

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta

Bakalářská práce

CESTA ZOTAVENÍ  
V KONTEXTU RECOVERY PŘÍSTUPU

Autor práce: Hana Petržílková

Vedoucí práce: Mgr. Magdalena Ehrlichová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

2021

*„Prohlašuji, že jsem autorkou této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.“*

30. 3. 2021

Hana Petržílková

„Děkuji vedoucímu bakalářské práce, Mgr. Magdaléně Ehrlichové za odborné vedení, kritické komentáře a vstřícný přístup při vzniku této bakalářské práce. Velice také děkuji týmu Centra duševního zdraví Tábor za cenné informace ke vzniku závěrečné části této práce. Jsem přesvědčena, že bez jejich pohledu vycházející z dlouholeté praxe by tato část nevznikla.“

# Obsah

Úvod.....	5
1 Duševní onemocnění.....	7
1.1 Příčiny vzniku duševního onemocnění.....	8
1.2 Důsledky duševní nemoci.....	9
1.3 Specifické potřeby duševně nemocných.....	10
1.3.1 Mezilidské vztahy .....	10
1.3.2 Bydlení .....	11
1.3.3 Pracovní rehabilitace .....	11
1.3.4 Volný čas.....	12
2 Recovery přístup .....	13
2.1 Model zotavení .....	13
2.1.1 Naděje.....	15
2.1.2 Zplnomocnění.....	16
2.1.3 Odpovědnost za sebe sama.....	16
2.1.4 Smysluplná životní role.....	16
2.2 Komunikace zaměřená na zotavení .....	17
2.3 Metoda CARE .....	19
3 Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu .....	22
3.1 Multidisciplinární tým .....	23
3.2 Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu CDZ .....	24
4 Příklady dobré praxe .....	27
4.1 Kazuistika č. 1. ....	28
4.2 Kazuistika č. 2. ....	33
Závěr.....	35
Seznam použitých zdrojů .....	37
Abstrakt .....	39

# Úvod

Nedílnou součástí plnohodnotného života každého z nás je duševní zdraví. Prostředí, ve kterém žijeme, sociální procesy, ale také samotný přístup k životu má podstatný vliv na naše duševní zdraví, které je součástí kvality našeho života. Pro duševní zdraví je předpokladem zdraví fyzické, které sehraává významnou roli v prožitcích našeho života. Duševně zdravý člověk uplatňuje ve svém životě své individuální schopnosti, rozvíjí vztahy s ostatními lidmi, je produktivní a dokáže přiměřeně zvládat každodenní stres.

V obecné definici „zdraví“ dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je to stav plné tělesné, sociální i duševní pohody, která ovšem nevyklučuje nepřítomnost nemoci či poruchy.<sup>1</sup>

Pátý rok pracuji s lidmi s duševním onemocněním, což bylo hlavním důvodem, proč jsem se rozhodla pro toto téma. Sociální práce s touto cílovou skupinou je velmi různorodá. Během své praxe jsem se setkala s mnoha příběhy, které měly společné téma. „Proč zrovna já?“...“Jak mám dál žít s nemocí?“...“Nic nedává smysl.“ O to více mě začala zajímat současná psychiatrická péče a její posun v oblasti péče o lidi s duševní nemocí. A to hlavně ve vnímání zdraví jako stavu osobní pohody u této cílové skupiny. Domnívám se, že toho je možné dosáhnout i prostřednictvím další zkvalitněné podpory. Jsou ji mi například preventivní programy, terapeutické přístupy, sociální rehabilitace apod. To vše může nabídnout komunitní péče, která poslední roky prochází revitalizací v podobě multidisciplinárních týmů pod reformou psychiatrické péče spravující Ministerstvo zdravotnictví v České republice. Z praxe je zcela zjevné, že péče o duševně nemocné z dlouhodobého hlediska je efektivnější, pokud k němu dochází v přirozeném prostředí, v komunitě, a také za předpokladu propojení různých odborných nástrojů pomoci.

Cílem této práce je přiblížit roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, který pracuje s přístupem Recovery zaměřujícím se na proces zotavení nebo zotavování se. A jaké nástroje používá k uplatnění tohoto procesu.

První kapitola je věnována vymezení pojmu duševní onemocnění, její příčiny a úskalí, která jsou s touto nemocí spojená. Zahrnuje také popis specifických potřeby této cílové skupiny.

Druhá kapitola představí Recovery přístup z teoretického pohledu a důležité principy, na kterých je postaven a které hrají významnou roli v praxi sociálních pracovníků při práci s lidmi s duševním onemocněním, včetně komunikace zaměřené na práci s člověkem s duševním onemocněním. Principy jsou přehledně popsány a navazují na další část kapitoly, která se zaměřuje na metodu komplexního přístupu v psychosociální rehabilitaci nazývanou CARE.

CARE je zkratkou Comprehensive Approach to Rehabilitation přeložené do češtiny jako komplexní přístup rehabilitace. Ve své práci budu využívat tuto zkratku. CARE je rehabilitační metoda použitelná v širokém spektru různých zařízení a služeb. Využívá se k poskytování podpory rozvoje člověka a práci s okolním prostředím, tak aby se opět cítil jako občan a součástí celku. Nástroje této metody pomáhají pracovníkům a klientům k dosahování cílů a to v duchu Recovery přístupu. V prvé řadě se zaměřuje na zlepšení kvality života člověka s duševní nemocí a převzetí odpovědnosti sám za sebe a vztahu ke komunitě.

---

<sup>1</sup>Hygienická stanice hlavního města Prahy [online]. Dostupné na: [http://www.hygpraha.cz/obsah/zdravi-a-jeho-determinanty\\_434\\_1.html](http://www.hygpraha.cz/obsah/zdravi-a-jeho-determinanty_434_1.html)

Ve své práci jsem se zaměřila na uplatnění přístupu v rámci Centra duševního zdraví poskytující podporu lidem s duševním onemocněním a to hlavně nabízené podpory sociálního pracovníka.

Třetí kapitola se zaměřuje na roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu v Centru duševního zdraví. Je velmi žádoucí, pokud sociální pracovník má kolem sebe tým pracovníků z různých oborů, o které se může opřít. Představím multidisciplinární tým a kompetence každého z pracovníků. V této kapitole se bude hlavně opírat o kompetence a role sociálního pracovníka jako součást multidisciplinárního týmu pracujícího s lidmi s duševním onemocněním.

Závěr práce je posléze zaměřen na představení dvou kazuistik vycházející z terénní sociální práce. Oslovila jsem dvě sociální pracovnice pracující v multidisciplinárním týmu, které jsou klíčovými pracovníky představených klientů. Každá kazuistika je doplněna příběhem klienta, dále je přiblíženo, jak sociální pracovník pracuje s příběhem společně se svým klientem, a jaké nástroje práce používá v kontextu recovery.

Následně se budu zamýšlet nad problematikou sociální práce, která je spojena s touto cílovou skupinou. A také s vybraným Recovery přístupem, jako vhodným přístupem k budování vztahu a spolupráce sociálního pracovníka a klienta na cestě zotavení se z nemoci.

Při psaní této práce jsem především vycházela z literatury zaměřené na duševní onemocnění, PhDr. Doc. Oldřicha Matouška v publikaci „*Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi.*“ Dále jsem vycházela z knihy „*Podpora zotavení a začlenění*“ od holandských průkopníků Recovery přístupu Dirka der Hollandera a Jeana Pierra Wilkinse. Byly použity také internetové zdroje zaměřující se na oblast duševního zdraví.

# 1 Duševní onemocnění

Vzhledem ke zvolenému tématu se v první kapitole budu věnovat duševnímu onemocnění.

Spolu s tím, jak se zvyšují nároky, které jsou kladeny na každého jedince v naší společnosti, stále více jsme vystaveni riziku vzniku duševní nemoci. Duševní nemoc se postupně stává součástí života u většiny populace. I přesto, že společnost se staví k lidem s duševním onemocněním více otevřeně, než před třiceti lety, stále je toto téma velmi tabuizované. Lidé s duševní nemocí se často potýkají se stigmatizací a diskriminací v různých oblastech života.

Profesor Horáček, který je předním českým psychiatrem a expertem na funkční zobrazení mozku uvažuje o duševní nemoci jako o problému v neporozumění, co vlastně duševní porucha potažmo nemoc je a její projevy. Upřesňuje, že průběh nemoci je těžko ovlivnitelný vlastním rozhodnutím nebo vůlí. Kriticky se zamýšlí nad mylným přesvědčením každého z nás, že sami sobě rozumíme a máme své chování a nitro vždy pod kontrolou.<sup>2</sup>

Matoušek ve své knize Sociální práce popisuje ve své definici duševní nemoc, která zasahuje do běžného fungování člověka.

*„Dlouhodobě duševně nemocní jsou ti jedinci, již trpí duševní poruchou (organická poškození CNS, schizofrenie, depresivní nebo manická porucha, paranoidní či jiná psychóza) či jiným onemocněním, které se může stát dlouhodobým a může snížit funkční kapacitu či nepříznivě ovlivňuje tři a více z následujících základních aspektů denního života: osobní hygienu a sebeobsluhu, směřování (cíle), mezilidské vztahy, sociální transakce, učení a rekreaci, ekonomickou soběstačnost“.*<sup>3</sup>

Oba popisy jsou spojené se změnou kvality života, která nemoc přináší. Jak ovlivňuje život jedince v jeho každodenním fungování a přesvědčení, že složky v našem životě máme pevně v rukou.

Dále se zaměřím na příčiny vzniku duševního onemocnění.

---

<sup>2</sup> Srov. Na rovinu [online] Praha: Národní ústav duševního zdraví ©2017. Dostupné na WWW <http://narovinu.net/stigma>

<sup>3</sup> Srov. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. s. 136.

## 1.1 Příčiny vzniku duševního onemocnění

Duševní onemocnění může postihnout kohokoliv a v jakémkoliv věku. Na člověka působí mnoho faktorů, které ovlivňují duševní stav. Jsou to události v průběhu dospívání, kdy je jedinec zranitelnější, společnost ve které se nacházíme a kultura v které žijeme. Důležitým faktorem duševního zdraví je pak výchova a prenatální vývoj. Pokud jsou zmíněné faktory silně narušeny, mohou se podílet na plném propuknutí nemoci.

Příčiny vzniku nebývají zcela zřetelné a jasné, můžeme hovořit o souhrnu všech bio-psycho-sociální-transcendentálních faktorech nacházejících se v prostředí jedince vymezující se také dobou. Jedná se tedy o přístup komplexní, kde zvažujeme všechny prvky ovlivňující lidskou bytost.<sup>4</sup>

U biologického aspektu je příčinou vzniku genetická informace a prostředí. Genetické příčiny jsou sledovány u celé řady psychických chorob, jednoznačně byly prokázány u mentální retardace. Věda se stále zaměřuje na hledání genetických dispozic způsobující deprese, schizofrenii aj. závažné duševní poruchy. Předpokladem ke vzniku a rozvoji duševních poruch se týká odlišných počtů nebo struktury chromozomů, dále mutace genů, které mohou vytvářet dispozice na rozvoj duševního onemocnění. Vlivný podíl na vznik nemoci může mít hormonální produkce, jejíž změny ovlivňují nervový a imunitní systém.<sup>5</sup>

Jedním z důležitých aspektů podílejících se na vzniku duševního onemocnění, jsou psychosociální faktory. V tomto případě hovoříme o sociální oblasti neboli prostředí, ve které se člověk nachází. Do této oblasti spadají vztahy v rodině, ale také společenské vazby.

Probstová zahrnuje do psychosociální krize ztrátu sociálního kontaktu, zhoršení vztahů, konflikty a trauma. K tomu dodává, že pokud člověk dostává dostatek sociální opory a to například podpůrné interakce ze svého blízkého okolí v podobě podpory duševní, fyzické, ale také duchovní, snáze se vyrovnává se zátěžovými situacemi.<sup>6</sup>

Pracovníci Péče o duševní zdraví se nejvíce setkávají s klienty patřící do kategorie tzv. psychóz. Hartlová označuje psychózu jako nejzávažnější duševní nemoc, u které dochází k odtržení od reality, k změnám ve vnímání a prožívání. Chybí vlastní vědomí nemoci.<sup>7</sup> Řadíme sem schizofrenii, endogenní deprese<sup>8</sup> a paranoiu<sup>9</sup>.

---

<sup>4</sup> Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. s. 48. – 50.

<sup>5</sup> Srov. *Pfyziolmysl [online]*. Dostupné na: <http://pfyziolmysl.upol.cz/?p=2494>

<sup>6</sup> Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V., *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. s. 41.

<sup>7</sup> Srov. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. s. 45.

<sup>8</sup> Endogenní deprese - vzniká bez zjevných vnějších příčin, jako důsledek nevyváženého chemického prostředí v mozku. Je obvykle označována jako „pravá“ deprese a léčí se obvykle pomocí antidepresiv. Vždy je však nutné stávající zdravotní stav konzultovat s lékařem. Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 372.

<sup>9</sup> Paranoia – duševní porucha vyznačující se bludy a chorobnými představami o vlastním ohrožení. Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 372.



## 1.2 Důsledky duševní nemoci

V následujícím textu bych se věnovala důsledkům, které jsou spojeny s duševním onemocněním.

U psychiatrických pacientů je často hodnocení vlastního života ovlivněno zkresleným vnímáním a prožíváním. Lidé trpící duševní poruchou jsou značně omezeni v každodenním fungování.<sup>10</sup>

Duševní nemoc zasahuje do mnoha oblastí života člověka. Ovlivňuje psychický a fyzický stav, který se promítá do jeho běžného každodenního fungování. Člověk prožívající duševní onemocnění není schopen pružně řešit situace, které před onemocněním zvládal nebo v mnoha případech není schopen je řešit vůbec. Kvalita života se o to více snižuje, pokud se duševní onemocnění neléčí. Kritéria hodnocení života jsou naplnění sociálních rolí, pocity spokojenosti, životní perspektiva, dále pak zhodnocení farmakoterapie, psychosociálních intervencí a nabízených služeb. Sociální pracovník pracující s lidmi s duševním onemocněním by si měl být vědom všech těchto těžkostí, které ovlivňují vnímání a prožívání života osob s duševním onemocněním. V rámci své profese se setkávám se značnými zakonzervovanými postoji společnosti, které se významně podílejí na život lidí s duševním onemocněním. Kvalitu života je možno úměrně měřit na základě stigmatizace, což je hlavním vymežujícím důsledkem.

U duševně nemocných lidí se kvůli stigmatizaci často vyskytují obtíže v mezilidských vztazích, v zaměstnání, ale také ve vzdělání atd.<sup>11</sup>

Důsledky, které přináší stigmatizace, mají příčiny v poklesu sebedůvěry, a otevírají cestu ke zhoršenému sociálnímu a pracovnímu fungování, které s sebou přináší snížení příjmů a tím ohrožení základních potřeb člověka. Člověk se vnitřně ztotožňuje s nálepkou duševně nemocného. Tím se většinou vytrácí pocit vlastní hodnoty, sebedůvěry, sebevědomí a motivace do budoucnosti. Toto negativní sebepojetí často vede k pasivitě, vyhýbání se kontaktů s ostatními apod. Být psychiatrickým pacientem vytváří v člověku ztrátu sebeúcty.<sup>12</sup>

Zmíním několik vět, se kterými se setkávám ve své praxi: „*Sousedí si určitě o mě myslí, že jsem lempl, který nechce pracovat, tak mladý a má invalidní důchod.*“ *Všichni se na mě koukají, určitě je vidět, že jsem nemocná.*“ „*Ten pán je určitě feťák, divně se dívá a chová, je neupravený.*“ Za těchto podmínek to mají velmi těžké zejména nemocní, u nichž jsou projevy nemoci viditelné.

Dalším úskalím ve vztazích jsou dopady v rodině a to hlavně v případě, postihne-li nemoc některého z jejích členů. Rodinní příslušníci se často potýkají s problémy v krizových situacích vzhledem k nedostatečným informacím a zkušenostem. V rodině často chybí informace o projevech nemoci, příčinách a průběhu. Nemají informace, jaké služby mohou využívat, jak pro nemocného, tak i pro sebe a jaké důsledky do budoucna nemoc pro celou rodinu přinese.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> Srov. PĚČ, O., Probstová, V., *Psychózy – psychoterapie rehabilitace a komunitní péče*. s. 15.

<sup>11</sup> Srov. PROBSTOVÁ, V., PĚČ, O., *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. s. 216.

<sup>12</sup> Srov. Thornicroft, G., *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*. s. 100. – 156.

<sup>13</sup> Srov. PĚČ, O., Probstová, V., *Psychózy – psychoterapie rehabilitace a komunitní péče*. s. 15. – 16.

Úskalím spojené s duševní nemocí je také tzv. nedobrovolná hospitalizace. Z hlediska psychiatrie se k nedobrovolné hospitalizaci váže stav, kdy pacient ohrožuje bezprostředně sebe nebo své okolí a to zvláště závažným způsobem. Další možností je pak soudem nařízené ochranné ústavní léčení, které je také nedobrovolné. Oba případy představují omezení na svobodě a proto je nutné tuto skutečnost nahlásit soudu.<sup>14</sup> S tím je také spojená poskytovaná psychiatrická péče, kde dochází k dlouhodobým hospitalizacím a vytváří se zde velké riziko vzniku institucionalizačního syndromu. Dle Matouška tento syndrom způsobuje omezení funkční kapacity nemocného, hlavně způsobené kombinací vlivu nemocničního prostředí a nemoci.<sup>15</sup>

Dále zmiňuje, že dalším důsledkem nemoci může být omezení ve způsobilosti k právním úkonům. Vymezené právní úkony určené soudem činí osoba pověřená neboli opatrovník. O omezení svéprávnosti vždy rozhoduje soud. Ten vydává rozsudek, v jakých oblastech nemocný potřebuje pomoci. Zda pouze s finanční stránkou nebo i s věcmi týkající se zdraví, jednání s úřady, rodičovskou odpovědností atd.<sup>16</sup>

### 1.3 Specifické potřeby duševně nemocných

V předešlém textu jsem se věnovala úskalím, která jsou spojená s duševní nemocí, a která zjevně mohou ovlivňovat život jedince z této cílové skupiny. Dále se zaměřím na potřeby lidí s duševním onemocněním v souvislosti se sociální prací. Představím nejzákladnější potřeby, se kterými se tito lidé potýkají ve formě sociální podpory. Řadě lidí s duševním onemocněním se podaří vlastními silami nebo s podporou z přímého okolí vybudovat dobrý život. Mnoho z nich ovšem potřebuje profesionální pomoc a širokou nabídku péče tak, aby se znovu dokázali začlenit do společnosti a cítili se být její součástí.

#### 1.3.1 Mezilidské vztahy

Mezilidský vztah ve své úplné podobě zahrnuje sociální interakce mezi lidmi, ke vztahu k okolí a v síti sociálních vztahů. Představuje komunikaci mezi členy v lidské společnosti a vzájemně působí na sociální adaptaci a to i prostřednictvím vykonávaných činností. V případě duševně nemocného může být sociální interakce velmi narušena při dlouhodobém pobytu v psychiatrické léčebně, kdy nemocný je ohrožen nedostatkem stimulujících podnětů, omezenou komunikací a sociální vzdáleností. U propuknutí duševní nemoci dochází ke změnám v chování daného jedince, který nemocí trpí. Rozdíly v chování se nacházejí u přátel, rodiny a partnerů. Je zřejmé, že blízké okolí kolikrát neví, jak k danému člověku přistupovat a jak mu pomoci. Objevuje se zde jistá nerozhodnost v komunikaci a následně přichází chlad, kde předtím byla vřelost. Z tohoto důvodu často dochází k pocitům samoty nemocného a vypořádávání se s těžkou situací sám.<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> Srov. *U psychiatra [online]*. Dostupné na: <http://www.upsychiatria.cz/nedobrovolna-hospitalizace/>

<sup>15</sup> Srov. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. s. 135.

<sup>16</sup> Srov. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. s. 137.

<sup>17</sup> Srov. THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. s. 46.- 48.

Vzhledem ke svým omezením, nemají někteří klienti kapacitu vstoupit do vztahu a budovat ho. Pomáhající v sociální práci vstupuje do vztahu ke svému klientovi a buduje s ním vztah. Budování vztahu s klientem je něco jiného než mít pouze kontakt. Během navazování vztahu často dochází k znovuobjevování klientovo role ve společnosti a vyjasňování komunikace a svých potřeb směrem k okolí.<sup>18</sup>

### 1.3.2 Bydlení

Dle Matouška je jedním ze základních nenaplněných potřeb lidí s duševním onemocněním vyhovující bydlení. Bydlení potažmo domov přispívá k naplňování citových, nemateriálních potřeb a duševní pohody. Duševně nemocní žijí dlouhodobě v domácím prostředí, dlouhodobě v léčebnách, na ulicích jako lidé bez domova, případně v některých zařízeních sociálních služeb. V mnoha případech je nutná změna prostředí vzhledem k nevyhovujícímu stávajícímu bydlení, kde dochází k častým potyčkám, nepřátelským vztahům v rodině apod. S přicházející reformou psychiatrie a s ní deinstitucionalizace se do popředí dostává podpora bydlení v tzv. přirozených podmínkách domácího typu. Jedním z takových nabízených typů podpory bydlení jsou Chráněná bydlení (skupinový byt, individuální byt). Myšlenkou podpory je co nejlépe přiblížit běžné podmínky v bydlení a postupně připravit klienta na samostatné bydlení s možností návaznosti na jiné sociální služby terénního charakteru. Klient zde získává dovednosti v oblasti péče o domácnost a s tím spojenými finančními výlohami za ubytování, dále budování sociální sítě v rámci komunity kde bydlí, apod. Pomáhající profesionál pomáhá klientovi k získání sociálních dovedností, rozvíjí jeho samostatnost, rozšiřuje jeho sociální kontakty a podporuje zvládání zátěžových a krizových situací.<sup>19</sup>

### 1.3.3 Pracovní rehabilitace

Práce je základním pilířem v životě člověka. Je součástí života téměř každého v naší kultuře. V zaměstnání člověk tráví více času než jakýmkoliv jiným typem aktivity. Je-li ovšem vyloučen z pracovního trhu, narušuje se sebevědomí, vytváří se pocit izolace a v neposlední řadě i materiální deprivace.<sup>20</sup>

Trvalejší změny psychiky mají pro fungování a adaptaci ve společnosti větší zátěž než akutní projevy nemoci, které mají omezené trvání. Pro klienty s trvalejšími obtížemi, např. s dlouhodobými poruchami kognitivních funkcí, pozornosti a emocí obnáší každodenní boj udržení si pracovního místa. Takto narušené sebeprožívání často s sebou přináší i změnu ve vztahovosti k druhým lidem, které má za následek uzavření se před ostatními a mylné představy o druhých a okolí.<sup>21</sup>

---

<sup>18</sup> Srov. THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. s. 50.

<sup>19</sup> Srov. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. s. 145. – 147.

<sup>20</sup> Srov. ZIMMERMANNOVÁ, M. *Zaměstnávání lidí s duševním onemocněním – metoda IPS a předpracovní tréninky* [online]. Dostupné na: [https://is.muni.cz/el/1451/jaro2018/bp1205/um/IPS\\_-\\_zamestnavani.pdf](https://is.muni.cz/el/1451/jaro2018/bp1205/um/IPS_-_zamestnavani.pdf)

<sup>21</sup> Srov. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. s. 148.

Marková ve své knize uvádí, že šance na uplatnění se na pracovním trhu také znevýhodňuje přiznání invalidního důchodu. V těchto souvislostech je pro klienta důležitou a významnou šancí pracovní rehabilitace. Cílem této sociální služby je podpora k navrácení pracovních schopností, smysluplné strukturování času a posilování sebedůvěry. Nedílnou součástí pracovní rehabilitace je navazování sociálních kontaktů. Je důležité, aby tato rehabilitace uměla individuálně a flexibilně reagovat na aktuální stav klienta, který může být velmi proměnný.<sup>22</sup>

Pracovní rehabilitace probíhá v chráněných dílnách, sociálních podnicích, ale také například v podobě podporovaného zaměstnání. K zapojení se do dobrovolné práce pak vybízejí denní centra a kluby.<sup>23</sup>

### 1.3.4 Volný čas

Člověk využívá volný čas k obnově sil a nacházení smyslu života. V této cílové skupině nalezneme lidi s nejrůznějšími zájmy a představami o volném čase. Ale také nacházející se v nejrůznějších životních situacích.

Lidé s duševní nemocí vzhledem ke svým limitům mají problémy uspět na pracovním trhu. Volnočasové aktivity nahrávají těmto lidem možnost využití jiným způsobem strukturu času dne. Pro pomáhajícího pracovníka, který podporuje svého klienta k vyplňování volného času, je velmi důležité znát klienta, zda se nachází po čerstvém zážitku z nemoci, nebo se jedná o člověka s dlouhou historií onemocnění překonávající obtížně bariéry své nemoci.<sup>24</sup>

Tyto bariéry mohou být na vnější i vnitřní úrovni. K vnitřním bariérám se vážou vedlejší účinky medikamentů, nedostatek dovedností a schopností, strach z nových věcí, problémy v sociálním fungování atd. Oproti vnějším bariérám, které se vážou na nedostatek financí a nastolený stereotyp. Volnočasové aktivity mají vliv na volnočasové role jedince a volnočasové chování. V terapeutickém kontextu je tento efekt cílem, čímž je uspokojená harmonická osoba.<sup>25</sup>

Následně bych se zaměřila na Recovery přístup a jeho principy s cílem zotavení nebo také zotavování se z nemoci. Jedná se o aktivní přijetí nemoci a omezení, které dává impulzy k růstu jiného pocitu a přijetí sebe sama u lidí s duševní nemocí.

---

<sup>22</sup> Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. s. 168.

<sup>23</sup> Srov. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. s. 150.

<sup>24</sup> Srov. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. s. 153.

<sup>25</sup> Srov. PĚČ, O., Probstová, V., *Psychózy – psychoterapie rehabilitace a komunitní péče*. s. 21-22.

## 2 Recovery přístup

Pojem Recovery v kontextu přístupu lidem s duševním onemocněním můžeme přeložit jako zotavení nebo zotavování se. V praxi se volně používá jako přístup založený na zotavení. Je využíván ve spojitosti pro pozitivní změny, které mohou proběhnout v životě člověka dlouhodobě procházející psychiatrickými obtížemi. Poskytuje prostor myšlenky pro změnu týkající se oblasti péče o duševní zdraví.

Recovery přístup je postavený na principech zotavení, které úzce souvisí také se současnou podobou psychiatrické péče. Poprvé se objevuje ve Spojených státech amerických ke konci 20. století. Lidé, kteří využívali psychiatrickou péči, využili své právo na svobodný názor a vyžadovali nový přístup psychiatrické péče založené na zkvalitnění svého života a naplňování svých rolí, v nichž chtějí uspět. Následně se tento přístup dále šířil a formoval po celém světě. Byl využíván spíše prostřednictvím uživatelských skupin a sociálně zaměřených pomáhajících profesionálů.<sup>26</sup>

Postupem času se dostává také do střední Evropy a začíná se používat v České republice v organizacích zaměřených na péči o lidi s duševním onemocněním. Z tohoto hlediska je možné říci, že Recovery přístup vychází z předností člověka a vědomí toho, že každý člověk je osobností vyžadující individuální přístup a ponechání si důstojného života.<sup>27</sup>

Principy Recovery přístupu ukazují směr cesty zotavení s cílem změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, svého umu či svých rolí. Je formou a způsobem, jak vést život, který člověka uspokojuje. Součástí zotavování je i vytvoření nového významu a smyslu svého života, jakmile se člověk vymaní z katastrofálních následků duševní choroby.<sup>28</sup>

To nás vede k přirozenému přístupu a myšlenky, že každý člověk, tedy i duševně nemocný má právo vést běžný život, a že každý člověk je hodnotný a přínosný bez ohledu na to, jak závažnou poruchou trpí nebo co pod vlivem duševního onemocnění spáchal.

### 2.1 Model zotavení

Na pojem zotavení lze nahlížet z několika stran. Z takzvaného klinického zotavení, kdy toto zotavení chápeme jako stav či výsledek (používá se hlavně v psychiatrii) a zahrnuje oslabení symptomů a znovuoobnovení sociálního fungování. Naproti tomu je i takzvané osobní zotavení, které je chápáno jako hluboce osobní, jedinečný proces změny přístupů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností nebo rolí. Je to způsob prožívání uspokojujícího, nadějeplného a přínosného života i s omezeními způsobené nemocí.<sup>29</sup>

---

<sup>26</sup> Srov. *The recovery model [online]*. Dostupné na <https://www.verywellmind.com/what-is-the-recovery-model>.

<sup>27</sup> Srov. TORESINI, L., MEZZINA, R., *Za zdmi: deinstitucionalizace v evropských příkladech dobré praxe*. s. 182. – 184.

<sup>28</sup> Srov. RIDGWAY, P., MCDIARMID, D., DAVIDSON, L., BAYES, J., RATZLAFF, S. *Cesty k zotavení*. s. 5.

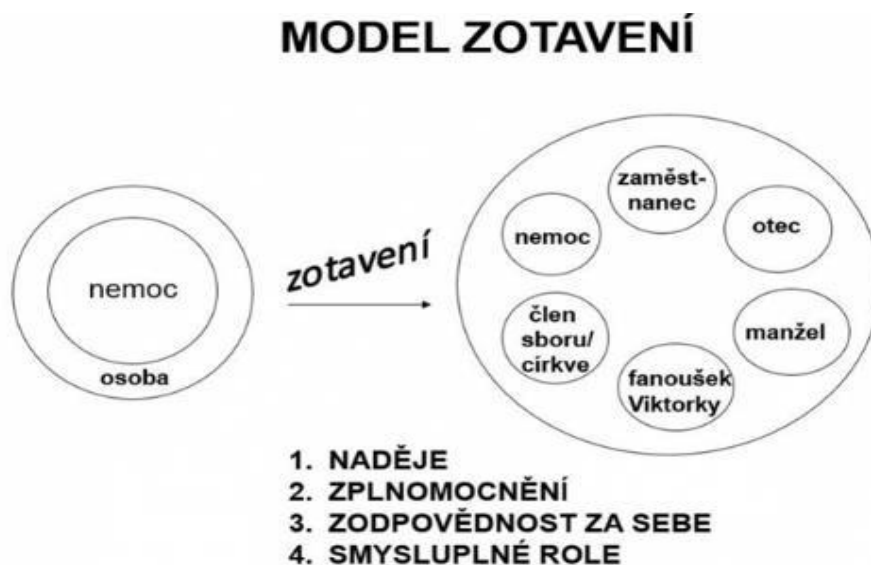
<sup>29</sup> Srov. RIDGWAY, P., MCDIARMID, D., DAVIDSON, L., BAYES, J., RATZLAFF, S. *Cesty k zotavení*. s. 5.

Duševní onemocnění často vede ke snížení důvěry ve vlastní schopnosti, vnitřní já bývá zásadně oslabeno. V procesu zotavení nalézá člověk nové role ve svém životě, které byly potlačeny nemocí. Jedná se o proces holistický, který vyvěrá z naděje, že je možné žít smysluplný život i přes závažné onemocnění. Posilují se zde vztahy, sociální vazby daného nemocného a jeho začlenění se do společnosti.

Zotavování je postavené na základech osobních životních příběhů lidí, kteří se potýkají se závažnou duševní nemocí. Rigway ve své knize shrnuje tyto příběhy do odvahy poznávat a vstupovat v životě do jiných rolí, nežli jen zůstat pouze v roli někoho, kdo využívá služeb v systému péče o duševní zdraví.<sup>30</sup>

Lidé se zotavují. Zotavení přijímáme jako běžný adaptivní proces po prodělané tragédii. Každého procesu zotavení se týkají fáze prožití. Někdy je ovšem snadnější si tento proces zotavení představit, když se bude týkat osobní krize, a ne duševního onemocnění. V případě poskytnutí péče osobám s vážným duševním onemocněním je nutné podotknout, že pokud proces zotavování má být úspěšný, je nevyhnutelné, aby do něj bylo zapojeno jak zdravotnické zařízení, tak sociální pracovníci poskytující sociální rehabilitaci.<sup>31</sup> Přístup zaměřený na zotavení se snaží pomáhat klientům k cestě zpracování si prožité zkušenosti a znovu nalezení silných stránek, individuální rychlosti postupu a vlivu životních okolností.<sup>32</sup>

Grafické znázornění modelu zotavení nám ukazuje klientovo chápání sebe sama. Člověk s duševním onemocněním se spíše soustředí na nemoc, která představuje problém. Zotavení pak rozšiřuje chápání sebe sama a snaží se nemoc zařadit do hierarchie s ostatními rolmi v jeho životě.<sup>33</sup>



<sup>30</sup> Srov. Tamtéž. s. 7. – 13.

<sup>31</sup> Srov. RAGINSE, M., *Cesta k zotavení*. s. 7. – 20.

<sup>32</sup> Srov. *The recovery model* [online]. <https://www.verywellmind.com/what-is-the-recovery-model-2509979>

<sup>33</sup> Srov. RAGINS, Mark. *Cesta k zotavení. Ledovec* [online]. Dostupné na: [http://www.ledovec.cz/recovery/road\\_to\\_recovery\\_czech.pdf](http://www.ledovec.cz/recovery/road_to_recovery_czech.pdf)

Duševní onemocnění většinou vede k narušení vztahovosti. Pro pomáhajícího profesionála je důležité osvojit si budování terapeutického vztahu s klientem, pomáhat jim chápat a budovat další role v jejich životě.<sup>34</sup>

Dále bych se věnovala fázím Recovery přístupu. Tyto fáze představují principy, které jsou důležité na cestě k zotavování se a nalezení znovu místa v životě i se závažnou nemocí. Pomáhající profesionál, který pracuje s lidmi s duševním onemocněním, by měl mít schopnost rozpoznat míru podpory v každé fázi, kterou klient potřebuje. Posloupnost těchto fází je mapou k cestě v zotavení.<sup>35</sup>

### 2.1.1 Naděje

Je začátkem každé cesty za zotavením. Důležité jsou dva postoje a tím je naděje a odvaha. Odvaha vždy s sebou přináší kus strachu, očekávání a nejistoty. Pokud bychom si byli jistí, nepotřebovali bychom ke svému životu naději. Pokud ovšem v sobě pěstujeme naději, vždy se zajímáme o budoucnost. Ta s sebou přináší určitá přání. Naděje nám pomáhá dívat se dopředu a směřuje nás k činům. U lidí s vážným duševním onemocněním je velmi obtížné nepřestávat doufat a věřit, že život může přinést i něco pozitivního.<sup>36</sup>

Radgins ve své knize *Cesta k zotavení naději* vnímá jako velký motivační prvek, který musí být více než jen ideálem. Musí být postaven na konkrétní rozumné vizi, jaké by to mohlo být, kdyby to bylo lepší.<sup>37</sup>

Pro klienta je těžké uvědomit si, že lze vést kvalitní život i přes veškerou léčbu a jiné metody vedené institucemi. Sociální práce s člověkem s duševním onemocněním je velmi zdlouhavý proces, k tomu aby v sobě dokázal vybudovat naději a odvahu pro změny ve svém dosavadním životě. Sociální pracovník by měl odhadnout možnosti, které se nemocnému nabízejí a podporovat ho k dosažení velmi malých a krátkodobých cílů. Podpůrnými rozhovory ho motivovat ke snaze dospět ke svému cíli a být na této cestě odvážený. Člověk s duševním onemocněním by se měl v této fázi zaměřit na to, co pro sebe může udělat sám a s čím ho může okolí podpořit.

---

<sup>34</sup> Srov. RAGINSE, M., *Cesta k zotavení*. s. 53. – 67.

<sup>35</sup> Srov. RAGINS, Mark. *Cesta k zotavení*. Ledovec [online]. Dostupné na: [http://www.ledovec.cz/recovery/road\\_to\\_recovery\\_czech.pdf](http://www.ledovec.cz/recovery/road_to_recovery_czech.pdf)

<sup>36</sup> Srov. RIDGWAY, P., MCDIARMID, D., DAVIDSON L., BAYES, J., RATZLAFF, S. *Cesty k zotavení*. s. 25. – 30.

<sup>37</sup> Srov. RAGINSE, M. *Cesta k zotavení*. s. 20.

## 2.1.2 Zplnomocnění

Je procesem posilování schopností nemocného. Jedná se o příležitost k vlastním rozhodnutím. Znovuzískání kontroly nad svým životem a projevy své nemoci, je ovlivněno přístupem v nalezení pozitivních hodnot, propojení s přirozenou sociální sítí a osvojení dovedností, které byly nemocí potlačeny. Zplnomocnění ovšem v základech práce s lidmi s duševním onemocněním neznamená, že sociální pracovník klienty „zplnomocňuje“, nýbrž klíčem ke zplnomocnění je přístup k informacím a to ve schopnosti rozhodovat se, klíč k asertivitě a sebeúctě. Získat dostatečnou důvěru k pomoci a být součástí společnosti.<sup>38</sup>

## 2.1.3 Odpovědnost za sebe sama

Třetí fáze vyvolává v každém člověku risk. U lidí s vážným duševním onemocněním je o to poznatelnější. Z hlediska risku se jedná o odpoutání se, jak od hněvu, tak zklamání, to vše se pojí s onemocněním. Do nynějška byl klient závislý na institucích, které přesně věděly, co je pro něj nejlepší – co má dělat a co nemá. Sociální pracovník napomáhá klientovi převzít odpovědnost za svůj život a tím ho podporovat na cestě zotavení, zkoušet nové věci, učit se z chyb a selhání. V tomto případě je zapotřebí zrušit zažitě stereotypy a vzít život do vlastních rukou a nezůstávat ve snadné a bezpečné roli toho, o koho se starají ostatní. Sociální pracovník se v této fázi pokouší klienta podporovat ve vytrvalosti a podpůrnými rozhovory nalézat, i přes selhání, které ho mohou provázet, jiné cesty k úspěchu.<sup>39</sup>

## 2.1.4 Smysluplná životní role

Poslední fáze doplňuje posloupnost uvedeného procesu k cestě zotavení. Jedná se o nalézání v životě nových nebo již ztracených rolí. Jsou to role, které nemají s nemocí nic společného. V předešlých fázích člověk s duševním onemocněním našel naději, důvěru a větší zodpovědnost za sebe sama. Díky těmto nově získaným postojům je možné se uplatnit v běžných rolích jako je např. zaměstnanec, soused, občan apod. Být občanem je znovunalezení spojení s širším okolím. Smysluplné role ukončí izolaci a jsou tak dalším krokem u lidí s vážným duševním onemocněním zotavit se a žít svůj vlastní život.<sup>40</sup>

---

<sup>38</sup> Srov. ŠTASTNÁ, J., *Sociální práce [online]*. Dostupné na: <https://socialni prace.cz/koncept-zplnomocneni-a-participace-v-socialni-praci/>

<sup>39</sup> Srov. RIDGWAY, P., MCDIARMID, D., DAVIDSON, L., BAYES, J., RATZLAFF, S. *Cesty k zotavení*. s. 30. – 34.

<sup>40</sup> Srov. *Reforma psychiatrie [online]*. Dostupné na: [https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/202103/metodika\\_MT\\_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf](https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/202103/metodika_MT_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf)



## 2.2 Komunikace zaměřená na zotavení

Přístup Recovery dle předešlých fází vychází z předností člověka, hledání silných stránek a pohledu za hranice systému institucionalizované péče. Následně zde uvedu základní principy při jednání s klientem, které by pomáhající profesionál měl mít vždy na paměti při komunikaci.

- Klientovi aktivně naslouchám, abych mu pomohl porozumět jeho psychickým potížím.
- Pomáhám klientovi nacházet a upřednostňovat jeho osobní cíle zaměřené na zotavení/recovery a ne pouze mé profesní cíle.
- Věřím, že klient může dosáhnout těchto cílů s využitím svých stávajících silných stránek a zdrojů.
- Sdílím své vlastní zkušenosti nebo zkušenosti jiných klientů, které inspirují k naději.
- Věnuji zvláštní pozornost těm cílům, které vyvádějí klienta z „role pacienta“ a umožňují mu obohatit život jiným.
- Upozorňuji klienta na zdroje mimo systém služeb pro duševně nemocné – přátele, známé, organizace, které mohou být klíčové pro dosažení jeho cílů.
- Podporuji klientovu schopnost samostatně zvládat potíže s nemocí (poskytnutím informací, posílením strategií zvládání potíží, které se mu již osvědčily, atd.).
- Nabízím klientovi při diskusi nad jeho potřebami terapeutické intervence (psychologická podpora, alternativní terapie, krizové plánování) s respektem k jeho přáním.
- Po celou dobu respektuji osobu klienta, touhu po rovnocenném partnerství při společné práci a ochotu „udělat něco navíc“.
- Vytrval jsem ve vyjadřování podpory v dosažení cílů, které si klient určil, živil jsem naději a pozitivní očekávání.<sup>41</sup>

Zotavení je založené na vztahu. K tomu, aby sociální pracovník mohl vést rozhovory se svým klientem, je důležitá změna i v oblasti samotného pracovníka a jeho komunikace. Komunikace a myšlení jsou totiž spojené nádoby.<sup>42</sup> Samotnou volbou slov a větných spojení můžeme podporovat přirozený proces zotavení z vážného duševního onemocnění, nebo ho blokovat a klást mu překážky. Tím, co říkáme, otevíráme prostor pro naději, zplnomocnění, zodpovědnost a vytváření smysluplných životních rolí, nebo naopak posilujeme pasivitu, pocit beznaděje a v roli tzv. "expertů" přebíráme zodpovědnost a následně nevědomky klienty zneschopňujeme. Při komunikaci s klientem se vždy snažíme cílit na silné stránky. To ovšem neznamená, že sociální pracovník přehlídí potíže, znamená to, že se společně snaží vnášet do rozhovoru spíše úspěchy a dovednosti, než jen nemoci a selhání.<sup>43</sup>

---

<sup>41</sup> Srov. *Zotavení.cz* [online]. Dostupné na <https://www.zotaveni.cz/zotaveni-nazivo/80-deset-tipu-pro-praxi-zamerenou-na-zotaveni>

<sup>42</sup> Srov. *Příručka jazyka zotavení*. Podpora vzniku center duševního zdraví I. Ministerstvo zdravotnictví ČR.

<sup>43</sup> Srov. HOLLANDER, D., WILKEN, J. P. *Podpora zotavení a začlenění*. s. 17.

Příkladem mohou být následující otázky vedené při rozhovoru.<sup>44</sup>

Zaměření na silné stránky	Zaměření na slabé stránky
Co Vám naposledy pomohlo vyjít z bytu?	Kolik dní jste tu zavřený?
Na synovi Vám záleží a přejete mu uzdravení.	Neplačte mi tady, tím synovi nepomůžete!
Co dalšího můžete dělat, abyste si našla práci?	Co Vám brání v tom, abyste si našla práci?

V komunikaci je vždy zásadní uvědomit si člověka jako osobu, která zaujímá první místo. Sociální pracovník se snaží vyhnout podvědomé redukci člověka na psychiatrickou diagnózu. Měl by mít vždy na paměti, že nejdříve ve větě označujeme osobu a následně podmínku nebo obtížnou životní situaci.<sup>45</sup>

Recovery přístup a potažmo dobře zvolená komunikace se opírá o určité obecnější principy, ale z hlediska jazykových formulací je podstatné vnímat jedinečnost každého člověka, být srozumitelný, nesoudit a přicházet do vztahu s klientem tak, že největším odborníkem na problém je ten, kdo ho sám prožil.<sup>46</sup>

Cílem této kapitoly bylo objasnit, jak důležitá je forma komunikace v budování vztahu klient/ sociální pracovník a jaký vliv může mít při práci na klientovo zotavení se. V následující kapitole bych se zaměřila na jednu z metod pracující na principech Recovery přístupu s níž pracují sociální pracovníci a další odborníci v rámci multidisciplinarity.

---

<sup>44</sup> Srov. Davidson L., Tondora J., Lawless M., O'Connell M., Rowe M. *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení. Psychiatrická nemocnice Bohnice*. s. 34.

<sup>45</sup> Srov. Tamtéž. s. 37.

<sup>46</sup> Srov. RIDGWAY, P., MCDIARMID, D., DAVIDSON, L., BAYES, J., RATZLAFF, S. *Cesty k zotavení*. s. 30. – 34.

## 2.3 Metoda CARE

V této kapitole se budu věnovat metodě, která umožňuje komplexní přístup psychosociální rehabilitace k naplnění dílčích cílů a postupů u lidí s dlouhodobým průběhem duševního onemocnění. K výběru této metody jsem se přiklonila z hlediska jejího komplexního pohledu na oblast péče o duševní zdraví a nástroji orientované na zotavení.

Počátky této metody hledíme u pomáhajících profesionálů v 80. letech v Nizozemsku, kteří se inspirovali rehabilitačními postupy z Velké Británie a Spojených států. Do České republiky se zprvu dostává do prostředí psychiatrických nemocnic a následně ji začínají využívat další organizace zaměřené na péči o duševně nemocné podporované reformou psychiatrické péče.<sup>47</sup>

Komplexním přístupem pro rehabilitaci, která zahrnuje teoretická východiska, vizi, praktickou pracovní metodu nazýváme zkráceně metoda CARE (Comprehensive Approach to Rehabilitation). Dále ve své práci budu používat pouze tuto zkratku. CARE se v první řadě zaměřuje na klienta jako osobu jedinečnou, vnímá ji celostně, přitom nezapomíná na životní prostředí a jeho sociální síť. V práci s metodou CARE se pomáhající profesionál zaměřuje na kvalitu života klienta, která se vztahuje jak k osobním tak životním doménám.<sup>48</sup>

Základem procesu rehabilitace je pomáhat člověku s duševním onemocněním vytěžit co nejvíce ze schopností, které zůstaly, tak aby mohl dosáhnout optimální existenční úrovně. Tato podpora je položena na základech přítomnosti, otevřenosti a naslouchání, co nám druhý člověk říká. Svoji pozornost upíráme k „být tady a teď“, který otevírá prostor pro řešení otázek důležitých k umožnění optimální spolupráce mezi klientem, sociálním pracovníkem a jeho rodinou.<sup>49</sup>

CARE usiluje o vytvoření „sociálněji“ společnosti. Mezi procesy, které ovlivňují člověka, jsou osobní prožitky a činnosti zaměřující se na sebe péči, zdraví, bezpečí a sociální vztahy. V sebe péči hledíme každodenní péči o domácnost a naše tělo. S pocitem bezpečí nalzáme základní jistotu o významu naší bytosti, a odpovědi, že můžeme být sami sebou. Bezpečí má aspekt emocionální a fyzický. Sociální vztahy nám umožňují být v interakci s ostatními lidmi a nalázat smysl v našem významu pro svou skupinu v rámci sociálních vazeb.<sup>50</sup>

Pro práci s klientem je důležité vycházet z jeho přání a potřeb. Nejen sociální pracovník systematicky pracuje s životním a jedinečným příběhem klienta, který se potýká s vážnými obtížemi v psychosociálním fungování, zahrnující také zapojení se do běžného života a pracovního procesu, ale je zde nutná komplexní péče jak sociální intervence tak zdravotní. Tato péče je v souladu s přáními, která mají pro klienta význam. Přání jsou úzce spojena s potřebami a ambicemi. Pokud se přání dotýkají potřeb, pak povětšinou tyto potřeby jsou spojeny s nadějí, že dojde ke změně klientova života.

---

<sup>47</sup> Srov. *Psychiatrie pro praxi [online]*. Dostupné na:  
<https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/02/05.pdf>

<sup>48</sup> Srov. HOLLANDER, D. D., WILKEN, J. P., *Podpora zotavení a začlenění*. s. 11. – 30.

<sup>49</sup> Srov. ŠALPLACHTA, M., ŘÍČAN, P. a spol., *CARE ateliér, průvodce kurzem modelu CARE*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. s. 28.

<sup>50</sup> Srov. Tamtéž, str. 11. – 30.

Na přání se pak nahlíží v podobě obsahu, významu a osobní preference klienta. Jejich odškrtávání umožňuje mít představu o tom, jaká klientova přání jsou skutečně důležitá.<sup>51</sup>

Následující nástroje, které budou popsány, se zaměřují v první řadě na zvýšení životní kvality u osob s duševním onemocněním, což je hlavním cílem reformy psychiatrické péče. Z hlediska zlepšení kvality života klienta se sociální pracovník zaměřuje na posilování jeho silných stránek a přítomnost, v níž proces probíhá. Zvyšování kvality života je postaveno na osobních přáních a na práci se zranitelností. Sociální pracovník pomáhá při formulaci přání, při jeho rozhodování, plánování a uplatňování jeho schopností.<sup>52</sup>

Nástroje, které pracují v souladu s modelem CARE, jsou v zásadě postaveny na:

- a) Osobním profilu
- b) Osobním plánem
- c) Plánem prevence relapsu onemocnění
- d) Profilu prostředí<sup>53</sup>

**a) Osobní profil** je nástroj pro mapování přání, možností a zkušeností klienta. Tento osobní profil vychází z osmi životních dimenzí (bydlení, práce, vzdělávání, volný čas, zdraví, péče o sebe a ostatní, vztahy, bezpečí). Jedná se o komplexní nástroj, který vychází ze strukturovaného rozhovoru s klientem. Zaměřuje se na zjištění silných stránek a zdroje, které klient v současnosti má a které měl v minulosti. Z tohoto životního příběhu lze odvodit podpůrné faktory a silné stránky, kterými aktuálně klient disponuje. Osobní profil vždy směřuje do budoucnosti.<sup>54</sup>

**b) Osobní plán** cílí na konkrétní kroky, funguje jako pracovní program pro klienta a všechny zúčastněné strany. Součástí plánu jsou jednotlivé kroky a aktivity, kdo je realizátor jednotlivých kroků a kdy má být cíle dosaženo. Je jakýmsi záchytným bodem pro klienta, který ho má vždy po ruce. Pomáhá udržovat jeho strukturu, vzhledem k tomu, že klienti mohou mít problémy s pamětí i vzhledem k nežádoucím účinkům léků.<sup>55</sup>

**c) Plán prevence relapsu onemocnění neboli plán časných varovných příznaků** zachycuje varovné signály a potřebné reakce jak na tyto signály reagovat. Tento plán má podobu semaforu. Zelená značí rovnováhu, kdy klient se cítí dobře a vše je v pořádku. Oranžová barva značí, že již klient vnímá, že by věci mohli být lepší, je zde již signál, že se blíží krize a může dojít ke zhoršení stavu. Červená barva značí reálnou krizovou situaci. Vytváří si ho s pomocí pracovníka sám klient a je určen pro něj a také pro lidi v jeho okolí.<sup>56</sup>

---

<sup>51</sup> Srov. *Metodika následné lůžkové péče v psychiatrických zařízeních*. Systém ucelené psychiatrické rehabilitace: Ministerstvo zdravotnictví ČR. s. 47.

<sup>52</sup> Srov. HOLLANDER, D. D., WILKEN, J. P., *Podpora zotavení a začlenění*. s. 110.

<sup>53</sup> Srov. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [online]*. Dostupné na: <http://www.cmhcd.cz/vzdelavaci-institut/platforma-care/>

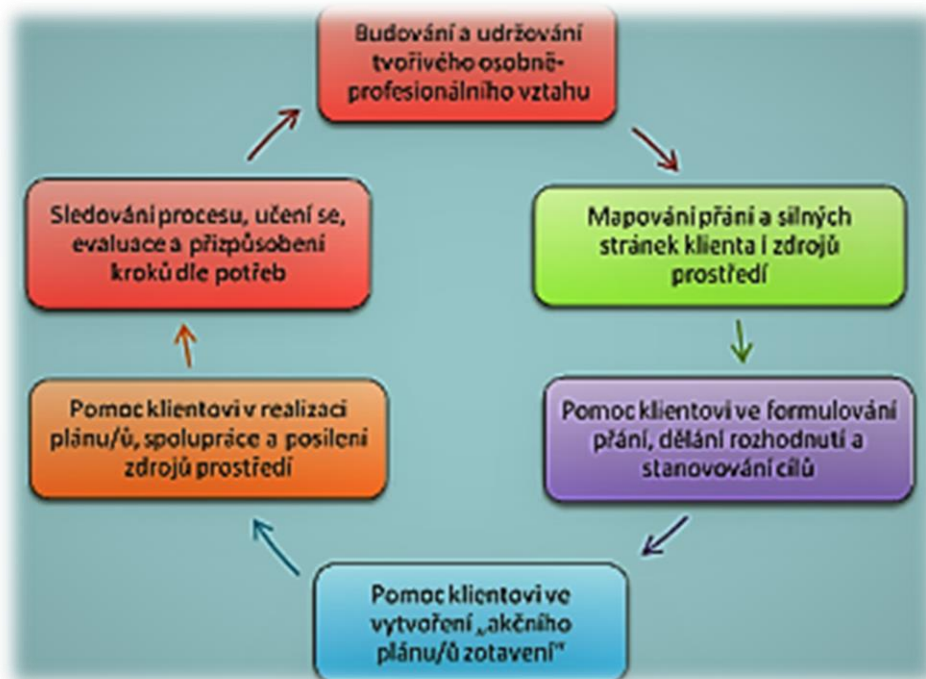
<sup>54</sup> Srov. *Psychiatrická rehabilitace [online]*. Dostupné na: [http://www.psychiatrickarehabilitace.cz/obj/files/1/sys\\_media\\_212.pdf](http://www.psychiatrickarehabilitace.cz/obj/files/1/sys_media_212.pdf)

<sup>55</sup> Srov. *Reforma psychiatrie [online]*. Dostupné na: [https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/202103/metodika\\_MT\\_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf](https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/202103/metodika_MT_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf)

<sup>56</sup> Srov. ŠALPLACHTA, M., ŘÍČAN, P. a spol., *CARE ateliér, průvodce kurzem modelem CARE*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. s. 56.

**d) Profil prostředí** pomáhá klientovi porozumět prostředí, ve kterém žije a o kterém uvažuje. Profil se soustředí na zdroje v prostředí, které se klientovi nabízejí a jak je schopen je využít.<sup>57</sup>

Následující obrázek nám ukazuje využití metody v praxi, a probíhající spolupráci mezi klientem a profesionálem s následným využitím nástrojů metody CARE.<sup>58</sup>



Cílem této kapitoly bylo přiblížit komplexní rehabilitační metodu využívající principy založené na Recovery. Přiblížila jsem základní vizi a teoretická východiska pracovních nástrojů. Tento nástroj pomáhá pracovníkům podporovat klienty s cílem zkvalitnit jejich život. Umožňuje pracovníkům v komunitní sociální službě sjednotit postup práce s klientem a zaměřit se na jeho silné stránky a přání, s postupným odstraněním negativních aspektů v jeho životě.

<sup>57</sup> Srov. HOLLANDER, D., WILKEN, J. P. *Podpora zotavení a začlenění*. s. 126. – 127.

<sup>58</sup> Srov. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví*[online]. Dostupné na: <http://www.cmhd.cz/vzdelavaci-institut/platforma-care/>

### 3 Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu

Následující text se zaměří na roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, složení multidisciplinárního týmu a projekt Centrum duševního zdraví, které jsou nedílnou součástí celého procesu v zotavení klienta. Bude představen sociální pracovník pracující s metodou CARE a konkrétní postup práce.

V České republice se Ministerstvo zdravotnictví stalo realizátorem projektů zaměřujících se na podporu vzniku Center duševního zdraví pod zkratkou CDZ. Níže bych dále uváděla pouze zkratku CDZ, dále bych uváděla termín klient/pacient vzhledem k propojení sociální a zdravotnické péče, která CDZ poskytují.<sup>59</sup> Cílem tohoto projektu je odklon od ústavní péče směrem k lidem s duševním onemocněním a poskytnutí jim komplexní, koordinované a včasné péči v jejich přirozeném prostředí. CDZ mají za úkol podporovat klienta/pacienta v obtížných situacích způsobené nemocí, prevence hospitalizace nebo jejich zkracování, včasnou diagnostiku onemocnění a rychlé započetí léčby. V neposlední řadě zapojení osob v dlouhodobé hospitalizaci do běžné komunity. Propojuje sociální a zdravotní péči v jednom do multidisciplinárního týmu, jehož práce je zaměřená na podporu klienta/pacienta v jeho cestě k zotavení.<sup>60</sup>

Věstník MZ (Ministerstva zdravotnictví) v rámci standardů péče poskytované v Centrech duševního zdraví upřesňuje jejich zacílení a jejich vymezení v nabízené péči. CDZ jsou jakýmsi mezičlánkem mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou tedy akutní i specializovanou péčí. K zajištění hlavního cíle je maximální společenská integrace a klinického i sociálního zotavení klientů/pacientů. CDZ spolupracuje ve svém regionu s dalšími potřebnými subjekty a službami jak specializovanými, tak těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci v oblasti zaměstnávání, vzdělávání, bydlení, volnočasových aktivit aj. Tým CDZ pracuje formou case managementu a poskytuje flexibilní, individualizovanou službu všem potřebným klientům/pacientům ze spádové oblasti bez čekací doby. Veškerá činnost se řídí platnou legislativou, zejména zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.<sup>61</sup> Myšlenkou CDZ je odklon od ústavní péče, ale také zároveň změna její kultury, která je charakteristická svým důrazem na kontrolu symptomů, chování a rutinou v léčebných postupech. Pravidla, která jsou zavedena v ústavní kultuře, jsou povětšinou upřednostňována před potřebami lidí. Změna by měla probíhat v přístupu komunitní kultury, kde jímž středem je člověk, jeho potřeby a je zde kladen důraz na kvalitu jeho života.<sup>62</sup>

---

<sup>59</sup> Srov. *Malý průvodce centry duševního zdraví*. Podpora vzniku Center duševního zdraví I. Ministerstvo zdravotnictví ČR.

<sup>60</sup> Srov. Tamtéž.

<sup>61</sup> *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [online]*. Dostupné na:

[http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Standard\\_CDZ\\_final.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Standard_CDZ_final.pdf)

<sup>62</sup> Srov. *Malý průvodce centry duševního zdraví*. Podpora vzniku Center duševního zdraví I. Ministerstvo zdravotnictví ČR.

### 3.1 Multidisciplinární tým

Dále bych blíže přiblížila minimální personální složení multidisciplinárního týmu v Centrech duševního zdraví a kompetence, který každý z pracovníků má.

Pěč s Probstovou ve své knize popisují multidisciplinární tým, kde spolupracují psychiatři, komunitní psychiatrické sestry, psychologové, sociální pracovníci, ergoterapeuti, psychoterapeuti.<sup>63</sup> Projekt Ministerstva zdravotnictví tento tým dále rozšiřuje o klinického psychologa a peer pracovníka.<sup>64</sup>

**Psychiatr** ve své kompetenci a potřeby multidisciplinárního týmu stanovuje diagnózu a vyhodnocuje různé známky poruchy a symptomy s ohledem na možný úspěch a efekt rehabilitace. Provádí terapii psychofarmaky. Určuje vhodné dávky farmak s minimálními vedlejšími účinky, tak aby umožnil pacientovi absolvovat rehabilitační program. Pokud pacient z jistého důvodu nemůže navštívit ambulanci v CDZ, psychiatr vyjíždí za ním do jeho přirozeného prostředí. V případě nutnosti, také doporučuje hospitalizaci. Psychiatr je neopominutelným článkem CDZ a je doporučován jako vedoucí týmu.<sup>65</sup>

**Psychiatrická sestra** je schopna rozpoznat změny psychického stavu pacienta, komunikuje s návaznými zdravotnickými zařízeními ve prospěch pacienta. Provádí edukace ve spojitosti se zdravotním stavem a medikací. Vyhodnocuje potřeby pacienta, pomáhá zlepšovat kompetence pacienta v oblasti sociální, pracovní či využití volného času. Dohlíží na tělesnou stránku pacientových zdravotních potřeb, na tělesné reakce na medikaci, monitoruje léčebné i vedlejší účinky farmak. Úzce spolupracuje s ostatními členy týmu v CDZ.<sup>66</sup>

**Klinický psycholog** pracuje v přímé práci v individuální formě psychoterapie a skupiny. Provádí psychologická vyšetření za účelem komplexní diagnostiky. Poskytuje krizovou intervenci, psychoedukaci, psychologické vyšetření a je činný v práci s rodinou.<sup>67</sup>

**Peer pracovník** je člověk s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Využívá své zkušenosti v přímé práci s klientem při hledání klientovi cesty k zotavení. Poskytuje týmu zpětnou vazbu.<sup>68</sup>

**Sociální pracovník** mapuje aktuální prožívání klienta, provádí sociální šetření, vyhodnocuje potřeby založené na přání klienta. Podporuje je při vyřizování osobních záležitostí, orientuje se v prostředí, v kterém se klient nachází, navazuje vztahy s blízkým okolím klienta a vytváří zázemí pro klienta v oblasti bydlení a práce. Je nejvíce v kontaktu s rodinou a sociální sítí klienta.<sup>69</sup> Kutnohorská dodává, že mezi jeho další činnosti patří sociální šetření, odborné sociální poradenství, krizová pomoc, depistážní činnost. Obvykle

---

<sup>63</sup> Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V., *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. s. 188.

<sup>64</sup> Srov. *Malý průvodce centry duševního zdraví*. Podpora vzniku Center duševního zdraví I. Ministerstvo zdravotnictví ČR.

<sup>65</sup> Srov. *Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz)*. Ministerstvo zdravotnictví ČR.[online] Dostupné na: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2016/12/170425\\_-Principy-péče-v-CDZ\\_revize.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2016/12/170425_-Principy-péče-v-CDZ_revize.pdf)

<sup>66</sup> Srov. Tamtéž.

<sup>67</sup> Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 132.

<sup>68</sup> Srov. Sborník péče o duševní zdraví. *Na cestě ke komunitní psychiatrii*. s. 126. – 127.

<sup>69</sup> Srov. MATOUŠEK, O., A KOL. *Metody a řízení sociální práce*. s. 67. – 70.

pracuje v roli případového vedoucího a zabývá se životní situací klienta komplexně, poskytuje mu přímou podporu v obtížných sociálních situacích (úřední jednání, bydlení, zaměstnání).<sup>70</sup>

Krátce jsem zde představila složení multidisciplinárního týmu v rámci CDZ a jejich kompetence. Specifikovala jsem odborníky, kteří se podílejí na práci s člověkem zasaženým duševní nemocí. Je však nutné podrobněji nahlédnout na pozici sociálního pracovníka v týmu, vzhledem k jeho klíčové pozici.

## 3.2 Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu CDZ

Sociální pracovník je jakýmsi koordinátorem týmu. Je spojovatelem mezi ostatními odborníky, kteří se podílejí na práci s klientem. Ve většině případů bývá prvním, kdo je nositelem příběhu klienta do porad týmu.<sup>71</sup> Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu jako první vytváří kontakty s potenciálními klienty, se kterými později bude pracovat celý tým CDZ. Tyto kontakty se odehrávají v terénním prostředí a to v psychiatrické léčebně nebo pak následně přímo v organizaci, kam potenciální klient dojde ze své iniciativy nebo na doporučení od ambulantního psychiatra či svého okolí.

Sociální pracovník také v rámci svých kompetencí v CDZ připravuje klienta na přechod z lůžkového zařízení do přirozeného společenství. Zajišťuje návaznou péči, mapuje a zabezpečuje takové podmínky k návratu, aby se případně zamezilo opakované hospitalizaci. S klientem sociální pracovník komunikuje již na lůžkovém oddělení a pomáhá budovat most, po kterém se klient může vrátit z instituce zpět do domácího prostředí. Tím zdánlivým mostem je dobře koordinovaná spolupráce s ostatními subjekty.<sup>72</sup>

Z praxe je známo, že pokud se první kontakt realizuje v lůžkovém oddělení, má pro budoucího klienta CDZ pozitivní vliv. Pracovník vysvětluje svou roli, s respektem přijímá klientův strach, žal či jiné emoce. Navazuje s ním vztah, předává informace ohledně organizace a jejích služeb v rámci poskytované podpory. Mnohokrát po propuštění klienta je již určená zakázka, na které společně budou spolupracovat a to s podporou ostatních členů týmu.<sup>73</sup>

Již zde vyplívá, že sociální pracovník v multidisciplinárním týmu má nezastupitelnou roli ve vztahu ke klientovi, v návaznosti na další odborníky a zdroje v jeho okolí. Spočívá to v jeho komplexním pohledu na celkovou situaci, kterou mapuje a informuje o ní ostatní členy týmu v CDZ, kteří se následně zabývají jednotlivými problémy dle jejich profese.

---

<sup>70</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 50. – 51.

<sup>71</sup> Srov. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. s. 136.

<sup>72</sup> Srov. Tamtéž. s. 137.

<sup>73</sup> Srov. *Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz)*. Ministerstvo zdravotnictví ČR.[online] Dostupné na: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2016/12/170425\\_-Principy-péče-v-CDZ\\_revize.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2016/12/170425_-Principy-péče-v-CDZ_revize.pdf)



Komplexní pohled sociálního pracovníka vychází ze vztahu ke klientovi:

- a) Pracuje s jejich individuálními potřebami bez ohledu na to, jakou mají zdravotnickou diagnózu.
- b) Je spojkou mezi osobou s duševním onemocněním a komunitou – cílem je integrace klienta, být opět občanem a být součástí celku.
- c) Je pozorný a respektuje individuální potřeby. Vnímá jedinečnost vnitřního světa, v němž klient žije.
- d) Mapuje potřeby podpory, vlivy které na ně působí a možnosti prostředí, které mohou být podporujícím prvkem.
- e) Chápe a podporuje koncept zotavování se z nemoci – přijetí sama sebe, významu a smyslu života, zvládnání a adaptaci na nemoc u klienta.<sup>74</sup>

Sociální pracovník osobám s duševním onemocněním pomáhá vytvářet vizi do budoucna. Pracovník se zaměřuje na proces zotavení. Klienta neposuzuje jen na základě diagnózy, jelikož tím by bránil cestě zotavování se z nemoci. Nejvíce klient cítí naději a pomoc, když pomáhající pracovník je opravdový. A sdílí také své pocity. Sdílet radost či dokonce pláč upevňuje vzájemné vztahy.<sup>75</sup>

Sociální pracovník by měl mít na paměti při práci s lidmi duševním onemocněním, že duševní onemocnění nepostihuje intelekt. V projevu nemoci je nejvíce ovlivněno zejména lidské myšlení, prožívání nebo vztahy. Proto je nedílnou součástí pomáhající profese schopnost hledat cesty, jak přes obtíže způsobené příznaky nemoci s nimi komunikovat a nezlehčovat je. Nezapomíná na principy komunikace, které by měly být postaveny na lidské důstojnosti a jazyce zaměřeném na zotavení. Aktivně naslouchá a využívá klidný tón hlasu, čímž podporuje vznik základní důvěry a v neposlední řadě je to pak řeč těla, kterým sociální pracovník sděluje postoj k otevřenosti a akceptaci klienta a jeho příběhu.<sup>76</sup> Sociální pracovník by měl být v komunikaci s člověkem s duševním onemocněním upřímný a maximálně otevřený vůči tomu, co se právě děje. Má být čitelný. Své kroky předem sdělovat. Přináší to větší porozumění situace, pocit bezpečí a důvěry.<sup>77</sup>

Praxe nám ukazuje, že sociální pracovníci navazují povětšinou se svými klienty vztah dlouhodobějšího charakteru. Mají tendenci k vytváření také dlouhodobějších strategií v práci s klientem. To ovšem s sebou může nést rizika ve vytváření umělého sociálního prostředí. Dalším možným rizikem je ztráta kritického pohledu na přání, které klient vyjadřuje a to i tehdy pokud vycházejí z nemoci zkreslených představ klienta o sobě a okolním světě. Pro sociálního pracovníka může být také velmi obtížné pracovat s lidmi s vážným duševním onemocněním, jelikož tito lidé obtížně vyjadřují svá přání a potřeby. Pracovník tak může špatně vyhodnotit, jaký je stav klienta a kdy je potřeba jednat více asertivně. V tomto směru může být péče těžko uchopitelná.<sup>78</sup> Tato spolupráce může být velmi náročná pro všechny zúčastněné, kteří jsou do procesu zotavování zahrnuti. Aby společný postup byl účinný, je potřeba využít multidisciplinární tým, jehož součástí jsou také zdravotnické profese, které vzhledem k psychiatrickému vzdělání a zkušenostem mohou nastavit jiný úhel pohledu.<sup>79</sup>

---

<sup>74</sup> Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V., *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. s. 39. – 43.

<sup>75</sup> Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V., *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. s. 214. – 222.

<sup>76</sup> Srov. ŘEZNIČEK, I., *Metody sociální práce: podklady ke stážím a ke kazuistickým seminářům*. s. 20

<sup>77</sup> Srov. HÁJEK, K., *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. s. 77.

<sup>78</sup> Srov. MUUSSE, CH., ROOIJEN, S. *Svoboda především*. s. 83. – 87.

<sup>79</sup> Srov. *Psychiatrie.cz [online]*. Dostupné na:

[https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ\\_psychiatrie\\_pruvodce\\_final.pdf](https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf)

Jako klíčové pro sociálního pracovníka vidí Řezníček schopnost pracovníka porozumět symptomatice, jelikož to je klíčové z hlediska vhodné pomoci a usnadnění komunikace také s dalšími členy týmu.<sup>80</sup> Stejný názor v důležitosti v porozumění symptomatice zastává Probstová, která vidí i nutnost znát základy psychopatologie a základy ve farmakoterapii ohledně vedlejších účincích léků.<sup>81</sup>

Je zřejmé, že sociální pracovník má pevné postavení v celém týmu. Pro jeho práci je zásadní být v sounáležitosti s ostatními členy týmu a být respektován. Toto pevné postavení a místo z velké části závisí na osobnosti a schopnosti daného sociálního pracovníka.<sup>82</sup>

Bohužel situace v České republice v oblasti duševního zdraví je dlouhá léta postavena na dominanci psychiatrie, ostatní profese jsou spíše považovány za spolupracovníky lékaře. Z praxe vyplývá, že sociální pracovníci stále musejí obhajovat svou roli a kompetence hlavně mezi ambulantními lékaři.<sup>83</sup>

V této kapitole jsem přiblížila roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, který je nezastupitelným členem týmu v práci s lidmi s duševním onemocněním. Jeho široké spektrum práce se odráží v následné propojenosti a koordinaci s profesními složkami, které se spolupodílejí na cestě zotavení klienta. Poskytuje mu pomoc s vyřizováním dávek, příspěvků a s dalšími praktickými záležitostmi, které by sám klient nezvládnul, tím mu napomáhá k existenčnímu a sociálnímu zajištění. Je poradcem a case managerem v příběhu klienta. Napomáhá klientovi, potažmo blízkému okolí kolem klienta včetně rodiny, zmapovat a pojmenovat obtížnou situaci, v které se nachází a s nastolenou spoluprací pomáhá klientovi nacházet změny v životě, které by odstraňovaly negativní aspekty v jeho životě. Je hlavním nositelem klientova příběhu do týmu CDZ.

---

<sup>80</sup> Srov. ŘEZNÍČEK, I., *Metody sociální práce: podklady ke stážím a ke kazuistickým seminářům*. s. 25.

<sup>81</sup> Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V., *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. s. 15.

<sup>82</sup> Srov. KUZNÍKOVÁ, I., a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. s. 35.

<sup>83</sup> Srov. Tamtéž. s. 33.

## 4 Příklady dobré praxe

Následující stránky budou věnované příkladům z dobré praxe. Bude ukázána práce sociálního pracovníka a jeho práce s příběhem klienta. Představím konkrétní příklady v podobě ukázek práce s klientem. Skládá se bude s kazuistiky klienta a práce sociálního pracovníka s využití nástrojů metody CARE, která stojí na principech Recovery přístupu. Snažila jsem se o co největší záběr ve snaze ukázat přístup sociálního pracovníka v podpoře klienta k cestě zotavení.

Do této části bakalářské práce jsem vybrala dvě kazuistiky. Z důvodu zachování anonymity, jsou jména klientů uvedena jen s počátečním písmenem. Veškeré informace jsou reálné a pravdivé. Tato část se bude zabývat pohledem sociálního pracovníka na příběh klienta, ukotvení jeho práce zaměřené na silné stránky klienta a nastavené spolupráce zaměřující se na proces zotavení. Jelikož Recovery přístup je nejvíce založen na příběhu klienta, pouze v krátkosti představím klienta a jeho anamnézu, dále bude následovat práce s příběhem sociálního pracovníka a to metodou CARE. Jelikož klienti, kteří touto metodou prošli, se dle zkušeností z praxe vybraného Centra duševního zdraví jeví pozitivnější, soběstačnější a spokojenější i přes svá omezení.

Požádala jsem dvě sociální pracovnice, které dlouhodobě pracují s lidmi s duševním onemocněním ve vybraném Centru duševního zdraví, zda by poskytly vhled do práce s lidmi na principech postavených v Recovery přístupu s využitím dané metody. První kazuistika nejprve představí pohled sociálního pracovníka na příběh klientky. Dále práci sociálního pracovníka společně s klientem na sestavení Osobního profilu a Osobního plánu, první z těchto nástrojů je Osobní profil, je důležitý pro tvorbu Osobního plánu, jelikož sociálnímu pracovníkovi umožňuje nahlédnout blíže do důležitých oblastí klienta a jeho přáních, následně bude představena práce na Osobním plánu. Druhá kazuistika je zaměřená na práci sociálního pracovníka a klienta na sestavení Plánu časných varovných příznaků.

## 4.1 Kazuistika č. 1.

Paní M. 42 let. Diagnostikována periodická depresivní porucha. První hospitalizace před rokem. Pobírá invalidní důchod I. stupně. Má matku a bratra. Žije v malém domku v zahrádkářské kolonii. První kontakt se sociální pracovnící CDZ proběhl na lůžkovém oddělení. V současné době klientka dochází k psychiatrickému lékaři v CDZ, spolupracuje s psychiatrickou sestrou na edukaci medikace, její intervence je zaměřena na volný čas a se svým sociálním pracovníkem pracují na předcházení relapsu a udržování rovnováhy v životě. Společné schůzky s klíčovým pracovníkem a psychiatrickou sestrou jsou udržované 1x za měsíc.

### Pohled sociálního pracovníka

Vybrala jsem si životní příběh paní M. Setkání proběhlo při její první hospitalizaci v květnu 2020. Byla jsem za ní poslána ošetřující lékařkou, abych ji seznámila se službami Centra duševního zdraví. Na základě našeho rozhovoru si mě paní M. vybrala za svého klíčového pracovníka. Jsem za to velmi ráda, na společné schůzky se těším. Vzniká mezi námi důvěrné pouto, posilováno společnými radostmi i bolestmi.

Paní M. je 42-letá žena. Její mluva je vytříbená, pečlivě vybírá slova, volí metaforické slovní spojení, hraje si s obraty. Pokud se netrefím v reflexi jejího sdělení, společně hledáme ta správná slova, abychom si co nejlépe porozuměly. Mívá netradiční nápady, je tvůrčí, kreativní. Před svou první psychotickou atakou se věnovala rukodělným činnostem – pletla, háčkovala, plstila, vyráběla ze dřeva. Po atace se k činnostem dosud nevrátila.

Paní M. bydlí v dřevěném domečku v zahrádkářské oblasti. V domečku nemá zavedenou vodu, musí si ji nosit z nedaleké studny. V zimě si topí v kamínkách. Domeček je ve stavu před rekonstrukcí. V nedávné době jí začal padat strop v kuchyni. S pomocí kamarádky sama strop podepřela kulatinou a stabilizovala. Dlouhodobě nemá partnera a nemá ani děti. Její blízcí jsou bratr a stárnoucí matka. S bratrem je v telefonickém kontaktu, vídají se zřídka. Bratr je po vážném úrazu, částečně ochrnutý, žije ve svazku se ženou, s níž má paní M. komplikovaný vztah. Bratr bydlí daleko. Paní M. prožívá ve vztahu s ním velkou blízkost, volá mu, když jí není dobře, radí se s ním, zažívá mateřské pocity, když pečuje o bratrova malého synka. Vztah s maminkou je zatížen minulými křivdami z dětství. Matku pravidelně navštěvuje, chodí se k ní vykoupat a pere si u ní. V nemoci došlo u paní M. k částečnému odpuštění a nalezení bezpečí v mateřské náručí. Nyní zažívá s matkou větší míru porozumění, nastává čas, kdy spolu s maminkou otevírají minulé rány. Na jedné ze schůzek mě paní M. překvapila sdělením, že měla dvojče, které zemřelo při porodu. Dověděla se to od matky až nyní. Tato informace ji velmi zasáhla, zároveň se jí tím osvětlil její pocit „neúplnosti a neustálého hledání“. Otec je už delší dobu po smrti. V oblasti partnerských vztahů má v srdci muže, který je zadaný. Jsou spolu mnoho let v telefonickém kontaktu, muž jí je oporou v těžkých chvílích, paní M. na něj čeká. Sezónně pracuje jako průvodkyně na zámku, dále dojíždí do hlavního města, kde pracuje v hudebninách. Práce je pro ni velmi důležitá. V současné chvíli společně řešíme otázku zaměstnání v zimním období. Volba povolání je pro ni nelehká, vnímá vlastní nedostačivost v oblasti vzdělání – je vyučená kniharka. Chtěla by najít smysluplnou práci. V minulosti pracovala jako pečovatelka v domově pro seniory, prodávala v drogerii, starala se o koně na farmě, prodávala v knihkupectvích. Paní M. si splnila svůj velký sen z dětství. Několikrát se vydala do Indie, kde žila pár měsíců, cestovala, přátelila se s tamními lidmi. Před 6 lety se vrátila po desetiletém pobytu v Austrálii zpět do ČR.

Důvodem návratu byl vážný zdravotní stav bratra a úmrtí otce. Po návratu pomáhala bratrovi rehabilitovat, učila ho znovu mluvit, svou nezdolností a velkým úsilím se jí ležícího bratra podařilo zmobilizovat.

Společně se vidáme každých 14 dní. Naše setkání mívají podpurný charakter. Snažím se jí být oporou v její osamělosti, na její cestě životem.

## Práce s osobním profilem

Osobní profil jsme vyplnily za jedno sezení. Trvalo nám to 2,5 hodiny, čas příjemně ubíhal. Průběžně jsem se paní M. dotazovala, zda ještě chce dál pracovat. Odpovídala mi, že je to pro ni samotnou zajímavá práce nacházet u sebe své silné stránky. Před samotným plněním úkolu jsem cítila v sobě rozechvění a obavy, že se budeme dotýkat citlivých míst. Nakonec to bylo naše nejpříjemnější setkání, při kterém jsme se nejednou zasmály. Paní M. v závěru odcházela uvolněná a usměvavá. Díky Osobnímu profilu se nám lépe zviditelnilo, na kterých dalších krocích bychom nyní mohly pracovat (myšlenka dostala konkrétní formu). Do psaní profilu jsem nezapojovala jiné lidi z časových a logistických důvodů, i když by mě zajímal pohled jejího bratra. Může svůj profil představit svému bratrovi. Myslím si, že práce přinesla klientu zlepšení sebeobraz, posílení sebehodnoty, sebeúcty a vlastní nezávislosti. Zázitek úspěchu kladně sytí vnitřní motivaci klienta. Oproti na problém orientované medicíně je stěžejní zplnomocňování klienta a posilování jeho odpovědnosti za vlastní zdraví. Příznivě hodnotím Osobní profil a analýzu sociální sítě.

OSOBNÍ PROFIL		Jméno: M.
<b>Současné schopnosti, předpoklady a zkušenosti</b>	<b>Přání a ambice</b>	<b>Schopnosti, předpoklady a zkušenosti v minulosti</b>
Samostatnost. Zručnost. Respektování sebe i zákonitostí přírody.	<b>Bydlení</b> Bydlení v přírodě ve funkční stavbě, např. v týpí, v hornatější oblasti. Důležité je bydlet se svým mužem.	Dlouhodobé soužití s přírodou ve 4 ročních cyklech.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- umí s lidmi vycházet</li> <li>- vděk</li> <li>- schopnost se uskrovnit</li> <li>- poddajnost, přizpůsobivost vnějším podmínkám</li> </ul>	<b>Práce, zaměstnání</b> Práce ve skupině příjemných lidí, kteří to mají podobně (hodnoty, postoje, směřování). Práce spíše někde venku – nejlépe v lese.	V minulosti dokázala i velmi tvrdě fyzicky pracovat. Dokáže se zastat slabších (např. zvířat, starých lidí)
Má v sobě touhu neustrnout. Jezdí na PC kurzy, věnuje tomu svůj čas. Je učenlivá.	<b>Učení se – vzdělávání se</b> Osvojit si počítačové dovednosti. To by mohl být prostředek k lepšímu	

	<p>pracovnímu uplatnění. Bude si pak jistější.</p> <p>Udělat si maturitu.</p>	
<p>Umí přijímat výzvy, nebojí se, má v sobě odvahu. Umí plavat, vody se nebojí</p>	<p><b>Rekreace – volný čas</b></p>	<p>Dřív jezdila na výlety, ráda se hýbala. Po atace ustrnula, nyní hledá cestu, jak se k tomu vrátit.</p>
	<p>Smysluplné trávení volného času – ráda by se vrátila k výletům do přírody, k pohybu. Chtěla by si vyjet v kánoji na vodu.</p>	
<p>Doma si umí vytvořit prostředí, kde se tam cítí dobře, v pohodě. Konzultuje svůj stav s homeopatkou, která jí pomáhá</p>	<p><b>Zdraví a pocit pohody</b></p>	<p>V minulosti sama překonala zdravotní potíže (stafylokokovou infekci). Má zážitek vlastní odolnosti, co tělo všechno vydrží.</p>
	<p>Chtěla by být zdravá, bez léků, zažít pocit pohody. Když užívá léky, cítí se závislá, nesvobodná.</p>	
<p>Po atace si dovolila o péči říct a přijmout ji. Tuto schopnost nadále rozvíjí.</p> <p>Nyní hledá míru péče o druhé, aby se necítila využívaná.</p>	<p><b>Péče o sebe a o ostatní</b></p>	<p>Ve svém dětství pečovala o matku, když matka na to neměla sil. Starala se a hlídala děti kamarádům.</p>
	<p>Ráda by našla rovnováhu v péči o své okolí, nebát se lidem pomoci.</p> <p>Chtěla by být pozorná ke svým potřebám, neodbývat se v jídle.</p>	
<p>Po atace si uvědomuje, že má skvělou mamku, bratra, můžou spolu začít nanovo. Ve vztazích umí odpouštět, je věrná, stálá, nachází v sobě schopnost smíření. Stále je okem na hranici, hlídá, aby blízkost druhých lidí nenarušovala její soukromí.</p>	<p><b>Vztahy</b></p>	<p>Dřív se cítila druhými převálcovaná, vnímala, jak překračují její hranice. Ze vztahů raději utíkala – „pálila mosty“.</p>

Která přání jsou pro Paní M. nejdůležitější? Potkat partnera, se kterým bych mohla prožít život.

## Práce s Osobním plánem

Při sestavování Osobního plánu s klientkou jsem musela schůzku 2x odložit pro zhoršení jejího duševního stavu. Paní M. se propadala do pocitů marnosti, zoufalství, ztráty smyslu života. Mluvila o sebevraždě. Zesílila jsem frekvenci našich schůzek, vytvářela jsem oporu, pracovaly jsme technikou bezpečného místa, uzemnění, přerámování situace. V mé přítomnosti si paní M. odžívala zklamání, pocity provinění, svoje životní kletby. Byla jak trosečník plující na vlně po rozbouraném moři. Přišlo mi, že v té době potřebovala najít klid a bezpečný přístav ve svém emočním prostředí. Při dalších schůzkách byla už z nejhorsího venku, začala se dívat kupředu, plánovat budoucnost, přemýšlet o změnách. Začalo se jí dařit v sociální i pracovní oblasti. Schůzky byly v tu ránu odlehčenější. Díky společným schůzkám jsme se s klientkou lépe poznaly a zmapovaly jsme její oblasti. Osobní plán mi přijde praktický, může sloužit jako mapa pokroků klienta. Osobní plán zůstává živým dokumentem, jelikož je možné do něj stále vpisovat a upravovat ho. Zhodnocujeme ho průběžně na každé společné schůzce.

Setkání trvalo 2,5 hodiny. Po úvodním přivítání a probrání aktuálních témat jsme si definovaly její přání, které bylo hlavně směřované na psychické zdraví. Ukázalo se, že tato položka čítá bio-psycho-sociální proměny, které povedou ke zdraví. Podrobně jsme zmapovaly, co je důležité v jednotlivých proměnách, a pak do plánu společně vymýšlely, jak bychom se mohly přiblížit k cílovému stavu, tak aby cesta pro ni byla co nejpřirozenější. Paní M. vycházela ze svého osobního profilu postavený na svých silných stránkách. Zapojovala zkušenosti a dovednosti z minulosti, zároveň mluvila s odhodláním o nových výzvách. Pro paní M. bylo obtížné do osobního plánu zařazovat ostatní lidi. Velmi by mě těšilo jí doprovázet, jemně prozkoumávat možnosti společné práce a vidět, čím jí to v životě obohacuje.

OSOBNÍ PLÁN		Jméno: M. Datum:		
Čeho chci dosáhnout (cíl): Psychického zdraví. <b>Proč je to pro mě důležité:</b> chci se naučit žít ve zdravém duchu, vrátit do života kvality, jasnou mysl. Chci se umět soustředit na překonávání obtíží.				
Co dělám já	Co dělají ostatní	Kdy chci cíle dosáhnout	Datum, kdy jsem cíle dosáhl	Poznámky
1. Najdu si vycházkový okruh v místě nového bydliště. Procházka ve mně může vyvolat libé pocity. Hledám příjemná místa intuitivně.	Můžeme vyrazit společně s prac. CDZ. Kateřina najde na internetu mapu okolí.	Do neděle 25.10.		Po víkendu půjdu ráda na vycházku i s lidmi z CDZ. Potřebuji překonat ostych před lidmi, budu ráda za doprovod.
2. Navštívím bratra a kamarádku, která bydlí kousek.  Dnes zavolám do práce kvůli pracovní náplni příštího týdne.  Zavolám bráškově i kamarádce, jestli by přijali mou návštěvu i za časů COVID.  Potřebuji zkontrolovat technický stav vozidla před cestou, neustále mu ucházejí pneumatiky, pokaždé jiná.	Využila bych pomoc při přípravě auta na cestu.	Prodloužený víkend od 31. 10. do začátku listopadu.		
3. Chtěla bych zlepšit životosprávu – pravidelně snídat, chutně obědovat.	Pomohla by mi dobrá rada, pomoc ostatních.	Jídlo – snídaně každý den. Obědy 2x týdně.		

<p>Udělán si čas na snídani, potěším se kvalitním jídlem.</p> <p>2x týdně si uvařím oběd z kvalitních surovin.</p> <p>Potřebuji překonat obavy z nakupování ve velkých krámech (při jednom nákupu se mi spustila psychotická ataka, stále mám v sobě nejistotu, aby se historie neopakovala. Ještě jsem se nevypravila do obchodů, stravuji se ze zásob z chatičky.)</p>	<p>Ostatní vyčkávají. Když budu mít starosti s nakupováním, řeknu si o pomoc.</p>	<p>Nákup potravin v příštím týdnu.</p>		
<p>4. Chtěla bych posílit tělo. Dřív jsem pravidelně cvičila jógu – dělalo mi to dobře. Začnu se základními asány, které si pamatuji.</p>	<p>Potěšil by mě zájem ostatních, kdyby se mě zeptali, jak to pokračuje. Po karanténě bych ráda šla s někým do jógového studia (s Kateřinou) Stydím se tam jít sama, ráda bych šla</p>	<p>Každý den ráno po probuzení. Začnu 24.10.</p>		

Přání paní M. psychického zdraví obsahuje:

- Pozitivnější přístup k životu, dokázat rozlišit, co je problém a co ne. Nezahlcovat se nadměrně starostmi.
- Být druhými lidmi přijímaná. Moci se chovat přirozeně v přítomnosti druhých lidí, moci být smělejší.
- Cítit se ve svém těle silná a v bezpečí, mít větší jistotu sama v sobě.
- Posílit své tělo, aby se v něm cítila líp.
- Zažít zase pocit těšení, očekávání něčeho příjemného, který teď nezná. Nyní má spíš v sobě depresi a šok z čehokoliv, co přijde.

## Shrnutí

Zde jsem představila práci sociálního pracovníka s příběhem klienta a nastavení spolupráce zaměřující se na zotavení. Byla představena spolupráce na sestavení klientky Osobního profilu a uvědomění si svých silných stránek, které by ji měly pomoci k návratu sebejistoty. Během spolupráce je více kladen nárok na odpovědnost klienta za poskytování podpory a určování si směru své cesty k zotavení. Je patrné, že Osobní profil není dotazník, je spíše založen na způsobu uvažování klienta, aby si znovu oprášil své sny a přání a vytyčil si cestu k jejich naplnění. Osobní profil má být vždy osobní, podstatou je, aby si sám klient zmapoval svá přání a ambice. Je založen na osmi základních oblastech, které zahrnuje klient společně se sociálním pracovníkem do svého profilu, který následně navazuje na stanovování cílů a dílčích kroků v osobním plánu. Praxe napovídá tomu, že plány zaměřující se na zotavení napomáhají klientům zorientovat se v tom, co si přejí a uvědomit si své silné stránky o které se mohou opřít



## 4.2 Kazuistika č. 2.

V následující kazuistice bude představena práce s Plánem časných varovných příznaků u klienta s duální diagnózou.

Pan K. věk 33 let. Diagnostikovaná paranoidní schizofrenie od jeho 20 let. Pobírá Invalidní důchod III. stupně. Má otce a mladší sestru, matka nedávno zemřela. Dlouhodobě se léčí se závislostí na stimulantech. Má nařízenou ochrannou ambulantní léčbu na protialkoholní, detoxikační část a psychiatrickou. Pravidelně dochází do Probačně mediační službu za maření úředního rozhodnutí. Ve svém životě několikrát selhal v abstinenci. Aktuálně bydlí v Chráněném bydlení. V současné době klient spolupracuje se sociální pracovníci v CDZ, ambulantního lékaře využívá mimo CDZ. Spolupráce s klientem je intenzivnější, jelikož je zde zapojena i další sociální služba Chráněné bydlení. Jsou zde jasně rozděleny role obou sociálních služeb a pracovníků, kteří pracují s klientem. Dobrou praxí je společná schůzka 1x za měsíc společně s klíčovými pracovníci CDZ a Chráněného bydlení, v případě potřeby je na schůzku přizvána další osoba, která také pracuje s klientem. Na těchto schůzkách s klientem společně hodnotí dosavadní spolupráci a další kroky do dalšího setkání.

### Pohled sociálního pracovníka

První kontakt s panem K. proběhl na žádost ambulantního psychiatrického lékaře. To bylo před více jak 10 lety. Byl to mladý zmatený muž, který nerozuměl sobě ani okolí. Potýkal se na hraně zákona, byl agresivní vůči svému blízkému okolí a nově diagnostikovaný s paranoidní schizofrenií. Pod vlivem stimulantů došlo k fyzickému napadení otce a sestře vyhrožoval smrtí. Jeho závislost mu způsobovala silné halucinace a zvýšené vnitřní hlasy. To bylo před deseti lety. Za tu dobu byl několikrát hospitalizovaný, ale vždy po návratu ho vnější svět a závislost stáhla znovu zmatku a agrese. Po smrti své matky zdědil její byt. Dle jeho popisu tam nemohl žít, vše na něj padalo, nakonec se rozhodl, že ho prodá. Peníze si neuložil a všechny utratil. Většinou za drogy a „lepší život“. Následně se také zadlužil, nyní je v procesu oddlužování.

V Chráněném bydlení je již po třetí během pěti let. Předchozí pobyty v Chráněném bydlení vždy končily hospitalizací, nezvládnutí abstinence a následného zhoršení stavu. Objevovaly se silné hlasy, které jak popisuje, byly nezvladatelné. Nyní je v Chráněném bydlení několik měsíců, dodržuje léčbu, abstinuje a pracuje na sobě, tak aby mohl žít běžný život.

V současné době setkání s panem K. ve vás vzbudí pocity dospělosti mladého vyrovnaného muže, který již ví, co by rád od života. Dodržuje nařízenou léčbu, dochází na pravidelné konzultace ohledně abstinence. V rozhovoru je rozvážný, spíše nemluvný, ve svém zevnějšku je excentrický. Dokončil si svářečský kurz, aby měl větší šance na trhu práce. Bohužel se mu nedaří nalézt práci, vnímá to negativně směrem ke své nemoci a invalidního důchodu. Hodně mluví o tom, že pokud se mu sníží invalidní důchod, bude mít větší šanci na úspěch na trhu práce. Vychází s ostatními spolubydlíci a snaží se jim pomoci, rozumí jejich potížím. Je velmi obtížné dostat se mu „pod kůži“, jelikož je pan K. hodně uzavřený a spoustu otázek vnímá jako citlivé na jeho osobu. Bylo pro mě důležité naučit se pokládat otázky tak, aby byly pro něj srozumitelné, a týkaly se většinou pouze jeho osoby. Rodinné věci jsou pro něj hodně citlivou záležitostí. Se svým otcem dnes vychází dobře, pracují spolu v jeho firmě. Více se mu nechce probírat. Spíše se zaměřuje na sebe. Vnímá se jako osobu ovládanou spousty roztráštěných myšlenek a vnitřních hlasů. O svých hlasech se nebojí hovořit, probíráme, v čem mu pomáhají a v čem ho tzv. ovládají. Kdy jsou spíše na ústupu, a kdy se

probouzejí. Vzhledem k tomu, že již po třetí využívá pobytovou službu, bylo velmi důležité sestavit plán varovných příznaků, aby znovu nedošlo k jeho selhání a opětovné hospitalizaci.

## Práce s Plánem časných varovných příznaků

Pan K se po roce v psychiatrické léčebně vrátil znovu do Chráněného bydlení. Během jeho prvního měsíce v Chráněném bydlení jsme řešili spíše akutní záležitosti, protikrizovému plánu, jsme se ale věnovali, co nejdříve to šlo. Plán jsme sestavovali společně s ním a klíčovou pracovnící z Chráněného bydlení. Spolu s klientem jsme probrali, proč ho sestavit a k čemu má sloužit. Nakonec jsme ho celý vypracovali za jednu schůzku. Bylo užitečné, že se s klientem známe již několik let, byli jsme v kontaktu i v době jeho hospitalizace. Mohli jsme se vracet k minulým náročným situacím a tomu co v nich pomáhalo, fungovalo a co ne. Během schůzky jsem se snažila dbát na potřeby klienta, např. jsme dělali přestávky na cigaretu... Bylo fajn, že klient si svůj plán psal vlastní rukou. Během schůzky a tvorby plánu se ukazovalo, jak je pro klienta důležité, abychom dbaly jeho přání a zároveň mu pomohly ve chvíli, když něco nebude zvládat sám. Pro mě překvapivě sděloval, podle čeho na sobě zhoršení stavu sám pozná, důležitým pojítkem je zhoršená péče o sebe. Zajímavé byly domluvy o tom, co můžeme udělat pro zlepšení stavu my jako pracovníci, aby to nevnímal jako nátlak. Před vytvářením plánu jsme s kolegyní zvažovaly, zda ho zaměřit na konkrétní oblast (zvládnout rekvalifikační kurz, udržet si bydlení, udržet abstinenci...). Nakonec plán vzniknul na přání klienta jako všeobecný. Předběžně jsme domluveny, že cca za měsíc se k němu vrátíme a zkusíme zhodnotit, jaký je stav teď a případně zda něco z plánu fungovalo/nefungovalo.

Plán časných varovných příznaků		Pan K.	
Fáze	Příznaky, jak je vidím já.	Příznaky, jak je vidí ostatní	Co mají udělat ostatní
<b>Zelená</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nejsem ve stresu</li> <li>- Mám všechno, co potřebuju</li> <li>- Mám plán (na trávení volného času)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vtipkuju</li> <li>- Chodím včas na schůzky</li> <li>- Plánuju</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Naslouchat</li> <li>- Podporovat</li> <li>- Být pozitivní</li> <li>- Vyjít si vstříc</li> </ul>
<b>Oranžová</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Začíná mi téct do bot</li> <li>- Začínám pociťovat nedostatek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zanedbávám praní</li> <li>- Vytíženost</li> <li>- Zanedbávám povinnosti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Netlačit na mě</li> <li>- Nezatěžovat mě</li> <li>- Pomoc odložit povinnosti</li> </ul>
<b>Červená</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jsem vznětlivý</li> <li>- Neupravený</li> <li>- Zřetelný nedostatek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nemám zameteno</li> <li>- Špatná hygiena</li> <li>- Nedodržuji, co mám</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nevytvářet na mě další tlak</li> <li>- Nechat mě být</li> <li>- Připomínat povinnosti</li> </ul>

## Shrnutí

Tato kazuistika nám ukazuje, jak může být pro klienta důležité sepsání svých vlastních varovných příznaků, pojmenovat si je a uvědomit si je. Sepisování plánu nabízí všem zúčastněným, podívat se na rizikové situace podrobněji, včetně klientovi vlastní zkušenosti. Poskytuje také, prostor k odhalení případných nedorozumění mezi klientem a pracovníkem. Pokud se klient ocitne v červené barvě, je díky těmto konkrétním krokům a opatření možno přijmout opatření, která ho v ideálním případě, co nejrychleji navedou zpět do fáze oranžové a zelené. Praxe tomu napovídá, že je důležité také využít prostor k vypsání důležitých informací, jako jsou podrobnosti o medikaci, jména a telefonní čísla.

## Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo představit roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu v Centru duševního zdraví, který pracuje na principech Recovery přístupu. Pokusila jsem se v práci přiblížit komplexní přístup péče odehrávající se v prostředí, kde jsou respektovány individuální svobody a práva uživatelů sociální služby. Přístup se snaží opustit veškeré omezující prostředky. Sociální pracovník pracující tímto přístupem se pevně drží hodnot, na kterých je postaven.

Práce popisuje čtyři hlavní kapitoly. Každá z těchto kapitol má své podkapitoly. První kapitola se zaměřila na duševní onemocnění a její úskalí, která jsou s ní spojená. Věnuje se specifickým potřebám lidí s touto nemocí a zahrnuje i následnou specifickou práci sociálního pracovníka potažmo celého odborného týmu.

Představila jsem Recovery přístup, jeho principy a metodu CARE. Tento přístup poukazuje jak důležité je u lidí s duševním onemocněním znovu vnímat vlastní hodnotu a zažít pocity užitečnosti pro své blízké a společnost, byť jen malými činy. Pozitivní pocit své hodnoty, může zasít zdravý, naplněný a spokojený život i přes nemoc, která je součástí a započít cestu změny směřující k zotavení. Součástí této kapitoly jsou také popsány principy Recovery přístupu, které vnímají člověka s duševním onemocněním jako plnohodnotného občana, který nalézá jiný rozměr života s nemocí.

Následně model zotavení a metoda CARE přibližuje a směřuje klienta k nalézání přirozené podpory v okolí a hledání rolí v životě. To je možné zlepšit kvalitním přístupem, které je více zaměřené na principy hledající a posilující silné stránky u lidí s duševním onemocněním a posílit tím jejich integraci do společnosti.

Nedílnou součástí této práce je postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu a specifika jeho role v týmu, který je zaměřený na principech Recovery přístupu, pracující nástroji postavené na hodnotách recovery klienta. Přibližuje sociálního pracovníka, který přistupuje ke svému klientovi jako k partnerovi na cestě jeho zotavení. Neposkytuje mu službu automaticky, ale spíše ho učí, aby si pojmenoval užitečnost poskytované služby.

Práce přináší pohled na současnou komunitní psychiatrickou péči, která poskytuje klientům větší samostatnosti v rozhodování své léčby. Přináší ale i nové možnosti pro sociální pracovníky a tím být ve svých rozhodnutích více svobodní. To však má větší nároky na odpovědnost a profesionalitu. Tyto nároky jsou kladeny na práci se sebou samým jakožto nástrojem změny v přesahu do klientova příběhu a pomoci mu se zorientovat v možné podpoře. Sociální pracovník se stává ve vztahu ke klientovi partnerem, a tudíž je sociální pracovník více

nucen spolupracovat s jinými odbornými pracovníky, kteří jsou důležitým článkem při práci s klientem. Pro sociálního pracovníka je mít stále na paměti, v jakém náročném prostředí se nachází a držet společné tempo s ostatními spolupracovníky, což vyžaduje průběžné vzdělávání, tréninky praktických dovedností atd. Sociální pracovník potřebuje cítit dobré zázemí v organizaci, kde pracuje, kde jsou uchovávány hodnoty míněné k lidské důstojnosti a to směrem k lidem s duševním onemocněním.

Poslední kapitola přináší vhled do sociální práce a práce s nástroji metody CARE, které byli popsány ve druhé kapitole. Domnívám se, že propojenost týmu by měla být postavena i na používání stejného nástroje směrem k podpoře klienta. První kazuistika představuje nástroje práce metody CARE a názorně ukazuje, že i člověk s duševním onemocněním má svá přání a ambice, která jsou součástí jeho budoucnosti. S pomocí těchto nástrojů a pomáhajících pracovníků mohou tyto dávno zapomenutá přání znovu obnovit a realizovat. Druhá kazuistika popisuje důležitost sepsání plánu včasných varovných příznaků. Díky těmto plánům je možno předcházet častému selhávání v přirozeném prostředí a návratům do psychiatrické léčebny. Obě tyto kazuistiky poukazují na potřebu sociálního pracovníka vytvořit s klientem vztah plný důvěry, který je postaven na informacích o přáních, potřebách a prožívání klienta.

Tato práce ukazuje, jak je sociální práce s touto cílovou skupinou specifická, hlavně díky tomu, že vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem je spíše založen na dlouhodobém a trvalém vztahu a to hlavně vzhledem k onemocnění. Duševní onemocnění je často dlouhodobého charakteru a jeho průběh bývá často epizodický a sociální pracovník má možnost díky tomuto dlouhodobému vztahu zmapovat klientovi fáze nemoci (akutní, remise), nebo pouze jen běžnou krizi, která je vyvolána novou situací. Zároveň díky tomu získává dostatek informací o klientových silných stránkách a jeho zranitelnosti.

Domnívám se, že důležitým aspektem, který by sociální pracovník měl mít v dovednostech s prací s touto cílovou skupinou, je vnímat jedinečnost vnitřního světa uživatele, vést rozhovor tak, aby docházelo k naplnění potřeb uživatele a bojovat proti stigmatizaci duševně nemocných.

## Seznam použitých zdrojů

- DAVIDSON L., TONDORA J., LAWLESS M., O'CONNELL M., ROWE M., *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení*. Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 978-80-906574-0-3.
- HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-107-7.
- HOLLANDER, D., WILKEN, J. P., *Podpora zotavení a začlenění*. Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 978-80-907318-4-4.
- KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.
- KUZNÍKOVÁ, I., A KOL. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha Grada, 2006. ISBN 80-24-71151-6.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., eds. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, O., A KOL. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MUUSSE, CH., ROOIJEN, S. *Svoboda především*. Fokus Praha, 2019. ISBN 978-80-902741-7-4.
- PROBSTOVÁ, V., PĚČ, O., *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
- PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V., *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- RAGINSE, M., *Vybrané texty: Cesta k zotavení*. MHALA. Fokus Praha, 2018. ISBN 978-80-901741-2-9.
- RIDGWAY, P., MCDIARMID, D., DAVIDSON, L., BAYES, J., RATZLAFF, S. *Cesty k zotavení*. University of Kansas School of Social Welfare, 2014. ISBN 978-1-5031-7191-6.
- ŘEZNÍČEK, I., *Metody sociální práce: podklady ke stážím a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Slon, 2000. 80-85850-00-1.
- ŠALPLACHTA, M., ŘÍČAN, P. A SPOL., *CARe ateliér, průvodce kurzem modelem Care*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. ISBN neuvedeno
- THORNICROFT, G., *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. ISBN 978-80-260-0302-1.
- TORESINI, L., MEZZINA, R., *Za zdmi: deinstitucionalizace v evropských příkladech dobré praxe*. Praha Fokus, 2017. ISBN 978-80-902741-0-5.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 372978-80-262-0696-5.

## Použité zdroje bez autora

*Malý průvodce centry duševního zdraví.* Podpora vzniku Center duševního zdraví I. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha, 2018. (reg. číslo CZ.03.2.63/0.0/15\_039/0004672)  
*Metodika následné lůžkové péče v psychiatrických zařízeních.* Systém ucelené psychiatrické rehabilitace: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha, 2018. Věštník MZ.  
*Příručka jazyka zotavení.* Podpora vzniku center duševního zdraví I. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha, 2018. ((reg. číslo CZ.03.2.63/0.0/15\_039/0004672)  
Sborník péče o duševní zdraví. *Na cestě ke komunitní psychiatrii.* Péče o duševní zdraví o. s., Praha, 2010. ISBN 978-80-904009-6-2

## Použité online zdroje

*Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. [cit. 2021-03-01]. Dostupné na: <http://www.cmhcd.cz>>  
*Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha. [cit. 2021-03-10]. Dostupné na: <https://www.mpsv.cz>>  
*Psychiatrie pro praxi* [online]. Praha. [cit. 2020-03-12]. Dostupné na: <https://www.psychiatriepropraxi.cz>>  
*Psychiatrická rehabilitace* [online]. [cit. 2020-24-11]. Dostupné na: <http://www.psychiatrickarehabilitace.cz>>  
*Psychiatrie.cz* [online]. Praha. [cit. 2020-19-10]. Dostupné na: <https://www.psychiatrie.cz>>  
*Pfyziolmysl* [online]. Praha. [cit. 2020-03-12]. Dostupné na: <http://pfyziolmysl.upol.cz>>  
*U psychiatra* [online]. [cit. 2020-05-11]. Dostupné na: <http://www.upsychiatra.cz>>  
RAGINS, Mark. *Cesta k zotavení. Ledovec* [online]. Praha. [cit. 2020-03-12]. Dostupné na: <http://www.ledovec.cz>>  
*Reforma psychiatrie* [online]. Praha. [cit. 2020-10-11]. Dostupné na: <https://www.reformapsychiatrie.cz>>  
ŠŤASTNÁ, J., *Sociální práce* [online]. Praha. [cit. 2020-03-12]. Dostupné na: <https://socialniprace.cz>>  
*The Recovery model* [online]. Praha. [cit. 2020-25-10]. Dostupné na: <https://www.verywellmind.com>>  
ZIMMERMANNOVÁ, M. *Zaměstnávání lidí s duševním onemocněním – metoda IPS a před pracovní tréninky* [online]. Praha. [cit. 2021-15-02]. Dostupné na: <https://is.muni.cz>>  
*Zotavení.cz* [online]. Plzeň. [cit. 2020-13-9]. Dostupné na <https://www.zotaveni.cz>>

## Abstrakt

Petržílková, H. *Cesta zotavení v kontextu Recovery přístupu*. České Budějovice 2021. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra Oddělení praxe. Vedoucí práce Mgr. Magdalena Ehrlichová.

**Klíčová slova:** duševní onemocnění, sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, Recovery přístup, zotavení.

Cílem bakalářské práce je představit sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu pracujícího na principech Recovery přístupu, jako přístupu zaměřující se na přebírání zodpovědnosti klienta za svá rozhodnutí a hledání klientova smysluplného života.

Práce je členěna do čtyř kapitol, které přibližují duševní onemocnění úskalí s ním spojená. Další kapitoly jsou více zaměřeny na práci s Recovery přístupem. Následně je použita metoda CARE, která vychází z principů cesty k zotavení opírající se o Recovery přístup a jak s touto metodou pracuje sociální pracovník. Přibližuje sociálního pracovníka, jeho sociální práci s lidmi s duševním onemocněním a jeho roli v multidisciplinárním týmu zaměřující se na Recovery přístup. K dokreslení tématu pak využívám kazuistiky a konkrétní příběhy klientů a práci sociálního pracovníka, který pracuje s nástroji podporující cestu zotavení.

## **Abstract**

### **Ways of recovery in the context of Recovery approach**

**Key words:** mental disease, social work with people who suffer with mental disease, Recovery way, recovery.

The point of my final work is to introduce a social worker in multidisciplinary team, who works on the fundamental of Recovery way, like a way which is aimed on the picking responsibility of the client.

The work is divided into four chapters, which try to introduce the mental disease and its difficulty. Next chapters are more aimed in Recovery attitude. Then there is used a CARE method, which comes from the Recovery way and how a social worker works with it. It shows his/her role in the multidisciplinary team, who is using Recovery way, and how they work with people with mental disease. Finally I use the casuistry and particular ways of clients and the work of social worker, who works with the instruments that support the way back to recovery.