Tyto oblasti jsou blíže specifikovány v podoblastech, ve kterých „náležet“ znamená mít vazbu k určitému prostředí – domovu, pracovišti, komunitě, a s tím se pojí sociální a skupinová náležitost - rodina, přátelé, odpovídající finanční příjmy, pracovní nebo vzdělávací příležitosti, rekreační možnosti (Šamáková, 2011, s. 31-32). Samotný název této podkapitoly vede k zamyšlení, jaké mohou být obvyklé životní trajektorie lidí s duševním onemocněním, s jakými obtížemi, krom nemoci, se potýkají a zda mají příležitosti podporovat kvalitu svého života. V této podkapitole budu také vycházet ze své zkušenosti z práce s lidmi s duševním onemocněním v rámci sociální služby sociální rehabilitace.

Péče o zdraví

To, jakým způsobem bude člověk s duševním onemocněním přistupovat k péči o své zdraví, je velmi individuální. Každý, kdo má zkušenost s duševním onemocněním, si vytváří své způsoby sebe podpory. Je možné využít individuální terapie, denní stacionáře, které slouží pro denní pobyt psychiatrický pacientů a mohou být alternativou hospitalizace nebo rozšířením ambulantní léčby, nebo krizová centra (Probstová, Pěč, 2014, s. 191-192).

Hospitalizace, potažmo rehospitalizace jsou součástí života lidí s duševním onemocněním. Samozřejmě, že ne všichni lidé s duševním onemocněním musí nutně být hospitalizováni. Za prvé většina lidí s duševním onemocněním nebývá diagnostikována a neléčí se. Podruhé některé duševní stavy, projevy lze zvládnout i ve spolupráci s ambulantním psychiatrem, s podpůrnou psychoterapií. V anamnézách našich klientů platí, že v minulosti mají za sebou několikero různě dlouhých hospitalizací. Většinou se jedná o hospitalizace na psychiatrickém oddělení Nemocnice Havířov, v Psychiatrické nemocnici v Opatovce nebo v CNS Třinec (Privátní psychiatrická a psychosomatická klinika). Výjimečně se objevují jiná místa napříč Českou republikou, pokud se však nejedná o léčbu závislostí a klient prošel léčbou závislostí ve specializovaných adiktologických zařízeních, nebo terapeutické komunitě, nebo pokud došlo k přestěhování klienta do jiného kraje a z něho se pak vrací do svého bydliště. Opakované

hospitalizace v životech klientů jsou přítomny. V případech paranoidní schizofrenie se toto objevuje velmi často. Po určitém „klidném“ období, přichází to, kdy jsou pozitivní příznaky zesíleny a klient častokrát sám, má-li nad svou nemocí jen trochu moci, je citlivý k varovným signálům, tak vyhledává psychiatrickou pomoc v podobě hospitalizace. Hospitalizace slouží k stabilizaci a návratu domů.

Práce

Práce patří k jednomu z důležitých aspektů života člověka. Práce přináší nejen zdroj finančních prostředků, je zdrojem sociálních vztahů, seberealizace, v neposlední řadě se podílí na sociálním statusu člověka ve společnosti.

Schopnost pracovat souvisí s intenzitou probíhající nemoci. Zaměstnávání lidí s duševním onemocněním má svá určitá specifika. Průběh nemoci není vždy statický, je spíše kolísavý (je náročné ustát pracovní tempo, režim, soustředění) a to je jeden z důvodů, proč zaměstnavatelé jsou méně ochotni lidi s duševním onemocněním zaměstnávat. Velká část lidí však je schopná pracovat, a to velmi kvalitně (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 127).

Další překážkou bývají praktické záležitosti spojené se vstupem do zaměstnání, a to poplatek za výpis z karty obvodního lékaře, poplatek na vstupní prohlídku, nebo dojezdová vzdálenost do možného zaměstnání, náklady spojené s jízdou. To jsou náklady nad rámec těch obvyklých. Vycházím-li z anamnéz našich klientů, tak ekonomicky jsou zajištěni invalidními důchody v různých stupních, které jsou anebo nejsou vypláceny. Pokud nejsou vypláceny, pak je člověk odkázán na systém dávek hmotné nouze, v případě bydlení na příspěvky na bydlení, doplatky na bydlení. Může čerpat v individuálních případech mimořádnou okamžitou pomoc. Není výjimečné, že člověk po zaplacení všech výdajů spojených s bydlením, úhradou za medikaci žije se dvěma tisícikorunami na měsíc. V případech, kdy mají vyplácené důchody, jsou spojené častokrát s insolvencí.

Vztahy

Vztahy lidí s duševním onemocněním jsou velmi často narušené, ale není to pravidlem. Narušení může vycházet již z primární rodiny, kdy blízcí nepřijali existenci duševního onemocnění, nedokážou adekvátně pomoci, nebo přes počáteční pomoc ji nakonec vzdali. Narušení vztahů může vycházet také z toho, že v rodině je více členů

s duševním onemocněním. Přátelské vztahy lidí s duševním onemocněním (vyjma závislostí) se pak zužují do velmi malého okruhu přátel, nebo zůstávají zcela sami, byť projevem určitých onemocnění je určitá izolace od okolního světa. Navazování partnerských vztahů a udržení se v nich je pro lidi s duševním onemocněním náročné. Má se za to, že pacienti jsou pro svou nemoc psychosexuálně nezralí ve vztahu ke svému věku. Zažívají pocity odlišnosti a s tím spojený pocit prohlubující se méněcennosti. Někteří se necítí na to přežít ve vnějším světě sami, a tak raději zůstávají u svých rodičů, a tím se jim zužuje jejich sociální „rybník“. Lidé s duševním onemocněním jsou plašší, a tak seznamování s potenciálními partnery bývá obtížné (Jarolímek, 2021).

Z anamnéz našich klientů vychází, že zažívají buď to konfliktní neuspokojivé vztahy, nebo se propadají do sociální izolace s přítomností syndromu samoty, který se projevuje tím, že se člověk nemá, na koho obrátit, nemá, s kým by promluvil, s kým by trávil svůj čas.

Volný čas

Trávení volného času je ovlivněno určitou pasivitou, která může být způsobená užíváním medikace, která může oslabovat vůli, schopnost se rozhodovat, plánovat, být aktivní, zapojit se (Jarolímek, 2021, s. 67). Mahrová (2008, s. 129) uvádí, že překonání společenské izolace, do které se lidé s duševním onemocněním mohou dostávat, jim znemožňuje naplňovat tuto potřebu. Je nutné poukázat také na fakt zmíněný výše, a to je nedostatek finančních prostředků, a tím snížení možnosti trávit volný čas ve veřejných prostorách.

Bydlení

Lidé s duševním onemocněním jsou častokrát ohroženi ztrátou svého bydlení a zároveň spousta z nich o své bydlení přijde. Důvodů je několik a mohou se navzájem ovlivňovat a souvisí s nemocí:

- neschopnost hradit náklady spojené s bydlením (nedostatek finančních prostředků)
- snížená schopnost udržovat bydlení v souladu s podmínkami nájemního bydlení
- porušování dobrých mravů, konflikty se sousedy

Toto vede v mnoha případech k vystěhování pronajímatelem, pokud člověk nemá jinou formu bydlení, např. byt v osobním vlastnictví apod.

Následuje přechodný život na ulici nebo v nevyhovujících formách bydlení jako jsou ubytovny, což jsou podmínky pro život navýsost nehostinné.

Obce dle zákona 128/2000 Sb. mají pravomoc uspokojovat potřeby občanů obce v oblasti bydlení. Spousta lidí si nemůže dovolit bydlet v bytě s tržním nájmem. V ČR však neexistuje legislativně ukotvená definice a systém sociálního bydlení (Mýty a pravdy o sociálním bydlení).

3 Reforma systému péče o duševní zdraví

Dosavadní systém péče o duševní zdraví bylo možné lapidárně rozdělit do dvou oblastí, a to oblast zdravotnictví, kam spadá veškerá zdravotnická péče o člověka s duševním onemocněním (psychiatrické nemocnice, psychiatrické ambulance, psychiatrická oddělení nemocnic) a dále oblast sociální, ve které je zahrnuto poskytování sociálních služeb cílové skupině osob s duševním onemocněním, jejichž forma může být ambulantní, terénní a pobytová.

System péče o duševní zdraví v ČR by se měl v současné chvíli opírat o Strategii reformy psychiatrické péče z roku 2013. Globálním cílem této Strategie je zvýšit kvalitu života lidem s duševním onemocněním, a to prostřednictvím nové koncepce sítě zařízení a služeb poskytujících péči. Strategii definované cíle jsou zaměřeny, jak na zlepšení kvality psychiatrické péče, tak na zlepšení životních podmínek pro lidi s duševním onemocněním. Strategie obsahuje čtyři důležité pilíře, a to psychiatrické nemocnice (ve Strategii léčebny), Centra duševního zdraví, psychiatrické oddělení nemocnic, ambulance. Samotnému vzniku strategie předcházelo několikero kroků v letech 2005 a 2007, které Česká republika učinila na poli Evropské unie, a to připojením se k dokumentům Deklarace o duševním zdraví, Akční plán duševního zdraví pro Evropu, Zelená kniha Komise Evropských společenství a dále k dokumentům WHO. Jednalo se spíše o formální akt (Strategie reformy, 2014).

Strategie reformy psychiatrické péče nastolila podmínky péče o duševní zdraví. Realizační období Strategie bylo plánováno na 10 let, tedy do roku 2023. Během této doby se realizovalo mnoho projektů, které byly financovány převážně z ESF, Státního rozpočtu ČR. Zároveň se během této doby začaly také ukazovat nedostatky v dokončení realizace, a to především v nedostatečné meziřesortní spolupráci na úrovni zainteresovaných ministerstev (MPSV, MZ, MMR). Proto vznikl Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030, který předkládá konkrétní postupy u těch částí Strategie, které se nepodařilo nebo nedaří implementovat (Národní akční plán, 2020).

Reforma psychiatrické péče přináší základní stavební kámen ve změně v psychiatrické péči. Kardinální změnou je zavádění systematického poskytování koordinované, vzájemně propojené péče zaměřené na zotavení (recovery). Síť služeb bude a na mnoha místech již je, provázanější, více koordinovaná a je podpořená

zaváděním multidisciplinárního přístupu, který v sobě nese podporu ve všech potřebných oblastech života člověka s duševním onemocněním, a to v celkovém zdravotním stavu, bydlení, práci, vztazích. Multidisciplinární přístup znamená propojení všech pracovníků, odborníků napříč sociálními službami, zdravotnickými zařízeními, místní správou, kteří mohou participovat na změně kvality života člověka s duševním onemocněním. Probíhá na třech úrovních, a to poprvé spoluprací profesí v rámci jednoho týmu, podruhé napříč jednotlivými službami, a potřetí zahrnuje spolupráci v rámci komunity (včetně místní samosprávy).

Reforma klade důraz na regionální síť služeb pro lidi s duševním onemocněním. Síť by měla být komplexní, zahrnovat jak zdravotní služby, tak sociální. V této souvislosti se hovoří o komunitních týmech, které mohou být úzce profilované na určitou cílovou skupinu, ale vždy jde o multidisciplinární tým, který poskytuje podporu člověku s duševním onemocněním v běžném životě. (Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017).

Z výstupů ze Zprávy z konference „Výzvy a příležitosti v reformě péče o duševní zdraví“, která proběhla ve dnech 14. -15. 9. 2022 je patrné, že reforma do svého závěru ještě nedospěla, jak již bylo zmíněno výše. V první a druhé fázi reformy se podařilo založit 30 Center duševního zdraví. V rámci reformy vzniklo 170 týmů, které fungují na třech úrovních multidisciplinarity. Dle zprávy tyto týmy pomohly k plynulému a zdárnému propouštění stovek pacientů z psychiatrických nemocnic, poskytly potřebnou podporu po propuštění v oblasti sociálních vztahů. S novým Národním akčním plánem se počítá se vznikem další dalších sedmdesáti Center duševního zdraví. Tyto vize se však střetávají s realitou nedostatku personálu ve zdravotnictví a psychiatrii vůbec (Výzvy a příležitosti, 2022).

3.1 Role služeb sociální rehabilitace

Ve všeobecném chápání významu slova rehabilitace se lze opřít o význam ve smyslu navrácení se k nějakému výchozímu, původnímu stavu. Pojem rehabilitace se používá napříč různými obory. Dle Psychologického slovníku (Hartl, Hartlová, 2000, s. 504) je rehabilitace v psychologii chápána jako péče o zpětné zapojení člověka do každodenního života po odeznění příznaků spojených s duševním onemocněním. Orel

(2016, s. 299) mluví o rehabilitaci v psychiatrii, která se zaměřuje jak na rehabilitaci samotného duševního onemocnění, tak na škody způsobené léčbou, ale v celostním přístupu jde o rehabilitaci pracovní, pedagogickou, sociálně-psychologickou. Vacková a kol. (2020, s. 18) prezentuje koordinovanou rehabilitaci, kde úspěšným faktorem je rychlé, ale zároveň plynulé a smysluplné úsilí o co nejširší zapojení člověka do běžných, v konkrétním životě pak obvyklých, aktivit života.

Sociální služby hrají v systému péče o člověka s duševním onemocněním významnou roli. Obecně jsou sociální služby poskytovány lidem sociálně znevýhodněným za účelem zlepšení kvality jejich života s důležitým akcentem na ochranu před riziky, které se mohou objevovat (Gulová, 2011, s. 32). V souvislosti s reformou psychiatrické péče byla posílena role konkrétní sociální služby, a to služby sociální rehabilitace.

Tato služba je dle Zákona č. 108/2006 o sociálních službách definována jako „soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí“ (Zákon č. 108/2006 Sb.). Vyhláška 505/2006 Sb. pak konkrétněji rozpracovává základní činnosti, které jsou v rámci sociální rehabilitace poskytovány, např. nácvik obsluhy běžných zařízení a spotřebičů, nácvik péče o domácnost. Nedílnou součástí jsou pak výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Služba může mít terénní i ambulantní formu. Terénní forma pak umožňuje setkávat se s klientem v jeho přirozeném prostředí.

Současná žitá praxe je taková, vztáhnu-li ji na podmínky naší služby, že úzce spolupracujeme s psychiatrickým oddělením Havířovské nemocnice, dalšími ambulantními psychiatry a Psychiatrickou nemocnicí v Opavě. Ve chvíli, kdy je ve výše zmíněných nemocnicích hospitalizován člověk, který bydlí v Havířově, tak se s námi spojí zdravotně sociální pracovníci a o této skutečnosti nás informují. Zároveň si domlouváme schůzku prvního kontaktu, který většinou probíhá na půdě nemocnic za přítomnosti personálu (zdravotně sociální pracovníci), kde zjišťujeme první potřeby. Po propuštění navazujeme dál ve spolupráci s klientem. Multidisciplinární spolupráce probíhá na pravidelných setkáváních se zdravotnickým personálem na psychiatrickém

oddělení Havířovské nemocnice s klientem, nebo se souhlasem klienta. Ve Slezské diakonii jsou pak multidisciplinární týmy sociální rehabilitace, které mají ve svém týmu na částečný úvazek psychiatra, psychologa, psychoterapeuta, všeobecnou sestru. Více mít v sociální rehabilitaci psychiatrickou sestru je aktuálně nemožné, protože psychiatrických sester je v regionu velmi málo.

3.2 Zotavení

Pojem zotavení neboli recovery se skloňuje všemi pády v souvislosti s reformou psychiatrické péče. Tento pojem jako vodítko v přístupu péče o lidi s duševním onemocněním se objevuje už v 80. letech 20. století. Anthony (1993) se v článku pro *Community Mental Health Journal* zabývá péčí o duševní zdraví orientované na zotavení a potřebou zajistit důkazy, které by potvrdily tento koncept. V praxi to znamená vytvoření prostoru pro výzkumnou práci s proměnnými, které jsou spíše opřeny o subjektivní výsledky a tudíž kvalitativní přístupy jsou důvěryhodnější. Anthony (1993) popisuje zotavení jako „hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností nebo rolí“. Ragins (2002) popisuje cestu k zotavení. Věřící, že se lidé zotavují i za předpokladu, že na jejich onemocnění neexistuje lék a zdůrazňuje rozdíl mezi vyléčením a zotavením. Při zotavení se vrací životní síla.

Lze konstatovat, že přístup zotavení je jedním ze základních přístupů v doprovázení lidí s duševním onemocněním. Tento přístup by měl být podporován komunitními službami, ale nejen jimi. Velmi důležitou úlohu zde hrají také zdravotníci napříč institucemi (psychiatrická nemocnice, psychiatrické ambulance atd.). Vzájemná spolupráce, ale především sdílení v myšlení ve vztahu k procesu zotavení je nezbytným stavebním kamenem. Stále se však ještě objevuje určité nepochopení, inklinace k zažitým způsobům léčebného procesu.

Hollander, Wilken (2019, s. 23) poukazují na rozdíl mezi zotavením a vyléčením, kdy vyléčení směřuje ke stavu před tím, než u člověka propuklo onemocnění.

Zotavení nemá být spojováno s vyléčením, je spíše výzvou pro změnu podpory lidem s duševním onemocněním tak, aby mohli vést život v bezpečí, důstojně a plnohodnotně ve svém přirozeném prostředí, komunitě (Davidson et al., 2006).

Nicméně ne vždy je možné této cílové mety dosáhnout. Zotavení je pak bytostně individuální metodou, jak se naučit žít svůj život se svou nemocí. Proces zotavení je procesem znovunabytí, znovunalezení identity a smyslu života. Součástí zotavování je i truchlení nad ztrátami, zpracovávání nepříjemných životních zážitků, traumat (Hollander, 2019, s. 23)

Deegan (in Hollander a kol. 2019, s. 22) popisuje podstatné charakteristiky zotavení:

1. Jedná se o primárně o vnitřní proces
2. Zotavení je proces, který obsahuje vzestupy a pády
3. Přijetí realistických faktů v životě – co se stalo, již nelze vrátit.
4. Přijetí životních faktů si vyžaduje velké úsilí
5. Zotavení je zároveň procesem učení a zrání
6. Zapojení dalších lidí v procesu

K hledání nového smyslu života je zapotřebí mít příležitost k odvyprávění svého dosavadního života, aby došlo k poskládání toho, co se v životě člověka vlastně děje. (Hollander a kol., 2019, s. 22).

Dle Raginse (2002, s. 9) má zotavení čtyři fáze:

1. Naděje
2. Zplnomocnění
3. Odpovědnost za sebe sama
4. Smysluplná životní role

Spaniol (in Hollander, 2019, s. 28) popisuje fáze zotavení takto:

1. Ochromení postižením, od něhož se směřuje ke stabilizaci, získání rovnováhy
2. Zápas s postižením a jeho následky, za nimž nabíhá proces reorientace, kdy člověk zpracovává zkušenosti, všímá si více své vlastní zranitelnosti, hledá smysl a novou identitu.
3. Život přesahující postižení, dochází k reintegraci, hledání silných stránek, člověk se zapojuje zpět do života, buduje si vztahy, může si hledat práci, smysluplně využívá svůj volný čas.

Zatímco Spaniolovy fáze (2002) se jeví coby na sebe navazujícími, Ragins je dle mého pohledu jednotlivé fáze propojuje v jakési svébytné koherenci.

Holoubková (2017, s. 21-22) shrnuje přehledové metastudie a výzkumy autorů Andresen a kol. (2003) a Leamy a kol. (2011), které se zaměřují na zjištění jednotlivých fází zotavení a jeho obecného modelu. První jmenovaný autor provedli přehledovou metastudii, ve které analyzovali pět kvalitativních studií se zaměřením na zotavení a jeho fáze. Tyto studie byly namířeny na onemocnění SMI (severe mental illness). Na základě této analýzy prezentovali návrh obecného modelu zotavení, který zahrnoval pět fází, z nichž první je charakteristická popíráním, beznadějí, zmatením, nejistotou a stažením se a je označována jako *moratorium*. Druhou fází s názvem *uvědomění* již prostupuje naděje, že zotavení je možné. Ve třetí fázi „přípravy“ přichází rozhodnutí se zotavit, což s sebou nese získávání informací o nemoci, hledání vnitřních i vnějších zdrojů (služby, sociální kontakty). Ve čtvrté fázi „obnovení či přestavby“ je hlavním cílem převzetí zodpovědnosti za vlastní zotavení, přehodnocení osobních cílů a cest k jejich dosahování. Pátá fáze je ve znamení „růstu“, kdy člověk ví, jak zvládat nemoc (výsledná meta zotavení a žije naplňujícím životem. Leamy a kol. (in Holoubková, 2017, s. 21-22) analyzovali třináct modelů zotavení z kvalitativních studií a na základě toho definovali pět fází procesu zotavení, které zpracovali do obecného modelu změny, který začíná fází propuknutí nemoci, ve druhé fázi člověk získává naději, která vede k odhodlání ke změně, třetí fáze je pak charakterizována rozvojem vhledu, bojem s nemocí. Ve čtvrté fázi člověk získává rozhodující dovednosti a samostatnost. V páté fázi se dostavuje život mimo nemoc a další osobnostní růst.

3.3 Naděje

Kruger (2000) ve spojitosti s léčebným přístupem ke schizofrenii hovoří o změně paradigmatu k této nemoci. Model myšlení, ve kterém se schizofrenie nedá léčit, jen se zhoršuje. Ta změna nastává ve vědomí nadějného paradigmatu schizofrenie. Naděje zaujímá své velké místo už zde, na úplném počátku. Obraz člověka se schizofrenií se může zcela změnit, když se k tomu obrazu připojí naděje. Také Ragins (2002) v souvislosti se zotavením mluví o naději.

Ptáček (2020, s. 15) si v úvodu publikace pokládá otázku, zda je naděje pozitivním jevem, který nás provází v průběhu celého života. Přiklání se k tvrzení v kontextu moderní psychologie, že se jedná o jev v rovině osobnostního postoje, hlubokého

přesvědčení, který jednoduše funguje. Funguje přesvědčivě, byť mechanismy spouštění a udržování naděje nejsou popsány.

Naděje nás provází, dalo by se říct, na každém kroku. Křivohlavý (2004, s. 23) opírá uvědomování si naděje na cestě k cíli, ale za předpokladu, že se do cesty k cíli postaví nějaké překážky, které musí být překonány.

Slezáčková (2012) popisuje naději jako pozitivní emoci, která se však od ostatních pozitivních emocí jako je radost, pobavení, inspirace liší tím, že ji většinou zažíváme v situacích, které jsou náročné, nepříjemné a přinášejí starosti. V ohnisku naděje je to, že se nepříjemná situace může změnit, že může být lépe. Naděje dává sílu a odvahu hledat východiska, je inspirací pro lepší zítřky. Naděje je mnohorozměrný fenomén umožňující vyrovnávat se nepříjemnými situacemi v životě díky očekávání pozitivního výsledku, nebo změny. Snyder (in Slezáčková, 2012, s. 74) chápe naději jako úmyslný proces, který tvoří dvě složky, snaha a cesta. Snaha je schopnost jít záměrně za dosažením, splněním cíle (motivace). Cesta je prezentována schopností nalézat jeden nebo více způsobu k naplnění cíle.

4 Výzkumná část

Tématem mého výzkumu je prozkoumání zkušeností pracovníků služeb sociální rehabilitace s přístupem zaměřeným na zotavení v podpoře lidem s duševním onemocněním. Přístup zaměřený na zotavení je v podpoře lidí s duševním onemocněním velmi silně proklamován. Zotavení jako proces životního vývoje v nemoci je prozkoumán zejména prostřednictvím osobních zkušeností lidí s duševním onemocněním. Ve svém výzkumu se chci však zaměřit na služby sociální rehabilitace a jejich pracovníky, kteří hrají v procesu zotavení klíčovou roli a kteří jsou nositeli tohoto přístupu. Zajímá mne každodenní žitá praxe pracovníků těchto služeb, zkušenosti pracovníka s přístupem zaměřeným na zotavení, jak jej vnímají a vidí.

5.1 Metoda

Zotavení z pohledu žité, na zotavení zaměřené praxe pracovníků služeb, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním není dostatečně prozkoumáno. Účelem je identifikovat ve zkušenosti respondenta důležitá témata. Vzhledem k cílům práce byl výzkum realizován z perspektivy pracovníků, kteří s přístupem zotavení mají svou zkušenost.

Metodou analýzy byla zvolena Interpretativní fenomenologická analýza (dále IPA). Tato metoda dle Koutné Kostínkové a Čermáka (in Řiháček, 2013, s. 9) se rozvíjela s rozvojem oboru psychologie zdraví, který se zabývá také hledáním činitelů, které se podílí na udržování zdraví. IPA se ve svém nejjednodušším chápání zabývá výzkumem subjektivní, neboli osobní reflexe, myšlení, prožívání vztahujících se k různým nemocem, postižením, zvládání stresových situací.

Metoda se zaměřuje na detailní porozumění žité zkušenosti respondenta, což je vlastní fenomenologii. Ta je tak jedním z teoretických zdrojů metody IPA. Fenomenologie chce zachytit jedinečnou, individuální zkušenost určitého člověka, ale tak, že do něj nevstupuje předchozí porozumění situaci, ani jeho interpretace. Ve výzkumu se však nedá plně zamezit tomuto předporozumění. Proto je důležité ve výzkumu, který je založený na interpretacích si uvědomovat vliv interpretací výzkumníka i respondenta. Fokus zkoumání je ve zkušenosti daného respondenta

a v utváření jednotlivých významů své zkušenosti (Koutná Kostínková, Čermák, in Řiháček a kol. 2013, s. 11). Další dva teoretické zdroje metody IPA stojí v hermeneutice a idiografickém přístupu, tím se liší od tradiční kvantitativní výzkumné perspektivy v psychologii. Výzkumný proces v hermeneutickém přístupu staví na bázi hermeneutického kruhu, který spočívá ve dvojím porozumění, a to nejprve porozumění zkušenosti samotného respondenta se sledovaným jevem a podruhé v porozumění výzkumníka této zkušenosti. Výzkumník pak vytváří komentáře k tomu, jaký smysl přikládá respondent své zkušenosti. Tyto interpretace dokládá v úryvcích z jednotlivých rozhovorů. Idiografický přístup zajišťuje zkoumání a porozumění individuální zkušenosti u konkrétního respondenta, a teprve pak dochází k propojování a hledání společných témat v souboru respondentů (Koutná Kostínková, Čermák, in Řiháček a kol., 2013, s. 11-12).

5.2 Cíle a výzkumné otázky

Na základě zvolené metodologie výzkumu jsem formulovala výzkumnou otázku a cíl práce.

Výzkumná otázka:

Jaké principy a postoje se objevují v popisech zkušeností pracovníků služeb sociální rehabilitace v každodenní žité, na zotavení zaměřené praxi?

Cíl práce:

Zanalyzovat a identifikovat u pracovníků principy a postoje žité, na zotavení zaměřené praxe prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy.

5.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výběr výzkumného souboru byl záměrný. Oslovila jsem pracovníky služeb sociální rehabilitace organizace Slezská diakonie. Slezská diakonie je poskytovatelem mnoha sociálních služeb v regionu Slezsko. Já jsem oslovila služby sociální rehabilitace s místní působností ve městech Frýdek – Místek, Ostrava a Bohumín, Bruntál a Karviná. Pracovníky, které jsem oslovila se zapojením do mého výzkumu, jsou v různých pozicích, a to jak vedoucích, tak ve funkcích koordinátora služby či sociálního pracovníka. Oslovila jsem pracovníky, kteří ve službách pracují 3 a více let, a tudíž se dá očekávat,

že s přístupem zaměřeným na zotavení mají zkušenosti. Tři sociální služby, ve kterých pracovníci pracují, mají definovanou cílovou skupinu směrem k osobám s mentálním postižením, duševním onemocněním, kombinovaným postižením. V jednom případě je definovaná cílová skupina pouze směrem k lidem s duševním onemocněním. Věk a vzdělání respondentů byl zjišťován po rozhovoru.

Tabulka č. 1 – Základní informace o respondentech

Respon- dent	Věk	Pohlaví	Vzdělání	Cílová skupina sociální služby	Místo	Délka praxe
1	43	Žena	VŠ - Bc. - obor sociální práce	Lidé s mentálním postižením, duševním onemocněním, kombinovaným postižením	Frýdek - Místek	5 roků
2	38	Žena	VŠ - Mgr. - obor sociální práce	Lidé s duševním onemocněním, mentálním nebo kombinovaným postižením	Bohumín	4 roky
3	39	Žena	VŠ – Bc. – obor sociální prevence	Lidé s mentálním postižením a duševním onemocněním,	Bruntál	10 let
4	49	Žena	VŠ – Mgr. – obor sociální pedagogika – prevence a resocializace dospělých osob	Lidé od 18 let věku s duševním onemocněním	Karviná	4 roky

5.4 Sběr dat

Sběr dat proběhl prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor zamezí rigidnímu nastavení, kdy je nasnadě se respondenta doptávat na jeho popis zkušenosti, a tím umožňuje respondentovi volně hovořit o tématu. Otázky respondentům nebyly zaslány předem, bylo sděleno zaměření rozhovoru, a to „rozhovor na téma na zotavení zaměřeného přístupu v podpoře uživatelům ve službě sociální rehabilitace“.

Rozhovor mapoval 4 okruhy zkušeností respondentů

- zotavení jako přístup v práci s klientem
- co znamená a jak se projevuje naděje v práci s klientem
- kde jsou limity v přístupu zaměřeném na zotavení
- kde jsou otevřené dveře pro zotavení

Všem respondentům byl zaslán před rozhovorem informovaný souhlas, se kterým se mohli seznámit a před zahájením rozhovoru svůj souhlas vyslovili. Se třemi respondenty proběhl rozhovor při osobním setkání v zařízení, kde respondent pracoval. S jedním respondentem proběhl rozhovor online formou (google meet). Před rozhovorem došlo k uvolnění atmosféry neformálním rozhovorem na různá témata dle respondenta (hory, aktuální životní spokojenost, děti). V průběhu rozhovoru jsem se zaměřovala také další aspekty situace v souvislosti s vedeným rozhovorem. Bezprostředně poté, již bez respondenta, jsem si udělala několik poznámek týkajících se zejména aktuálně prožívaného naladění, neverbálních projevů respondenta atd. Při rozhovoru jsem se držela základní osnovy otázek, které byly konzultovány s vedoucím práce. V rozhovorech pak byly použity další otázky, které téma více rozvíjely. Z rozhovoru byl pořízen zvukový záznam. Tento zvukový záznam byl doslovně přepsán s pomocí funkce „přepsat“ v textovém procesoru MS Word. Textový procesor některé pasáže zaznamenané mluvené řeči přepisoval s chybami, takže jsem za poslechu jednotlivých rozhovorů prováděla korekci v textu tak, jak to respondent říkal. Pro zachování autenticity řečeného jsem zanechala v přeepsaném textu všechna vycpávková slova.

5.5 Proces analýzy dat

Data jsem analyzovala dle postupu, který interpretativní fenomenologická analýza poskytuje dle Smith, Flowers a Larkin (in Řiháček a kol. 2013, s. 9). Začala jsem nultou fází, ve které jsem provedla osobní sebereflexi k danému tématu, pokládala jsem sama sobě otázky, které jsem si zaznamenala. Po každém rozhovoru, který jsem přepsala, jsem si ho vytiskla a několikrát v různých časových odstupech četla. Také jsem k tomu následovně provedla opětovně poslech nahrávky se záznamem daného respondenta. V této fázi jsem již do vytištěného textu označovala pasáže, extrakty, slovní spojení, v nichž jsem identifikovala významovou jednotku. Tyto významové jednotky (šlo

o úryvky dat, počáteční citace) jsem převedla do programu MS Excel, který umožnil mnohem lepší práci s těmito extrakty, které se v programu mohly lépe přeskupovat a spojovat. Výsledkem byl soubor, který obsahoval komentáře a stručný popis obsahu vznikajícího tématu. V této fázi došlo také ke konfrontaci se záznamem rozhovoru. Od některých témat jsem upustila, a to z důvodu otázky, zda téma reflektuje výzkumnou otázku. Ukázka vznikajících témat je uvedena v tabulce níže. Následně jsem témata respondentů syntetizovala do společných propojených témat. Tuto syntézu jsem taktéž prováděla v MS Excel, abych mohla s jednotlivými obsahy lépe pracovat. Využívala jsem také barevného odlišení.

Tabulka č. 2 – Vznik témat

Extrakty – počáteční citace	Počáteční poznámka	Vznikající téma
Naděje se děje, když se spojí to, že dávám naději, ale vytvářím prostor, aby ji klient opravdu viděl.	Pro naději vytvářím prostor	Vedení k naději

5.6 Reflexe vlastní zkušenosti s fenoménem zotavení

V sociálních službách pracuji již několik let, dlouhodobě s cílovou skupinou dětí a mládeže a uživatelů drog. Když jsem dostala nabídku pracovat ve službě sociální rehabilitace s lidmi s duševním onemocněním, byla to příležitost, o níž jsem si utvářela představy na základě své žité zkušenosti s mým vnitřním světem, který zejména v době dospívání byl stažen vůči okolnímu světu. Na tu zkušenost, dalo by se říct zkušenost s duševním onemocněním, mám celkem jasné vzpomínky spojené s exponovanou vnitřní nepohodou, nepříjemnými pocity, úzkostí. Od této zkušenosti uběhlo již mnoho let a sama přemýšlím nad tím, co se stalo, že exponace změnila tvar. Se samozřejmostí mohu říci, že jedním z vektorů změny bylo to, že jsem na to nebyla sama. Měla jsem podporu

v podobě psychoterapie, která se pyšnila neutrálností, otevřeností, přijetím. Dodnes jsem vděčná za tento zážitek, který ve mně posílil víru v dobré začátky, průběhy i konce. Posílil, protože už předtím ve mně tato víra byla, jako bytostný přístup k životu. Vždy, když se setkávám s klientem, tak věřím ve změnu, v dobré okolnosti a také věřím, že je tím prostoupen náš kontakt, jako něco, co může být nakažlivé jako kýčání.

V této souvislosti mně vyvstává na mysl Carl Rogers a jeho přístup. Podle něj má v sobě každý člověk obrovský potenciál porozumět sám sobě a svému prožívání a má schopnost změnit své základní životní postoje, své sebepojetí i své chování. Když do něj vložíme důvěru, dokáže člověk převzít zodpovědnost a řídit svůj život. Jeho života ve své přirozenosti směřuje k růstu a rozvíjení jeho vnitřních možností (Nykl, 2012). S duševním onemocněním se setkávám v rámci sociální rehabilitace. Když jsem poprvé navštívila psychiatrickou nemocnici nebo psychiatrické oddělení nemocnice prožívala jsem velké rozpaky, nepochopení, ale i neuvěřitelnou, vyslovenou i nevyslovenou touhu otevřít všechny dveře. Zotavení je pro mě svoboda, potažmo osvobození. Osvobození od života žitého teď a tady a nastolení nového, změnou životních podmínek, změnou v sociálním okolí, nebo pak přijetím skutečností ve životě.

5.7 Reflexe rozhovorů s respondentkami

Pokud mohu reflektovat jednotlivé rozhovory, tak musím přiznat, že jsem pocítovala mírnou nervozitu, jak bude rozhovor probíhat, zda budou respondentky otevřené, zda se neocitneme v napjaté situaci. S úlevou musím říct, že se tak nestalo. Faktem je, že při položení první otázky jsem u všech respondentek vnímala mírné zaváhání, což se projevilo také v odpovědích, které obsahovaly otázky či pochybnosti nad tím, zda jde o přeřikávání teorie, či volné přemýšlení o tématu.

1. Po rozhovoru s Emou

S Emou jsem se sešla v konzultační místnosti služby sociální rehabilitace. Ema měla přesně vymezený čas, který může věnovat našemu rozhovoru. Konzultační místnost podléhá rezervačnímu systému, tudíž za hodinu jsme musely místnost opustit. Cítila jsem v tomto mírný tlak, zda vše stihneme. Ema však o tématu zotavení byla schopná mluvit velmi jasně a přímočaře, byla při rozhovoru uvolněná, avšak byla vidět její přemýšlivost o věci. Dokázala mluvit v určitých obrazech, kdy o zotavení mluví jako o louce plné

květů, které jsou zchváceny bouřkou, ale slunce je znova zvedá. Vypadala, že je téma pro ni důležité a zároveň ji baví téma rozvíjet. V některých situacích jsem z její strany cítila rozhořčení nad některými skutečnostmi při poskytování služby, které se projevily také v intonaci a razanci v mluvené řeči. Respondentka Ema po první otázce, která byla velmi otevřená „když se řekne zotavení, co tě napadá“, tak reagovala: *Není to prostě něco má svůj řád, co má svoje fáze, i když možná, teď si nejsem jistá tou teorií, možná jsou nějaké fáze. Zotavení se mi zdá, že jo, ale stejně tak si myslím, že to je hloubkové a u každého úplně jinak. Některé fáze nemusí proběhnout, některé se přeskochí. A nedá se to ani změřit.*“

S Emou jsem se cítila velmi dobře. Toto přisuzuji našemu přátelskému vztahu a osobnosti Emy, u které mám pocit opravdového přijetí.

2. Po rozhovoru s Lucií

S respondentkou Lucií jsem se sešla také v konzultační místnosti. Lucie na téma zotavení hovořila na základě teoretických znalostí, které nabyla. Na otázku zotavení odpovídá takto: *„Zotavení. Četla jsem knížku, Cesta ke zotavení od psychiatra, který měl vlastně rehabilitační centrum Village. A zotavení je pro mě...to řekla moje psycholožka, že když nejsou věci přirozené, mně se o tom strašně špatně mluví. Takže zotavení je prostě proces člověka, ne k úplnému uzdravení, ale prostě, aby on se naučil s tou svojí nemocí žít v takové míře dle svých individuálních, vlastně možností, jo.“* Lucie se v tématu držela výhradně zkušeností z praxe, kdy jsem cítila, že lpí na opravdovém významu sociální práce, kde se upozadňuje skutečný vztah s klientem, ale profesionální přístup pracovníka, který řeší situaci klienta.

3. Po rozhovoru s Danou

S Danou, jako jedinou respondentkou, probíhal rozhovor v online formě. Nervozita byla cítit u respondentky Dany, která na mou otázku odpovídá velmi úsečně a potřebuje se rozpovídat, o což žádá mě jako tazatele: *„Takový nějaký psychický a pohodový uspokojivý stav, kdy můžeš fungovat v běžném životě v té nemoci. A uchopení asi toho života jako po té nemoci, že nebo s nemocí, naučení se žít s nemocí. To je takovej jako, no u některých klientů úplně až abstraktní jako význam, že to zotavení, prostě začnou nějakým způsobem fungovat tak, jak je to, jako neumím konkretizovat vůbec.“*

Spatřuji, že bylo velmi rušivým faktorem to, že Dana seděla v kanceláři se svými kolegy. Sice byla izolována sluchátky, avšak ve chvíli, kdy vešel do kanceláře nějaký klient, tak měla tendence se věnovat jemu, a to rozhovor přerušovalo tak, že jsme se cíleně musely vrátit k tématu. Cítila jsem, jak mně v tom není dobře a zároveň jsem pociťovala zvědavost směrem ke klientovi, což mi chvíli poté trvalo se vrátit k Daně. Poté, co se Dana do tématu vnořila, tak se uvolnila a používala v rozhovoru hovorovou češtinu a specifické u ní bylo, že spíše mluvila ke mně, tedy ve 2. osobě čísla jednotného.

4. Po rozhovoru s Petrou

S Petrou probíhal rozhovor v kanceláři pracovníků, ve které tou dobou nebyli pracovníci. Ve vedlejší místnosti však probíhalo jednání s klientem a byly občas slyšet zvyšující se hlasy. Petra působila v odpovědích velmi pevně. Cítila jsem z Petry velkou citlivost vůči klientům a radost nad tím, když se práce s klienty daří. Respondentka Petra na otázku mířenou na zotavení odpovídá takto: *„Tak vím, že existuje spousta jako pouček a všechno, ale ještě než jsem jim, jako si o tom třeba zjišťovala víc, tak pro mě to bylo to, že člověk, který má duševní onemocnění i přesto, že se jakoby neuzdraví, tak se naučí s tím žít, což je jako něco, co si myslím, že je prostě potřeba v tomhle případě s nemocí, která jako vlastně zůstává v tom životě napořád. Takže tohle, asi existuje nějaká jako přesná definice, ale já ji v hlavě nemám.“*

5.7 Etika výzkumu

Každý respondent výzkumu byl seznámen se záměrem výzkumu, s jeho cílem. Účast ve výzkumu byla dobrovolná. S každým respondentem byl konzultován souhlas se zapojením do výzkumu a každý respondent tento souhlas vyslovil a následně stvrdil podpisem. Vzhledem k záměrnému výběru respondentů a možné identifikaci jsem anonymizovala údaje, které by mohly vést k identifikaci respondenta, a to změnou jejich jména. Neuvádím také jejich pozice v týmu, aby nemohlo dojít k následné identifikaci. Respondentům bylo vysvětleno, že při interpretaci výsledků bude použito anonymizované jméno respondenta.

5 Výsledky výzkumu

Výsledky samostatného výzkumu budou prezentovány v této kapitole. Výzkum byl zaměřený na prozkoumání podpory zaměřené na zotavení ve službách sociální rehabilitace. Na základě rozhovorů byla propojená výsledná témata a podtémata, které jsou prezentací výzkumného šetření pro účely diplomové práce.

V první části jsou prezentovány výsledky v podobě krátkých shrnutí jednotlivých respondentek. Další část se věnuje analýze vzniklých témat napříč všemi rozhovory. Jména respondentek byla změněna.

Za pomoci interpretativní fenomenologické analýzy bylo identifikováno 5 hlavních témat, ve kterých se objevují popisy principů a postojů na zotavení zaměřeného přístupu, které odráží zkušeností každodenní žité praxe pracovníků služeb sociální rehabilitace. Každé hlavní téma se větví do dalších podtémat. Témata i podtémata jsou znázorněny v následujícím přehledu.

Téma: Podpora v zotavení

Podpora v zotavení
respektující přístup
tempo - čas
nulový tlaky - bez povinností
hranice rehabilitace
důvěra

Téma: Naděje

Naděje
člověk je naděje
vedení k naději
naděje v možnostech a řešení

Téma: Limity ve zotavení

Limity v zotavení
osobnostní limity
nepochopení zvenčí
staré trendy

zákon
málo praxe

Téma: Nadějeplné vyhlídky

Nadějeplné vyhlídky
pochopení zvenčí
individuální přístup bez šablon a bez hranic
vzdělávání

6.1 Podpora v zotavení

Všechny respondentky se dotýkaly obsáhlejšího tématu, a to podpory v zotavení, které přinášely skrze svou zkušenost s jednotlivými klienty. Téma *Podpora ve zotavení* je dále rozděleno do podtémat *respektující přístup*, *tempo – čas*, *nulový tlak – bez povinností*, *překročení hranic*, *důvěra*.

Respektující přístup

Prostor pro klienta, pro jeho bytí a s tím související respekt popisují respondentky jako klíčový moment pro zotavení. Respekt je jakousi výlučnou hodnotou práce s klientem s duševním onemocněním. Respondentky jej popisují napříč, a to v různých oblastech, které s sebou nese práce s lidmi s duševním onemocněním. Jedna z respondentek Ema to uvádí ve své výpovědi velmi jasně, kdy respekt zahrnuje de facto vše, s čím klient přichází a sděluje to takto:

„Každopádně úplně na prvním místě a na 1000% je to respektující přístup, to znamená cokoli, co řekne, je přijímáno a je respektováno, i když je to něco třeba hrůzostrašného nebo něco, co víme, že jako nedopadne dobře, tak i tak to přijmeme. Jasně, můžeme s ním mluvit o nějakých těch rizicích. Ale jsme tady s ním a chováme se tak, aby se necítil odsouzen nebo nějak jako, jak kdyby pod námi. Takže respektující přístup.

Zatímco další respondentky se zaměřují na určité nuance v respektujícím přístupu, Dana popisuje prostor pro klienta, který vychází ze strany pracovníka projevující se v těchto podmínkách kontaktu s klientem.

„Já bych řekla, že u těch duševně nemocných je to nejvíc o tom... no seš tam posloucháš, ozveš se, dáš mu svůj čas, dáš mu úsměv na tváři, dáš mu lásku. Někdy úplně jako první člověk třeba. Nebo když to ještě vezmu. Dáš mu pozornost, prostor vyjádřit se. A třeba i společenský kontakt a prostor vyjádřit se ve společnosti.“

Respondentka Petra vnímá respekt v naplňování jakýchkoliv přání, které klient má.

„tohle zjišťujeme a hlavně i to, jaká jsou ta přání toho klienta bez ohledu na to, jestli se jakoby dají naplnit nebo nedají, ale jaké má přání, jakoby jak v tom svém životě dál pokračovat.“

Lucie jej vidí v situacích, kdy s klientem pracuje a dochází tam k nějakému přirozenému přerušení spolupráce.

„Jo, já s nima neukončuju smlouvu, já jim prostě nechávám prostor a oni vždycky prostě zavolají.“

Z výpovědí respondentek vyplývá, že respekt je přístupem, který je v procesu zotavení sehrává zásadní roli. Respekt k čemukoliv, co se ve světě klienta děje, ať už to je hrůzostrašné nebo snad podivné. Dá se předpokládat, že je to hodnota v přístupu pracovníka, o které se už nemusí mluvit. Opak je pravdou vzhledem k výpovědím respondentek a s ohledem na proces zotavení se jeví jako hodnotou kardinální.

Tempo – čas

Pracovnice služby sociální rehabilitace při práci s klientem zohledňují časové hledisko, které popisují jako významnou veličinu určující změnu v životě klienta, která může být u každého klienta rozdílná. Čas strávený s klientem je však také důležitý pro samotné pracovníky. Respondentka Petra to uvádí na příběhu klienta.

*„On toho chtěl strašně hodně, ale nic se nedokázalo...ve spolupráci nešlo dotáhnout do konce jo, k ničemu se neuměl vrátit, měl nastoupit zpátky do školy, taky se to nedařilo, prostě všechno bylo... pořád se to u všeho zasekávalo. My jsme pořád se snažili hledat, jako co je ten důvod, proč jako to tak je. **A my jsme až po opravdu možná půl roce zjistili, že ten zásek je v tom, že on kdysi, když jako měl takový jako špatný stav, tak on v paneláku, když chodil, tak nezdravil lidi. Jo prostě bál se pozdravit, měl takový stav, že je prostě nechce zdravit. A v něm zůstalo to, že on jim tím ublížil, že je nepozdravil, že oni ho mají jako za špatného a neslušného člověka, a na základě toho už nechtěl z toho bytu vyjít,***

protože on je potkal a on by na všech viděl, jak jako to mu to mají za zlé. Nás by to nikdy jako nenapadlo, že tohle může být taková věc“.

U jiného klienta ta stejná respondentka říká: *„má ještě ke všemu cukrovku a velké jako takové zdravotní problémy, takže začal to řešit a začal chodit s doprovodem k lékaři. Chtěl si vždycky najít práci, ale jednou selhal a už si myslel, že to nikdy nepůjde napravit. A takže samozřejmě takhle to zní jednoduše, ale to byly jako dlouhé časové intervaly a našel si práci, ve které zjistil, že mu to jde.“*

Respondentka Ema o čase potřebném při práci s klientem hovoří v tomto duchu.

„Zotavení je, že s ním trpělivě jako jdu tu cestu, když nějak upadne, nebo když mě poprosí o pomoc, tak mu jí samozřejmě dám, ale on je ten, co jako si řídí ten svůj život, co rozhoduje o tom, jestli udělá, jestli podá tam příspěvek nebo nepodá a podobně. Takže to je další věc, prostě respektovat jeho tempo a nevyvíjet na něho tlak.

Poslední respondentka Lucie reflektuje tempo klienta a vychází ze zkušeností, že člověk neříká vše při prvním setkání, a proto se musí čekat a být v procesu trpělivý.

Respondentky se shodují na tom, že člověk s duševním onemocněním potřebuje mnohem více času na to, aby mohl svou životní situaci ovlivnit, a zároveň tento čas potřebují také pracovníci, aby mnohem lépe poznali jeho životní situaci, motivy chování. Toto rozpoznání pak vede k mnohem lepší práci s klientem.

Nulový tlak – bez povinností

Pracovnice v rozhovorech otevírají téma tlaku na klienta, který může pocházet z různých stran směrem ke klientovi, což opětovně může ovlivňovat celou spolupráci. Respondentky o tomto mluví jako o špatné praxi, např. respondentka Ema se k tématu vyjadřuje takto:

„Prostě potřebuje se vymluvit, tak mluví a mluví čtyři schůzky do kupy, klidně jenom on a je to v pořádku...nebo je to člověk, který třeba je tak zasažený, že potřebuje mlčet jenom, prostě teď zrovna potřebuje s někým být, s člověkem. Nervu mu něco, že se ho prostě na silu něco doptávám, aby musel odpovídat nutím ho do odpovědi“

Respondentka Lucie se k nulovému tlaku vyslovuje takto:

„Já tomu člověku neříkám, co by se mělo dělat, já prostě.. ať si vybere svoji cestu. Já ho tou cestou provázím, akorát mu říkám, když se rozhodnete takhle, může to mít takové a takové následky.“ a pokračuje se zkušeností v multidisciplinárním týmu, kdy se lékař opíral o to, že klient nebo pacient musí dělat některé věci a Lucie toto přeformuluje klientovi do: *„já říkám, no měla byste jo, ale zase nikdo vám to nemůže přikázat jo.*

Respondentka Petra přináší příběh klienta a jeho klíčového pracovníka, který provázel klienta a našel pro něj aktivitu, která mu pomáhala ventilovat jeho emoce, a to ve slovech takto:

„Všechno mu vysvětlil, netlačil na něho, nechal ho, ať prostě... opravdu se úplně uvolnil. Úžasné jo.“

Respondentky vnímají, že může být při práci s klientem vytvářen tlak na klienta, který nemusí být pro klienta snesitelný, může být v odporu, v povinnosti něco plnit. Při uvolnění tohoto tlaku, resp. za ideálních podmínek, kdy tlak na klienta ani nevzniká, se může proces zotavení rozvíjet.

Hranice rehabilitace

Téma, které se skrze zkušenosti pracovníků sociální rehabilitace otevřelo, bylo téma hranic samotné sociální služby, která je častokrát určována osobnostním nastavením jednotlivých pracovníků. Respondentka Dana o tom hovoří následovně.

„Samozřejmě se taky bijeme s tím, že každý by to udělal jinak. Pro někoho je to překračování hranic, pro někoho je to základní úplně jako nabídka. Že někdo řekne, že toto je prostě moc, proč to jako děláte, někdo řekne, to je základ, co můžu udělat, aby se ten člověk postavil na nohy. Jo, a tak v tom se asi vždycky budou v týmu jako lidi bít.....No. Jo, někdo se bude držet pravidel, protože je to pro něho uklidňující. A někdo se bude držet vnitřního pocitu, protože jenom tak prostě se dokáže vcítit do toho člověka. A tak mu vlastně poskytnout i tu podporu jako nejlepší jo, ale každý na to i tak v tom týmu budeme mít každý jiný názor.“

Respondentka Petra tento fenomén popisuje na příběhu práce s klientem.

„A my jsme udělali to, že právě náš nový pracovník v sociálních službách dělá bojové sporty a chodí do lesa boxovat do pytle. A my jsme tomu klientovi navrhovali spoustu věcí. To všechno odmítl, protože všechno...nic mu nedávalo smysl, proč by to měl dělat. Tohle bylo jediné, na co zareagoval, že to si dokáže představit... on opravdu dostal ze sebe emoce a dostal ze sebe nějaký takový jako vnitřní vztek sám na sebe a tím pádem i na okolí a oni opravdu prostě byli v lese a mlátili do pytle.“

Respondentka Lucie k tomu příkládá také svůj příběh s klientem při hledání práce.

„Ted'ka ve stacionáři je klientka, která dělala v právu, která prostě nevím, co se tam stalo, ale přišla za mnou psycholožka, že jestli bysme pro tu paní, jestli bych nenašla nějakou práci, a to já říkám úplně super, ať mi řekne jaké právo dělá, jestli si na to troufne a já najdu témata a že já si ji vezmu na dohodu a že jednou týdně bych si ji vzala, ať mi řekne ty témata prostě právnické a až bude vědět, že by to zvládla, že se zeptám i vás jako vedoucích, jestli byste to chtěli využít.“

Hranice sociální služby je dána jeho definicí zákonem o sociálních službách, standardy kvality sociálních služeb, vyhláškou č. 505. Hranice služby sociální rehabilitace se rozvolňuje, rozpíná a zase smršťuje dle toho, jací pracovníci ve službě pracují. Toto rozpínání, které je udržitelné s ohledem na zákon, může být odrazovým můstkem pro zotavení konkrétního klienta.

Důvěra

Podtéma důvěry završuje téma Podpora v zotavení. A zároveň otevírá následující kapitolu s tématem Naděje. Důvěru respondentky ve svých výpovědích také propojují s nadějí. Vzbudit důvěru klienta není jednoduchá záležitost a je nezbytná pro vztah člověka s člověkem. Důvěra je kardinálním momentem práce s klientem, protože může přinášet právě onu zmiňovanou naději. Pokud jí není dost, nemusí se klient otevřít, sdělit vše potřebné pro porozumění a otevření prostoru pro zotavení, nebo to není záležitost, která přichází sama o sobě, ale vždy na základě dobrého kontaktu pracovníka s klientem. Respondentka Petra sděluje:

„člověk bude tři měsíce mluvit a teprve pak začne věřit“

Respondentka Petra chápe nedostatek důvěry jako možnou překážku v procesu zotavení, protože mohou být zamlčovány některé skutečnosti.

„Během navazování důvěry mohou být zamlčovány klíčové skutečnosti, kterou jsou potřebné pro zotavení.“

Respondentka Ema o tomto mluví v jiném kontextu, a to v principu, který má pro sebe pojmenovaný „o nás bez nás“ a s důvěrou velmi úzce souvisí.

„A některé dohody a některé rozhovory probíhají mimo přítomnost klienta, takže sociální pracovník sociální rehabilitace se domlouvá se sociálním nebo klíčovým pracovníkem chráněného bydlení. To ještě stále existuje, to se děje a je to špatně. To vůbec nepodporuje proces zotavení.“

Důvěra, která se vytvoří ve vztahu s klientem je důležitou podmínkou pro to, aby byl maximálně přístup zotavení podpořen. Častokrát to trvá dlouho, častokrát pracovník zprvu neví a nezná vše, aby mohl klientovi lépe pomáhat. Důvěra by měla být však prostoupená napříč jakoukoliv prací či činností, kterou pracovník dělá.

6.2 Naděje

Pracovnice služeb sociální rehabilitace se v průběhu rozhovoru také zamýšlely nad aplikací naděje do své praxe, jak k tomuto přistupují, jak s nadějí v práci s klientem nakládají. Jejich úvahy se budují v jednotlivé principy, z nichž nejzásadnější je princip, který je popsán v podtématu „člověk je naděje“. Dalšími podtématy v tomto tématu jsou „vedení k naději“ a „naděje v možnostech a řešeních“.

Člověk je naděje

Respondentky vnímají, že naděje přichází už vůbec s tím, že existuje služba sociální rehabilitace, její samotná existence přináší naději do života klienta. Sociální rehabilitace je místem, kde může člověk přijít, velmi jednoduše řečeno, že tam může být, může se projevit. A vzhledem k tomu, že službu sociální rehabilitaci tvoří lidé, tak výpovědi respondentek jsou zařazeny do tématu člověk je naděje. Respondentka Ema o tom vypovídá takto:

„samotná naděje je pro toho člověka samotného už v tom, že vůbec služba existuje, že je služba, která prostě je zdarma, je terénní, jo. Má i jako obsažené třeba jako i ty různé odbornosti, to jenom jako ve prospěch té služby, takže tím, že existuje sociální rehabilitace, tak to už je známka pro člověka. Ano, máte naději!“

Respondentka Lucie se na to dívá podobně, když říká:

„Já s nimi začnu spolupracovat a já jim prostě řeknu, v čem jako služba jim může pomoci, a to je vlastně, to se rovná naděje“.

Mnohem pregnančněji se význam člověka, neboli toho druhého v procesu zotavení objevuje ve výpovědích:

„Zas asi to jenom zopakují jako přítomnost toho pracovníka.“ (respondentka Ema)
nebo *„Ty ho opečuješ a on to začne pouštět a už to musí být jako taková jako naděje.“*
(respondentka Dana).

Tímto se potvrzuje, důležitost a nezbytnost služeb sociální rehabilitace. Z výzkumu vyplývá, že oprávněně byli služby sociální rehabilitace zapojeny do reformy psychiatrické péče.

Vedení k naději

Respondentky sdílí postoje ve vztahu k naději, jež může přicházet zvenčí prostřednictvím existence samotné služby, člověka v ní, zároveň však hovoří o tom, že je důležité samotné vědomí člověka, že naděje existuje, že ji je schopen přijmout a mít ji. Sociální rehabilitace se pak snaží o to, aby se v člověku otevřel prostor pro naději.

„Ale spíš jako jim pomáháme, aby ti lidé našli jakoby sami v sobě... A dokážu si představit, že mi někdo dává naději, ale já ji stejně musím jako objevit sama ve své hlavě.“ (respondentka Petra)

Dle výpovědí respondentek jde o vědomou práci klienta, kdy však na začátku přichází naděje od člověka, který vytváří podmínky pro to, aby klient našel naději sám v sobě. Respondentka Lucie se k tomu vyjadřuje:

„Máte prostě svobodu rozhodnutí, ale musíte si uvědomit, v čem vám to přináší, prostě naději, když to tak řeknu.“

Respondentka Ema v tomto smyslu ještě dokladuje fakt, že pocíťovaná naděje klientem může přicházet ve zcela rozličných momentech spolupráce s klientem. Zatímco pracovníci s nadějí pracují od samotného počátku, už jen tím, že jsou zde pro klienta, klient to takto nemusí prožívat.

„Ale on, kdybychom se ho zeptali, kdy začal cítit naději, to rozhodně nemusí být na začátku toho procesu. On to může jako pochopit nebo zacítit až tehdy, když když bude víc v pohodě. My ji dáváme hned na začátku, začínáme jí dávat tomu člověkov. Člověk jí zacítí podle toho, jak na tom je, taky může na začátku, anebo až v průběhu toho procesu.“

Naděje v možnostech a řešení

Ve vztahu k naději a práci s ní se respondentky shodně opíraly o možnosti a řešení, které člověku mohou nabízet. V tomto vnímají, že se děje naděje. Ve chvílích, kdy člověk má možnosti, tak má také naději, nebo že existuje nějaké řešení jeho situace, tak má naději. Pracovník pomáhá ty možnosti hledat a vidět, aby je mohli následovat.

„Ona nám řekla svoji situaci, my jsme jí řekli, co se může, že to půjde prostě pomaličku, ale že jdou nějaké věci prostě jo že, u nás je ten systém záchrany, ta hmotná nouze, že to prostě bude chvíli trvat, než prostě se zaplatí když tak dluhy, než si bude moct najít svoje bydlení.“

A i když neexistuje žádné řešení, tak už jenom to, že to má klient, s kým sdílet, tak je plné naděje. Vychází ze své prožívané praxe s klientem a uvádí to příkladech. Respondentka Ema to reflektuje ve výpovědi:

„že to nějak jako nezapadne a tohle vlastně nemá řešení. No vůbec, jako že se na něčem pracuje, i když to vypadá, že tohle nejde vyřešit. Přesto se to nějak jako spolu probírá. Pracuje se na tom, to všechno se... tam se prolíná naděje, že prostě tím, že se to řeší, tam je nějaká naděje na něco, třeba ne na úspěch, ale nějaká naděje tam je.“

Respondentka Petra toto téma komentuje podobně:

„Takže i přes selhání, aby viděli ty možnosti, které můžou jakoby následovat a vědět, kde hledat sílu k tomu realizovat všechny ty věci, které si naplánují, to znamená

od takových věcí, které se můžou zdát někomu běžné, ale oni třeba v nich ztratili ten smysl.“

6.3 Limity ve zotavení

Proces zotavení může brzdit nemálo skutečností. Skutečnosti, které mohou ovlivňovat práci s klientem nebo celkové nastavení poskytování sociální služby. Stává se, že k ovlivnění procesu zotavení přispívá osobnostní nastavení samotného pracovníka, nastavení pravidel služby, nebo dokonce nepochopení pro zotavení jako jedinečného a individuálního procesu každého klienta, a to autoritou na poli poskytování sociálních služeb. Z praxe pracovníků byla identifikována podtémata, která jsou následně podrobněji rozpracována, a to „osobnostní limity“, „nepochopení zvenčí“, „staré trendy“ a „kontroly“.

Osobnostní limity

Respondentky v tomto tématu poukazují na důležitost osobnosti pracovníka, který pracuje s lidmi s duševním onemocněním. To, jaký je pracovník, který pracuje s lidmi s duševním onemocněním hraje významnou roli v zotavení. Respondentky vnímají rozdíl mezi tím, kdy je pracovník v roli opravdový a kdy jde o naučené chování, postupy. Osobnost pracovníka by neměla postrádat opravdovost, která musí vycházet zevnitř, jednoduše pracovník je zároveň takový člověk. Respondentka Ema prožívá toto téma ve slovech takto:

„Opravdovost, asi opravdovost, což s tím jako dost souvisí, samozřejmě. I když jako respektující přístup může být i naučen. Jo, mám být respektující, tak budu respektující, ale tam někde vevnitř to mám trošku jinak, tak možná to s tím úzce souvisí. Pracovníci musí jako být vnitřně přesvědčení o tom, že fakt mají respektovat toho člověka a mají ho přijímat takový, jak je. Bud' je to naučené, a tak taky to nějakým způsobem podpoří zotavení, ale ideálka je zvnitřněnost a potom, když s ním jsem, když to mám zvnitřněné, tak jsem opravdová. Takže to, že ze mě cítí, že to opravdu není to naučené, je to opravdu jsem to já s tady s tímhle názorem.“

Respondentka Petra to vnímá podobně.

„takže to je podle mě úplně ideální spojení, když to nemá někdo jako jenom naučené, ale má to zvnitřněné, že takový doopravdy je.“

Respondentka Dana to ještě podtrhuje.

„Souvisí to s nastavením člověka. To, co děláš, tak děláš i v normálním životě, jakože s kýmkoliv, že to vlastně potřebuje každý.“

Respondentky poukazují na možný konflikt mezi tím, jaký je pracovník člověk a tím, jaký je pracovník ve své roli. Přístup zotavení, který je uplatňován vůči klientům by měl být pracovníkem zvnitřněn, nikoliv naučen, aby zotavení u klienta bylo co nejvíce podpořeno.

Nepochopení zvenčí

K dalším limitům v procesu zotavení přispívá nedostatek pochopení zvenčí. Jedná se o většinou o situace, kdy okolí klienta nemá zkušenost s lidmi s duševním onemocněním. Okolím klienta může být nový pracovník, který přechází z jiné služby, která měla cílovou skupinu osoby s mentálním postižením, protože ve třech ze čtyř případů jsou pracovníci ze služeb, které mají tyto dvě cílové skupiny. Okolím klienta jsou také na tomto místě chápány authority, které přicházejí do sociálních služeb a mají mandát nahlížet na poskytování sociální služby s cílem přinášet podněty ke zlepšování kvality poskytovaných služeb.

Respondentka Ema to uvádí na zkušenosti s evaluací služby, která v jejich službě proběhla.

„I když jako zřejmě byla odbornice oslovena, ona jako moc nepracovala se zotavením, CARe ten úplně shodila, že to je jako pro zdravotní služby dokonce je. Takhle to řekla, že to není pro sociální služby.“

Další respondentky vnímají častokrát také nepochopení od pracovníků, kteří s cílovou skupinou vůbec nepracovali, nebo od veřejnosti, kterou zastupují např. zaměstnavatele a jejichž výběr zaměstnanců podléhá neznalosti o duševních nemocech a mohou mít představu, že není proč upravovat pracovní režim, když člověk vypadá, že mu nic není.

„A další dvě pracovnice, které s námi v kanceláři nebyly a měly zejména jako mentálně postižené, tak když pak přecházeli na duševně nemocné, tak to fakt nešlo. Enhm, jo, protože základem u těch mentálně postižených nebo to viditelné bylo, přestože jednoduchý posun, tak posun, který byl vidět, byl měřitelný jo a naučil se podepsat, napočítal

do deseti. Jo, dobrý odškrtnuto a oni jako ze začátku nebyli vůbec schopni pochopit, že to, že přijde ten člověk a mluví, je to, co si můžeš pomyslně jakoby odškrtnout.“

Je patrné, že respondentky mají různorodé zkušenosti s nazíráním na danou problematiku. Jádro nepochopení zvenčí je však ve všech zkušenostech postaveno na neznalosti této problematiky, na neznalosti života člověka s duševním onemocněním. Respondentky toto považují za velké překážky, které mohou ovlivňovat proces zotavení.

Staré trendy

Dalším milníkem, který přispívá k tomu, že se zotavení nemusí dařit, jsou určité předpoklady, či zažitá trendy v poskytování sociální služby. Existuje předpoklad, že v sociální službě jsou výhradně zaměstnávání sociální pracovníci nebo pracovníci v sociálních službách. Pokud klient potřebuje terapii je ve valné většině odeslán k odborníkovi. Respondentky se však dotýkají tématu hlubších rozhovorů nebo technik, se kterými při práci s klientem pracují. Respondentka Petra se otevřeně zamýšlí nad hranicí mezi sociální prací a terapií ve službě sociální rehabilitace.

„že ta hranice mezi sociální prací a terapií je strašně úzká a že vlastně nemáme odbornost proto, vést nějaký jako terapeutický proces, ale ono se tomu nedá vyhnout. To prostě k tomu patří, protože přijdou otázky, které jsou prostě hlubší. A nejde se tomu vyhnout jenom proto, že já nejsem terapeut, prostě tohle tady už překračujeme nějaké moje kompetence.“

Rozhovory, mluvení, mlčení, popovídání, pochopení, provázení se objevují v popisovaných zkušenostech respondentek velmi významně.

„to je ta práce s tichem, takže na schůzce prostě se mlčí a je to taky v pořádku a je to to zotavení.... A pak jako to jednou skončí a i kdyby to neskončilo, i takhle je to v pořádku, tak takhle to prostě je.“ (respondentka Ema)

„Kolikrát se těch schůzek, jako se napovídáte, fakt jenom sedím, sedím a mlčím a do dokumentace co chceš napsat, přišel a popovídal si no.“ (respondentka Dana)

Otevírá se tímto téma osobnosti pracovníka sociální rehabilitace a jeho vzdělávání, prohlubování dovedností. Není to téma jenom 24 hodin povinného vzdělávání dle Zákona o sociálních službách, ale potřeb pracovníků při práci s touto s cílovou skupinou při zachování autonomie všech odborných postů typu psychoterapie. Nabízí se zahrnout

terapeutický výcvik do kurikula povinného vzdělávání pracovníka ve službě sociální rehabilitace.

Zákon

Poskytování služby sociální rehabilitace se děje v intencích Zákona o sociálních službách, potažmo pak standardů kvality poskytování služby. Naplňování těchto standardů je nezbytnou podmínkou pro poskytování služby. Zároveň je v sociálních službách kladen důraz na efektivitu v souvislosti s čerpáním veřejných zdrojů. V kontextu práce s lidmi s duševním onemocněním tyto dva vektory mohou značně ovlivňovat proces zotavení.

„bojujeme s nějakýma standardama, že udělej nějaké standardy k tomu, abys to mohl jo jako prokázat, že to jo. Když děláme standardy, tak vždycky říkáme, představ si, že přijde prostě nový člověk a mělo by se vzít metodiku a měl bys vědět, co děláš. No a to je to, třeba já s tím strašně bojuju, protože to prostě nejde.“ (respondentka Dana)

„Jo že jsme málo vyvíjeli tlaky, že to šlo vyřešit rychleji prostě“ (respondentka Ema)

Z výše uvedených citací je patrná jakási sešněrovanost, která se může v poskytování sociální služby objevovat a která odkazuje na naplňování povinností sociální služby jako takové, což v konečném důsledku nemusí prospívat službě s přístupem podpory v zotavení.

Málo praxe

Nedostatečná praktická zkušenost s lidmi s duševním onemocněním se týká také samotných pracovníků ve službách sociální rehabilitace. Praktická zkušenost jako základ k pochopení, co se s klientem v práci má nebo nemá být. Pochopení je dále podtrženo tím, jaké mají pracovníci také své životní zkušenosti. Respondetka Dana velmi jasně popisuje:

„Nepraxe je limit... Tak ty ty limity bych viděla v té jako neznalosti, málo rozhovorech. Hlavně si to musíš ošahat.“

a dodává svou zkušenost v jejich týmu:

„Víš a ty fakt jako, a dokud s nima vlastně nepracovali, tak i přes to, žes to vysvětloval, tak to nechápali a trvalo to rok až dva, kdy vlastně jo se styl jejich dokumentace začíná měnit v tom, že prostě je to o tom, že to ani nemůžeš napsat.“

Respondentka Lucie s tímto také ve svém týmu pracuje.

„nemá, jak bych to řekla ty komunikační schopnosti, anebo neumí se s těmi lidmi bavit tak, aby to bylo motivační nebo aktivizační rozhovor jako jo.“

„ona má hodně svoji životní zkušenost“

Respondentka Petra o tomto mluví v kontrastu toho, co chybí, ale co je spíše potřeba:

„Posouvá to jenom na vyšší level nějaké další vzdělávání, což ona o to má zájem posouvat to, posouvají to její nějaké zkušenosti v životní. Takže je to o lidech ne.“

V případech, kdy ve službě pracují pracovníci, kteří nemají potřebnou praxi, nebo životní zkušenosti, tak to může celkový přístup k zotavení ovlivňovat.

6.4 Nadějeplné vyhlídky

Nadějeplné vyhlídky poukazují na možný směr v přístupu zaměřeném na zotavení. Vychází ze zkušeností respondentek, které je v průběhu rozhovoru formulovaly. Všechny respondentky se k tomuto tématu vyjadřují v naději, že se některé věci mohou měnit dobrým směrem. Téma nadějeplné vyhlídky je rozděleno do tří podtémat *pochopení zvenčí, individuální přístup bez šablon, vzdělávání*.

Pochopení zvenčí

Pochopení práce s lidmi s duševním onemocněním a pochopení veřejnosti je vnímáno jako zásadní stavební kámen pro úspěch v přístupu zotavení. Respondenty v tomto podtématu vyslovují své představy směrem k tomu, co by se mohlo změnit, aby přístup zotavení měl ty nejlepší podmínky. Respondentka Petra to prožívá nejvíce směrem k veřejnosti, úžeji pak k zaměstnavatelům. Vidí velký potenciál v tom, když zaměstnavatel může klienta, člověka s duševním onemocněním poznat, zjistit, jaký je. Zároveň do této problematiky promítá svou roli pracovníka, který může zprostředkovat vysvětlující informace.

„To jsou takové překážky, ale se kterými se dá pracovat, dá se o tom mluvit. Dá se podat více informací, zprostředkovat třeba kontakt s tím člověkem tak, aby se seznámili. Jednodušší je mluvit s někým o někom, kdo ho zná. To znamená, když se s ním už seznámil. Promluví si s ním, zjistí, že to je prostě normální člověk.“

Respondentka Ema zase klade velký důraz na pochopení těch, kteří mohou sociální službu hodnotit ze své pozice.

„Takže změnit by se dalo to, aby nás donátoři nebo nějací evaluátoři, aby taky jako chápali proces zotavení, aby potom se na nás nezlobili.“

Dle výpovědi přetrvává trend, který v sobě nese složky vysvětlování, prezentování, osvěty tématu duševních onemocnění a možností zotavení v tomto směru, že se jedná o proces, který zahrnuje určitý časový úsek, zahrnuje ale také pochopení druhými.

Individuální přístup bez šablon a bez hranic

V procesu zotavení je velmi podstatný individuální přístup, o který se opírají také standardy kvality sociálních. Zaměřenost na individuální přístup je ve výpovědích respondentek velmi silný. Vnímají ho jako alfu a omegu ve své práci. Jakkoliv je proces zotavení individuální a jedinečnou záležitostí daného člověka, pak individuální přístup ke klientovi ze strany pracovníka tento proces jenom podpoří.

„Budeme mít 50 klientů a u padesáti klientů, budeš jednat úplně jinak.“ (respondentka Dana)

„Nic se nedělá podle nějakých šablon“ (respondentka Petra)

Individuální přístup však může narážet na rámec služby sociální rehabilitace, který je definován zákonem o sociálních službách. Nicméně ohýbáním tohoto rámce se proces zotavení daří.

„ať mi nikdo neříká, ale to je tak široké, že... jo prostě budeme dělat i tyhle věci, protože ty prostě můžou pomoci, budeme s nimi hrát šachy, budeme prostě na šlapadla, kde nikdy ten člověk nebyl, i přestože vedle toho bydlí, jo, půjdeme prostě jo. Procházka je prostě taky velká jako věc pro ně, protože se jich během té procházky někdo zeptá, jak se mají, protože jich se na to nikdo nezeptá. To je podle mě velký účinek, ač se to může

zdat, že to je jenom procházka. Asi je to úplně otevřené, co se dá ještě udělat.“
(respondentka Petra).

To, co podpoří zotavení a může být nadějeplnou vyhlídkou pro klienta je plná otevřenost tomu, co potřebuje. Jak uvádí respondentka Petra „je to tak široké“. Pro někoho to může být jenom kontakt s pracovníkem a povídání o tom, jak se má, někomu stačí pomoc s vyřízením nějaké dávky, někomu pomáhá procházka, jinému ventilace emocí třeba i skrze fyzickou aktivitu. Služby sociální rehabilitace mohou mít bázeň v tomto ohledu, zda to je či není jejich role, zda nejdou mimo zákonné činnosti, přesto příběhy klientů dokazují, že to je přístup, který má svůj smysl a zotavení podporuje.

Vzdělávání

Nepochybně vzdělávání v týmech sociálních rehabilitace přispěje k tomu, aby se podpora v zotavení prohloubila. Respondentky na toto nazírají jako na možnou změnu, která by měla nastat, aby pracovníci sociálních rehabilitací absolvovali doslova povinně vzdělávání v CARE metodě a Open dialogu. Respondentka Ema se na to dívá jasně, když říká:

„Jo určitě vzdělávání pracovníků, no to je na jistotu. Ne krátkodobé, ale výcvikové vzdělávání, mě jako v tom tématu a pochopení toho všeho fakt pomohl hodně CARE a Otevřený dialog. Jako i předtím jsem byla jako nastavena tak proklientsky, ale tohle tohle mi moc pomohlo. Takže ideální je, když celý tým, ať si to pak nemusí vysvětlovat a jeden řekne, ale já jsem na otevřeném dialogu nebyl, jo, já to nebudu dělat. Všichni celý tým jde na otevřený dialog a nějak tak spolu to prožijou tam na tom výcviku a pak to začnou aplikovat, což už tak vůbec není jednoduché.“

Vyjadřují se negativně vůči krátkodobým vzděláváním, které nemají tolik efektu jako dlouhodobé výcviky, které jsou zaměřeny také na sebezkušenost pracovníka. Respondentka Lucie je v tomto také velmi striktní a odmítá pracovnice posílat na krátká jednodenní, potažmo osmihodinová vzdělávání.

„Já apeluji na dlouhodobé výcviky, takže holky chodí na dlouhodobé kurzy. No jediné, prostě, se vzdělávat ve kvalitních kurzech. Jo, já neuznávám osmihodinovky, to je prostě...ale ona to má ale i v rámci sebe, jako poznávání sebe.“

Respondentka Dana sdílí tento postoj, je však spíše zaměřený na podporu v týmu v jednotlivých případech.

„V rámci multidisciplinárního týmu míváme psycholožku, která teď s náma probírá, i nás tak jakoby vzdělává. Navíc jo, že si můžeš jakoby zeptat i přímo i na jednotlivé klienty i na jo tak jako konkretizovat, že to je takové jako lepší než na nějakém všeobecném vzdělávání, kde není prostor pro to, aby sis to jako kladl. Že i třeba socháme třeba ty pocity.“

Je nasnadě, že kvalitní vzdělávání a otevřenost pro vzdělávání ze strany pracovníků vede k tomu, že se může proces zotavení ve službách sociální rehabilitace měnit.

6 Diskuse

Záměrem diplomové práce na téma specifika pomoci člověku s psychickou nemocí bylo popsat, jaké principy a postoje se objevují v popisech zkušeností pracovníků služeb sociální rehabilitace v každodenní žité, na zotavení zaměřené praxi.

Podpora v zotavení je základním specifikem pomoci lidem s duševním onemocněním. Z analýzy vyplynuly čtyři tematické oblasti, které se jeví jako podstatné s ohledem

na cíl práce – podpora v zotavení, naděje, limity, nadějeplné vyhlídky. Skrze tato témata došlo k identifikaci specifík pomoci. Jednotlivé oblasti byly ještě rozpracovány do dalších podtémat, která si zasloužila podrobnější rozpracování. V následující diskusi jsou konfrontována zjištění o principech a postojích na zotavení zaměřeného přístupu s existujícími informacemi z této oblasti. Význačná důležitost je pak věnována zjištěním, která přináší do této problematiky další pohled.

Zotavení bylo popsáno několika autory, nejznámější je pak Ragins (2010), který zotavení představil ve čtyřech fázích, a to naděje, zplnomocnění, odpovědnost za sebe sama, smysluplná životní role. Respondentky (Ema, Petra, Dana, Lucie) své výpovědi nestavěli skrze tuto teoretickou základnu, pracovali s ní jako s nástavbou. O zotavení hovořili v kontextu konečného výsledku, a to, že na konci je zotavený člověk, který přijal své onemocnění, naučil se s ním žít tak, aby mohl vést smysluplný život. Z výzkumu vyplynulo, že důležitým momentem v přístupu zaměřeném na zotavení vycházejícím ze zkušeností respondentů je respektující přístup, který je implicitně obsažený v přístupu zaměřeném na člověka. Respekt se musí projevovat ve všem, co klient dělá, jak se chová, jaká má přání. Tento přístup se opírá o teorii Carla Rogerse (Nykl, 2012, s. 8), neboli přístup zaměřený na člověka jako forma mezilidského vztahu, která podporuje růst a změnu. Tento princip je také popsán v Základních principech WHA Village „zaměření na celého člověka znamená být otevřený jeho silným i slabým stránkám, jeho schopnostem i omezením, jeho zraněním i darům“ (Fojtíček, 2013, s. 6). V těchto základních principech je také popsán další princip, který koresponduje s výstupy z výzkumu, a to že si „každý tvoří svoji cestu k zotavení sám a sám si i stanovuje i tempo svého zotavení“.

Pracovníci služby sociální rehabilitace jsou ti, kteří úplně identicky pracují s veličinou času, která v sobě zahrnuje tempo. Z pohledu chodu služby, práce komunitních týmu je toto stejně podstatné jako pro klienta. Lapidárně řečeno, že zotavení se děje, pokud má klient, ale i pracovník na tento proces dostatek času.

Respondentky v tématu zotavení často zmiňují obecně nastavovaný tlak na změnu klienta. Zotavení mnohem více prospěje, když se bude dít bez tlaků na klienta, že něco musí dělat, nebo že by měl. Opětovně to potvrzuje výše zmíněný výrok, že každý tvoří svou cestu zotavení. Ta cesta je ale dlážděná respektem, volností, bez tlaků, že něco klient musí dělat. Dalším výstupem z výzkumu je téma hranic sociální rehabilitace. Skutečnost, na základě zkoumání těchto čtyř případů, je taková, že sociální rehabilitace jako služba má velmi pružné hranice, které jsou odvislé od nastavení jednotlivých pracovníků v týmu, čili co je pracovník ještě schopen pro daného klienta udělat, aby to pomohlo k zotavení. Toto souvisí s diskusemi na téma, co ještě je a co už není sociální rehabilitace. Ta je definována zákonem o sociálních službách, má předepsané činnosti, z nichž většina má nácvikový charakter, ale respondentky mluví spíše o činnostech terapeutického zaměření, nebo volnočasových podpůrných aktivitách, které rozvíjí vztah klienta k sobě samému a vztah klienta a pracovníka.

Naděje jako fenomén, jehož mechanismy spouštění a udržování nejsou popsány (Ptáček, 2000, s. 15), je naděje respondenty v procesu zotavení prezentována skrze ztělesnění člověka. Služba sociální rehabilitace je tvořena týmem lidí a člověk je ten, který jako první vnáší do života člověka s duševním onemocněním naději, velmi jednoduše tím, že je. O výrok Křivohlavého (2004, s. 23), který říká, že naděje je, když má člověk cíl a na této cestě k cíli překonává překážky, lze opřít výsledky výzkumu, kdy respondentky mluví o naději jako o prostoru, který by měl být objeven, uvědomován samotným klientem. Bez vědomí naděje, naděje nemusí existovat. Znamená to, že pracovník může mít pocit, že naději dává, ale pokud si naději neuvědomuje klient, tak jakoby nebyla. Naději v souvislosti se zotavením vidí respondentky v tom, že de facto nemusí existovat cíl, ale vede nějaká cesta v podobě různorodého řešení a předkládání možností. Existuje-li nějaká možnost, je tady naděje.

Z přehledové studie zaměřených na zotavení z let 1994 - 2012 (Soundy, Brendon, Roskell, Williams, Fox, & Vancampfort in Holoubková, 2017, s. 24) byly identifikovány

tři faktory podporující zotavení, a to za prvé *přizpůsobení zvládnání a přehodnocení*, za druhé *reakce na nemoc* a za třetí *sociální podpora, blízké vztahy*. Sociální podpora dle této studie pocházela od rodiny, přátel, náboženské komunity. Z výzkumu této diplomové práce vyplývá, že sociální podpora pro člověka s duševním onemocněním přichází skrze sociální službu sociální rehabilitace.

Proces zotavení na druhou stranu mohou brzdit osobnostní limity. Literatura uvádí, jaký by měl být sociální pracovník, jaký by měl být vztah pracovníka s klientem (Matoušek, 2008, Kopřiva, 1997). Je to však ideální stav, k němuž se ne každý pracovník přibližuje. Proces zvnitřnění s důrazem na to, že je důležité, aby pracovník neměl svůj přístup jenom naučený, je významně popsán a vychází z výsledků výzkumu. Na podkladě teorie lze konfrontovat s teorií přístupu zaměřeného na člověka, kde je popsán pracovník jako ten, který je opravdový. To znamená, že je sám sebou, tedy autentickým, také vnímavým a otevřeným k sobě a konstruktivně také k druhému (Nykl, 2012). Ukazuje se, že na sociálního pracovníka ve službě sociální rehabilitace jsou kladeny mnohem vyšší nároky, které se také projevují ve výpovědích respondentek s poukázáním na to, že práce s klientem v sociální rehabilitaci častokrát otevírá prostor pro terapeutickou práci s klientem. Dá se konstatovat, že kompetence pracovníka by mohly být mnohem větší. O této skutečnosti hovoří také Probstová, Pěč (2014, s.18) o chybějícím systematickém pre - a postgraduálním vzdělávání, které by sociálním pracovníkům s touto cílovou skupinou napomáhaly zvládat náročné situace s klienty, ale i potřebný status.

Další fenomén brzdící proces zotavení je popisován směrem k zákonům, které určují podobu sociální služby.

Stává se a pochopitelně, že ve službách mohou pracovat pracovníci, kteří nemají dostatečné životní zkušenosti, nebo odpovídající praxi, která může podporovat proces zotavení. Pokud to tak ve službě je, pak se to může projevit na tom, jak zotavení bude probíhat.

Respondentky se v závěru rozhovoru zamýšlely nad tím, co by mohlo proces zotavení dále ještě podpořit, jaká by mohla nastat změna, která by zotavení podpořila. Všechny respondentky byly ve shodě, co týče vzdělávání, které by mělo být dlouhodobé, podporující zvnitřnění přístupu zotavení celým týmem, specificky pak CARE a Open

dialog. Potvrzujícím postojem, který podpoří zotavení je práce s širokou škálou možností, co se vše dá pro klienta udělat. V neposlední řadě dlouhodobá práce na destigmatizaci a osvětlování života člověka s duševním onemocněním.

7 Limity výzkumu

Výběr výzkumného vzorku je prvním limitem výzkumu. Výzkumný vzorek byl velmi specifický, jednalo se o pracovníky organizace Slezská diakonie. S tím souvisí další limit toho výzkumu, že i výzkumník je zaměstnancem Slezské diakonie. Z pohledu výzkumníka byl tento limit částečně posunut znalostí výzkumníka o chodu služeb Slezské diakonie jako autonomních jednotkách, jejichž postupy práce nejsou řízeny centrálně, nýbrž je podporován rozvoj uvnitř služby samotné.

Limitem výzkumu mohl být i fakt, že se výzkumník se všemi respondenty znal. Na úrovni pracovního vztahu. S jednou respondentkou je vztah bližší. Mohlo to vést k určité bázni otevřeně mluvit s obavou, že to, co respondent sdělí, může být nějak zneužito. Tato představa, byť nebyla vyslovená, byla rozptýlena přesným popisem toho, jak se daty bude dále pracovat, jak bude zajištěna anonymita respondenta.

Dalším limitem výzkumu je jednostranné bádání skrze pracovníky služeb sociální rehabilitace bez konfrontace klientů, kterým je služba poskytována. Perspektiva pracovníků je však také důležitým příspěvkem v péči o lidi s duševním onemocněním, protože vycházejí z reálných a prožívaných situací s klienty služby.

Posledním možným limitem je to, že výzkumný vzorek byl zastoupen pouze ženami.

Závěr

Tématem diplomové práce byla specifika sociální pomoci člověku s psychickou nemocí. Cíl práce, a to analyzovat a identifikovat u pracovníků principy a postoje žité, na zotavení zaměřené praxe prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy byl naplněn. Tímto výzkumem byla analyzována témata, která se objevovala ve výpovědích respondentů. Skrze témata se podařilo identifikovat podpůrné prvky v zotavení skrze zažívanou zkušenost pracovníků služeb sociální rehabilitace. Lze je demonstrovat v těchto výrocích:

- Absolutní respekt klienta (včetně podivností i hrůzostrašných sdělení)
- Akceptace tempa a času klienta
- Nevytvářet tlak na klienta s tím, že něco musí, že se něco má
- Hranice služby je častokrát dána osobní hranicí pracovníka
- Zotavení se neděje bez důvěry

Respekt klienta patří v sociální práci k základním principům při práci s klientem. Výzkum to jenom dokladuje, ale velmi pregnantně, v jeho krystalické podobě, který zahrnuje nejen respekt člověka jako takového, ale se vším, s čím do služby sociální rehabilitace vstupuje, se všemi podivnostmi, hrůzostrašnými sděleními. Čas a tempo, pokud se bude na ně pohlížet jako na možnou pomyslnou dráhu směrem ke zotavení, po které může jít každý dle svých možností bez vnějších tlaků, tak přispívá ke zotavení svým velkým dílem. Tlak, který může být vytvářen vnitřními i vnějšími zdroji, zotavení nepřispívá. Všeobecná představa, že změna musí nastat u člověka do nějaké doby od zahájení spolupráce, není funkční. Neexistuje žádné všeobecné měřítko, do kdy se má stát změna. Měřítkem změny je člověk sám. Posledním z výroků je výrok zahrnující důvěru. Důvěra je křehký mechanismus mezilidského vztahu. Pracovníci služby sociální rehabilitace by měli s tímto mechanismem umět pracovat. Respekt, tempo a čas, žádný tlak a důvěra jsou principy, které tvoří z výpovědí pracovníků základní stavební kámen.

V dalších tématech, a to *limity v zotavení a nadějeplné vyhlídky*, je důraz kladen na kompetence a osobnost pracovníka v sociální službě sociální rehabilitace. Proces zotavení může být ovlivněn přístupem, osobností samotného pracovníka. Důležitým osobnostním předpokladem je pracovníkova opravdovost, vnitřní nastavení, ne naučené

přístupy. To jsou také předpoklady, které souvisí s výrokem popsáním výše, a to, že hranice sociální služby jsou pružné a její rozpínání, posouvání se děje právě na základě toho, jaký je samotný pracovník.

Zajímavým výstupem z výzkumu je vnímání naděje respondenty. Lze konstatovat, že naděje je svébytnou hodnotou v přístupu zotavení a děje se skrze:

- Existenci služby sociální rehabilitace
- Sociální podporu – pracovníka služby, který tady je pro klienta
- Objevování možností a řešení v situaci klienta, které může být postupné.

Do vzdělávání pracovníků služeb sociální rehabilitace s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním by mělo být investováno mnohem více času, a tudíž více finančních prostředků. Mělo by být plánovité, které vede k vytvoření konkrétního vzdělávacího portfolia pracovníka pro osoby s duševním onemocněním. Zaměření by mělo být na dlouhodobé výcviky, tradiční absolvování výcviků v CARE a Open dialogu. Z výsledků vyplývá, že by pracovníci měli absolvovat psychoterapeutické výcviky, vzhledem k tomu, že práce s klienty bývá na pomezí terapie a sociální práce.

Seznam literatury

- Amador, X. F. (2019). Nic mi není! *Pomoc nepotřebuju!: jak pomoci duševně nemocnému, který odmítá léčbu*. Portál.
- Anthony, William A. (1993). *Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s*, Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4),11–23,
<https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/anthony1993c.pdf>
- Baštecká, B. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Portál.
- Davidson, L., O Connell, M., Tandora, J., Styron, T. a Kangas, K. (2006). *The Top Ten Concerns About Recovery Encountered in Mental Health System Transformation*, Psychiatric Services 57:640 645,
<https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2006.57.5.640>
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2., přepracované vydání). Grada Publishing.
- Fojtíček, M. (2013). *Aplikace závěrů studie „Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis“ na dva základní texty recovery centra MHA Village, Los Angeles, USA*. Seminární práce.
<https://www.zotaveni.cz/zotaveni-nazivo/55-co-je-a-neni-recovery-semiarni-prace>.
- Gulová, L. (2011). *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Grada.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Portál.
- Hollander, D. den, & Wilken, J. P. L. (2019). *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE* (Dotisk 1. vydání). Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- Holoubková, E. (2017). *Proces zotavení u osob s poruchami schizofrenního spektra* [Disertační práce]. Masarykova univerzita.
- Honzák, R. (2021). *I v nemoci si buď přítelem* (Druhé, revidované a doplněné vydání). Euromedia Group.
- Jarolímek, M. (2021). *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeuty*. Vyšehrad.
- Kopřiva, K. (2000). *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese* (4. vyd). Portál.
- Kruger, A. (2000). Schizophrenia: Recovery and hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 29–37. <https://doi.org/10.1037/h0095126>

- Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie*. Portál.
- Křížová, E. (2018). *Zdraví - kultura - společnost*. Karolinum.
- Kučerová, H. (2013). *Psychiatrické minimum*. Grada.
- Mahrová, G., & Venglářová, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Grada.
- Matoušek, O. (2013). *Metody a řízení sociální práce* (3., aktualiz. a dopl. vyd). Portál.
- Müller, O. (2014). *Terapie ve speciální pedagogice* (2., přeprac. vyd). Grada.
- Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 - 2030. (n.d.). Ministerstvo zdravotnictví.
<https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>
- Nykl, L. (2012). *Carl Ransom Rogers a jeho teorie: přístup zaměřený na člověka*. Grada.
- McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza: porozumění struktuře osobnosti v klinickém procesu* (přeložil Hana DRÁBKOVÁ). Portál.
- Mýty a pravdy o sociálním bydlení (n.d.)
<http://www.socialni bydleni.mpsv.cz/cs/co-je-socialni-bydleni/myty-a-pravdy-o-sb>,
online 3.3.2023
- Orel, M. (2015). *Na Freuda já nemám čas, doktore*. Portál.
- Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (2., aktualizované a doplněné vydání). Grada.
- Probstová, V., & Pěč, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Portál.
- Psychiatrická společnost ČLS JEP (2017). *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Galén.
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (Eds.). (2020). *Naděje v medicíně*. Grada.
- Raboch, J., & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Karolinum.
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.
- Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Grada.
- Strategie reformy psychiatrické péče ČR (2014) Databáze strategií - portál pro strategické řízení. (n.d.).

- Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2012). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy* (Vyd. 2). Portál.
<https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/strategie-reformy-psychiatricke-pece?typ=struktura>
- Šamánková, M. (2011). *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Grada.
- Vacková, J. (2020). *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace: u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. Grada Publishing.
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (Eds.). (2010). *Současná psychoterapie*. Portál.
- Zpráva z konference „*Výzvy a příležitosti v reformě péče o duševní zdraví*”(n.d.).
<https://reformapsychiatrie.cz/clanek/zprava-z-konference-vyzvy-prilezitosti-v-reforme-pece-o-dusevni-zdravi>
- Zákon o sociálních službách č. 108/2006. Retrieved March 10, 2023.
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Základní informace o respondentech

Tabulka č. 2 – Vznik témat

Přílohy

Příloha č. 1 Zkrácená ukázka procesu vzniku témat – respondentka Petra

Příloha č. 2 Zkrácená ukázka procesu vzniku společných témat

Příloha č. 1 Zkrácená ukázka procesu vzniku témat – respondentka Petra

Petra		
<i>Extrakty</i>	<i>Počáteční poznámka</i>	<i>Vznikající téma</i>
Tak vím, že existuje spousta jako pouček a všechno	Nemám žádnou poučku na zotavení.	Nejsem na poučky
ale ještě než jsem jim, jako si o tom třeba zjišťovala víc	Než si něco zjistila, bylo pro ní zotavení to, že člověk se naučí žít s nemocí	Žít s nemocí
Zotavení se nejvíc projevuje v individuálním přístupu ke klientovi	Zotavení nejvíc projevuje v individuálním přístupu	Individuálnost
Zotavení je otevřené	To, co se dá udělat pro to, aby to víc směřovalo k tomu zotavení, je velmi individuální	Zotavení je otevřené
Každý potřebuje něco jiného, i když se nám to může zdát podivné		Otevřenost pro podivné věci
Zjišťování toho, jaký byl průběh nemoc, co tomu předcházelo, co nemoc ovlivnilo	Respondentka a její tým se zaměřuje na zjišťování všech okolností životního příběhu, na nemoc, na přání, která se dají nebo nedají naplnit, za motivaci a síly,	Slepá mapa

	kde se dá načerpávat, na možnosti v důvěru v sebe sama, na hledání schopností klienta.	
Zjišťujeme přání klienta a je jedno, zda se dá nebo nedá naplnit	Za vším je potřeba hledat něco	Hledání přání
Zjišťujeme možnosti, jak se přání dá dosáhnout.	Hledají se maličkosti, které otevírají další dveře	Titěrná práce
Zjišťujeme motivaci, síly, kde čerpat, možnosti, kde je důvěra v sebe sama		
Participantka se snaží s týmem o zjištění schopností klienta		

<p>byl zavřený několik let jako v bytě. A sociální pracovnice města, jako s ním spolupracovala takovým jako jiným způsobem, než jsme k tomu přistoupili my. A postupně i samozřejmě velké přispění k tomu měla sociální pracovnice, která k tomu se postavila právě tak, jak on potřeboval. A opravdu během půl roku, on má ještě ke všemu cukrovku a velké jako takové zdravotní problémy, takže začal to řešit a začal chodit s doprovodem k lékaři. Chtěl si vždycky najít práci, ale jednou selhal a už si myslel, že to nikdy nepůjde napravit. A takže samozřejmě takhle to zní jednoduše, ale to byly jako dlouhé časové intervaly a našel si práci, ve které zjistil, že mu to jde. Zjistil, že se na něho lidé obracejí, protože je schopný. Samozřejmě tam je pořád spousta obav, ale jako myslím si, že to je jako velká změna v jeho životě, která mu právě v tom sebevědomí pomohla.</p>	<p>Postavit se k tomu tak, jak klient potřebuje. Dlouhý čas</p>	<p>Čas</p>
---	---	-------------------

<p>K zotavení přispělo navrácení sebedůvěry a sebehodnoty</p>		
<p>Získání sebedůvěry vedlo k hledání práce, chození mezi lidmi, cestování, přemýšlení nad budoucností, vztahy</p>		
<p>On toho chtěl strašně hodně, ale nic se nedokázalo, ve spolupráci nešlo dotáhnout do konce jo, k ničemu se neuměl vrátit, měl nastoupit zpátky do školy, taky se to nedařilo, prostě všechno bylo, pořád se to u všeho zasekávalo. My jsme pořád se snažili hledat, jako co je ten důvod, proč jako to tak je. A my jsme až po opravdu možná půl roce zjistili, že ten zásek je v tom, že on kdysi, když jako měl takový jako špatný stav, tak on v paneláku, když chodil, tak nezdravil lidi. Jo prostě bál se pozdravit, měl takový stav, že je prostě nechce zdravit. Jo a nás jako vůbec nenapadlo, že to může být ten důvod. A my jsme mysleli, že to je jako jo strach z lidí a strach jako</p>	<p>Zasekávání práce s klientem, nic pracovníky nenapadá, hledají, po půl roce zjistili</p>	<p>čas</p>

<p>selhání a strach z toho, že prostě bude muset jít ven do školy, ne, protože to bude náročné, ale to bylo v tom, že kdysi ty lidi nezdravil a teď proto se jim vyhýbá. Nás by to nikdy jako nenapadlo, že tohle může být taková věc, takže my pak hledali způsob, jak to odbourat. Jo třeba za všema osobně zajít a říct jim to. Ti si to ani nepamatují. Jo to bylo úplně dávno.</p>		
<p>Jo ale pro něho, aby on v sobě našel jakoby ten klid v tom, že to není problém a že to není něco, co ho může brzdit. Napadlo ho, že třeba jim napíše jako vzkaz jo jenom takový jako projev toho, že o tom ví a že s tím chce něco dělat, jo. A tyhle detaily to asi.</p>		
<p>Sociální pracovnice se k tomu postavila právě tak, jak to klient potřeboval</p>	<p>Individuální přístup se projevuje jakousi otevřeností, otevřeností i pro podivnosti</p>	<p>Respekt</p>
<p><i>Nic se nedělá s klientem podle nějakých šablon</i></p>	<p>Pracuje se bez šablon</p>	<p>Žádné šablony</p>

<i>Děláme věci postupně, netlačili jsme</i>		Pomalu, netlačit
Pracovník mu vše vysvětlil, netlačil, nechal ho, ať se opravdu uvolní		
Já si nejsem jistá, že jí dáváme. Ale spíš jako jim pomáháme, aby ti lidé našli jakoby sami v sobě.	Dávání naděje v pomoci hledat naději sám v sobě.	Dávání naděje
Nestačí říkat, to bude dobrý, to se povede, to se zlepší	Její představa je taková, že naději musí objevit každý ve své hlavě.	Objevit naději
Jo, tohle všechno je vlastně jako naděje do budoucna, ale to když to nepřijmu, že to tak opravdu bude, tak mi ji můžou říkat cokoliv.	Naději musí člověk přijmout, to je naděje do budoucna	Přijmout naději
Já mám naději spojenou se smyslem v to, co dělám, a když mi to dává smysl, tak mám naději, protože bude fungovat a že to tak půjde dál.	Dávání naděje, protože je o smyslu přesvědčená, potřebuje ji taky	
Naděje se děje, když se spojí to, že dávám naději, ale vytvářím prostor, aby ji klient opravdu viděl.	Pro naději se vytváří prostor	Vedení k naději

Já dávám naději, protože je o smyslu přesvědčená, potřebuje ji taky	Smysl pak může být v čemkoliv	
Naději má spojenou se smyslem v to dělám.	Naděje a smysl v to, co dělám je velmi provázané	
Uvědomuji si na základě svého přesvědčení, protože já ji potřebuju taky jako já. Já mám naději spojenou se smyslem v to, co dělám, a když mi to dává smysl, tak mám naději, protože bude fungovat a že to tak půjde dál.		
Naděje a smysl v to, co dělám je velmi provázané		
Smysl může být v čemkoliv		
Selhání nic neznamená, je to běžný bod v životě člověka, může být posilující, je třeba k věcem přistoupit jinak	Selhání nic neznamená, je to běžný bod v životě člověka, může být posilující, je třeba k věcem přistoupit jinak	Selhání nic neznamená
Po selhání lze vidět možnosti	Po selhání lze vidět další možnosti, objevuje se radost v tom být aktivní, dobře jíst, trávit čas nějakým způsobem	

Je dobré vědět, kde hledat sílu k tomu realizovat naplánované věci		
Klienti ztratili smysl v běžných věcech, jako stravování, pohyb, volný čas		
Objevuje se radost v tom být aktivní, dobře jíst, trávit čas nějakým způsobem		
Rozhovorem zjistit potenciál		Metoda
Ten pohled na lidi duševním onemocněním. Už v tom, že často někteří se zaleknou toho, když slyší, že je to člověk s duševním onemocněním a může to být jenom z nevědomosti. Ze zkušeností. To může být spousta důvodů, proč se toho zalekl. Může to být strach z toho, že to bude obtížnější. S někým takovým, třeba jednat, když to vezmu v oblasti práce, jo tam je to asi, takové jako nejčastější.	Rozvoj podpory lidem s duševním onemocněním brzdí pohled na lidi s duševním onemocněním. Pohled na lidi s duševním onemocněním plyne u nevědomosti, ze zkušenosti	Brzdy zotavení vně

<p>pokud to vezmu ze strany klientů, tak určitě to je asi pro pracovníka to nejtěžší získat jeho důvěru, protože bez té důvěry to nejde, tak člověk se neotevře, neřekne ty věci, které jsou zásadní, kolikrát pracujeme s nějakým klientem a on pořád jako něco dělá a my si říkáme, proč? Jako vždyť to nedává smysl. Pořád hledáme ty důvody a třeba až po půl roce zjistíme, že ten základ je úplně někde jinde a že nás to ani nenapadlo a teprve až to zjistíme, tak si řeknem, no tak teď. Už je to jasné, že jo.</p>	<p>Proces zotavení brzdí nedostatek důvěry mezi klientem a pracovníkem, kdy mohou být zamlčovány nějaké skutečnosti.</p>	<p>Brzda – nedostatek důvěry</p>
<p>překážku předchozí zkušenosti těch lidí, třeba když mají nějakou špatnou zkušenost. Já nevím s nějakou jinou sociální službou nebo i s nějakou zdravotnickou službou, tak tohle odbourat je někdy hodně těžké. Takže jsme, máme mít k tomu jako lidský přístup, aby aby ten rozdíl viděli a viděli, že jsme jako třeba takhle jiní trošku</p>	<p>Překážkou jsou špatné zkušenosti s jinou sociální službou nebo zdravotnickým zařízením</p>	<p>Out</p>

<p>zase někdo, kdo má pocit, že když to nejde vidět, že to nemůže být takové špatné, to znamená, když to zase vztáhnou na oblast práce. Tak někdo si myslí, že ten člověk vypadá úplně v pořádku a i přesto, že ho připravujeme na to, že třeba potřebuje čas, potřebuje si to pomalu osvojit. Potřebuje takový jiný přístup, potřebuje dělat pauzy, je snadno unavitelný. Tohle všechno, tak i tak má ten člověk pocit, že protože vypadá úplně normálně, takže to není zapotřebí, že jako jestli to náhodou trošku nepřeháním já.</p>	<p>Pracovní příležitosti jsou ovlivněny strachem, že to bude pro zaměstnavatele obtížné.</p>	<p>Out</p>
<p>S překážkami se dá něco dělat, dá se zprostředkovat kontakt se zaměstnavatelem, aby mohl zjistit, že je klient normální člověk</p>	<p>S překážkami se dá něco dělat, dá se zprostředkovat kontakt se zaměstnavatelem, aby mohl zjistit, že je klient normální člověk</p>	<p>Odbrzdnění</p>
<p>Překážka může být i to, že si někdo myslí, že když duševní onemocnění není vidět, tak je ten člověk normální, že to není takové špatné a nepotřebuje tedy jiný přístup</p>	<p>Překážka může být i to, že si někdo myslí, že když duševní onemocnění není vidět, tak je ten člověk normální, že to není takové špatné a nepotřebuje tedy jiný přístup</p>	

obavy... Čeho se lidi bojí nejvíc. Toho, o čem něco neví, že jo, čeho se bojíš nejvíc, když jako o tom něco nevíš, tak vlastně nevíš, co máš čekat. A tím pádem máš strach, jako asi lidská vlastnost přirozená	Překážkou je individuální obava z toho, že člověk neví, o čem to je, že neví, co má čekat	Brzdy uvnitř
Tým není naladěný stejně, každý jsme jiný.	Pracovní tým je různorodý, každý v něm je jiný.	Pracovní přístup
Ideální spojení je, když to pracovník nemá naučené, ale má to zvnitřněné, je takový doopravdy.	Ideální spojení je, když to pracovník nemá naučené, ale má to zvnitřněné, je takový doopravdy.	Vnitřní přístup
Vyšší level pracovníka je dává vzdělávání, opravdovost, životní zkušenosti, touha se posouvat	Vyšší level pracovníka je dává vzdělávání, opravdovost, životní zkušenosti, touha se posouvat	
S každým klientem přichází úplně nová zkušenost	Vždy něco nového	Pokaždé jinak a nově
Chodíme s klientem boxovat do lesa, aby ze sebe dostal potlačované emoce.	Box pro vybití potlačených emocí	Hranice sociální služby
Pracovníka to zajímalo, tak měl k tomu takový fajn přístup	Pracovníka něco zajímá a projeví se to v přístupu	

Pracovník mu vše vysvětlil, netlačil, nechal ho, ať se opravdu uvolní	Pracovník netlačil, vedlo to k uvolnění	Netlačit vede k uvolnění
Nastavení hranic sociální rehabilitace je velmi široké		
Budeme dělat i tyhle věci, hrát šachy, jezdit na šlapadlech, půjdeme na procházku	Obsah sociální rehabilitace a myslí si, že je to velmi široké, a proto se u nich budou objevovat procházky, hra v šachy, šlapadla.	Šírokost
Hranice mezi sociální prací a terapií je strašně úzká		
Pracovníci nemají tu odbornost, ale nelze se tomu vyhnout	Chybí odbornost	Chybí odbornost
Přicházejí otázky, které jsou hlubší.	Hlubší otázky	Terapie
Nemáme terapeutický výcvik, ale hlubší otázky v práci s klientem jsou, patří to tam.	V pracovním týmu nemá nikdo terapeutický výcvik, ale nelze se vyhnout hlubším otázkám	

Příloha č. 2 Zkrácená ukázka procesu vzniku společných témat

Společná témata	EMA	Petra	Citace	Dana	Lucie
respektující přístup	Každopádně úplně na 1. místě a na 1000% je to respektující přístup, to znamená cokoliv, co řekne, je přijímáno a je respektováno, i když je to něco třeba hrůzostrašného nebo něco, co víme, že jako nedopadne dobře, tak i tak to přijmeme. Jasně, můžeme s ním mluvit o nějakých těch rizicích. Ale jsme tady s ním a chováme se tak, aby se necítil odsouzen nebo nějak jako, jak kdyby pod náma. Takže respektující přístup.	tohle zjišťujeme a hlavně i to, jaká jsou ta přání toho klienta bez ohledu na to, jestli se jakoby dají naplnit nebo nedají, ale jaké má přání, jakoby jak v tom svém životě dál pokračovat. Samozřejmě budou...zjišťujeme ty možnosti, jak toho dosáhnou. Ale důležité je i to u toho klienta	Já bych řekla, že u těch duševně nemocných je to nejvíc o tom, no seš tam posloucháš, ovesš se, dáš mu svůj čas, dáš mu úsměv na tvář, dáš mu lásku. Někdy úplně první člověk třeba nebo. Když to ještě vezmu. Dáš mu pozornost, prostor vyjádřit se. A třeba i společenský kontakt a prostor vyjádřit se ve společnosti.	Já s nima neukončuju smlouvu, já jim prostě nechávám prostor a oni vždycky prostě zavolají.	
tempo - čas	Zotavení je, že s ním trpělivě jako jdu tu cestu, když nějak upadne, nebo když mě poprosí o pomoc, tak mu jí samozřejmě dám, ale on je ten, co jako si řídí ten svůj život, co rozhoduje o tom, jestli udělá, jestli podá tam příspěvek nebo nepodá a podobně. Takže to je další věc, prostě respektovat jeho tempo a nevyvíjet na něho tlak.	A opravdu během půl roku on má ještě te všemu cukrovku a velké jako takové zdravotní problémy, takže začal to řešit a začal chodit s doprovodem k lékaři. Chtěl si vždycky najít práci, ale jednou selhal a už si myslil, že to nikdy nepůjde napravit. A takže samozřejmě takhle to zní jednoduše, ale to byly jako dlouhé časové intervaly a našel si práci, ve které zjistil, že mu to jde.			
		On toho chtěl strašně hodně, ale nic se nedokázalo, ve spolupráci nešlo dotáhnout do konce jo, k ničemu se neuměl vrátit, měl nastoupit zpátky do školy, taky se to nedařilo, prostě všechno bylo, pořád se to u všeho zasekávalo. My jsme pořád se snažili hledat, jako co je ten důvod, proč jako to tak je. A my jsme až po opravdu možná půl roce zjistili, že ten zásek je v tom, že on kdysi, když jako měl takový jako špatný stav, tak on v paneláku, když chodil, tak nezdravil lidi. Jo prostě bál se pozdravit, měl takový stav, že je prostě nechce zdravit. A v něm zůstalo to, že on jim tím ublížil, že je nepozdravil, že on ho mají jako za špatného a neslušného člověka, a na základě toho už nechtěl z toho bytu vyjít, protože on je potkal a on by na všech viděl, jak jako to mu to mají za zlé. Nás by to nikdy jako nenapadlo, že tohle může být taková věc,		No ale to chce všechno pomalíčku, protože ten člověk ti to neřekne na první schůzce	
nulový tlak - bez povinnosti	nebo je to člověk, který třeba je tak zasažený, že potřebuje mít jenom, prostě teď zrovna potřebuje s někým být s člověkem. Tak to taky respektuji, to je ta práce s tichem, takže na schůzce prostě se mlčí a je to taky v pořádku a je to to zotavení, nervu mu něco, že si ho prostě na sílu něco doptávám, aby musel odpovídat nutím ho do odpovědí.	Všechno mu vysvětlil, netlačil na něho, nechal ho, ať prostě opravdu se úplně uvolní. Úžasně jo. Takže to, co se dá udělat pro to, aby to ještě víc směřovalo k tomu zotavení, tak je podle mě úplně individuální.		Já tomu člověku neříkám , co by se mělo dělat, já prostě...ať si vybere svoji cestu. Já ho tou cestou provázím, akorát mu říkám, když se rozhodnete takhle, může to mít takové a takové následky	
	Prostě potřebuje se vymluvit, tak mluví a mluví 4 schůzky do kupy, klidně jenom on a je to v pořádku.	A úplně postupně. Netlačil jsme. A jako to je opravdu ten, je to mladý muž. A byl zavřený několik let jako v bytě.		Já říkám, no měla byste jo, ale zase nikdo vám to nemůže přikázat jo.	