

UNIVERZITA KARLOVA

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra sociální práce

Rigorózní práce

Mgr. Denisa Sachomská

**Sociální práce s rodinou lidí s duševním
onemocněním pohledem sociálního pracovníka**

**Social Work with Family of People with Mental Illness
from the Perspective of Social Worker**

Praha 2021

Autor práce: **Denisa Sachomská**

Vedoucí práce: **PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D.**

Rok obhajoby: 2021

Bibliografický záznam

SACHOMSKÁ, Denisa. *Sociální práce s rodinou lidí s duševním onemocněním pohledem sociálního pracovníka*. Praha, 2021. 105 s. Rigorózní práce (PhDr.). Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce. Vedoucí rigorózní práce PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D.

Abstrakt

Stěžejní část sociální práce s lidmi s duševním onemocněním u nás probíhá převážně v case managementových týmech neziskových organizací. V posledních letech stále více nabývá na významu zapojení rodinných příslušníků do poskytované sociální péče. Ústředním tématem rigorózní práce je sociální práce s rodinou lidí s duševním onemocněním. Teoretická část práce tvoří informační rámec zaměřený na rodinné prostředí a psychický vývoj osobnosti. Nahlíží na prožívání rodiny při propuknutí duševního onemocnění jejího člena a zároveň neopomíná zmínit výzkumy vztahující se k této tématice. Součástí teoretického výkladu je také přehled sociálních služeb a intervencí, které se uplatňují při práci s lidmi s duševním onemocněním a jejich rodinnými příslušníky.

Výzkumná kvalitativní část rigorózní práce se věnuje fenomenologickému zkoumání postojů osmi sociálních pracovníků ze čtyř týmů sociální rehabilitace, kteří pracují s rodinami lidí se závažným duševním onemocněním. Empirická část přináší ucelenější pohled sociálních pracovníků na práci s rodinami, představuje probíhající formy spolupráce, mapuje faktory, které spolupráci usnadňují a naopak znesnadňují, nahlíží na přínosy práce s rodinami a přináší bližší porozumění postojům, motivacím a potřebám sociálních pracovníků.

Klíčová slova

Sociální práce, sociální pracovník, rodina, duševní onemocnění, sociální práce s rodinou, case management

Abstract

The main part of social work with people with mental illness in our country takes place mainly in case management teams of non-profit organizations. In recent years, the involvement of family members in the social care provided has become increasingly important. The main theme of the rigorous thesis is social work with a family of people with mental illness. The theoretical part of the work is an information framework focused on the family environment and psychological development of personality. It looks at the family's experience in the onset of a mental illness of its member and at the same time does not forget to mention research related to this topic. The theoretical explanation also includes an overview of social services and interventions that are used in working with people with mental illness and their family members.

The research qualitative part of the rigorous thesis is devoted to the phenomenological examination of the attitudes of eight social workers from four social rehabilitation teams who work with the families of people with serious mental illness. The empirical part brings a more comprehensive view of social workers on working with families, presents ongoing forms of cooperation, maps the factors that facilitate and complicate cooperation, looks at the benefits of working with families and provides a closer understanding of attitudes, motivations and needs of social workers.

Keywords

social work, social worker, family, mental health, social work with family, case management

Rozsah práce: 189 tisíc znaků včetně mezer

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 7.12.2020

Denisa Sachomská

Poděkování

Na tomto místě bych v první řadě ráda poděkovala konzultantce své rigorózní práce PhDr. Evě Dragomirecké, Ph.D. za odborné vedení, neocenitelné rady a laskavý přístup. Dále bych chtěla poděkovat všem zúčastněným, kteří se na vzniku této práce podíleli.

Seznam zkratek a často použitých pojmů

ACT	<i>Assertive Community Treatment</i> – asertivní komunitní léčba
CDZ	Centrum duševního zdraví
CM	<i>Case management</i> – případové vedení
ČR	Česká republika
EE	<i>Expressed Emotions</i> – vyjádřené emoce
FACT	<i>Flexible Assertive Community Treatment</i> – flexibilní asertivní komunitní léčba
Fokus MB	Fokus Mladá Boleslav z.s.
GDPR	<i>General Data Protection Regulation</i> – obecné nařízení o ochraně osobních údajů
IPA	<i>Interpretative Phenomenological Analysis</i> – interpretativní fenomenologická analýza
PTSD	<i>Posttraumatic Stress Disorder</i> – posttraumatická stresová porucha
RACT	<i>Resource Group-Assertive Community Treatment</i> – podpůrná skupina-asertivní komunitní léčba
RG	<i>Resource group</i> – osobní podpůrná skupina
SMI	<i>Serious/Severe Mental Illness</i> – vážně dlouhodobě duševně nemocní
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
WHO	<i>The World Health Organization</i> – Světová zdravotnická organizace

Obsah

Úvod.....	9
1 Teoretická východiska.....	11
1.1 Etiologie psychotického onemocnění v kontextu s psychosociálním prostředím.	12
1.2 Rodina a psychotické onemocnění.....	16
1.3 Výzkumy schizofrenie v souvislosti s psychosociálním prostředím.....	18
2 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním a jejich rodinami	22
2.1 Case management a další organizační modely.....	23
2.2 Význam rodinných příslušníků pro spolupráci s klientem.....	27
2.3 Psychosociální rehabilitace a rodina	28
2.4 Rodinná terapie	30
2.5 Psychoedukace rodinných příslušníků	31
2.6 Svépomocná a podpůrná rodičovská skupina	33
2.7 Výzkumy zaměřené na rodinné příslušníky lidí se SMI u nás.....	34
2.7.1 Rodinná psychoedukace u schizofrenie.....	34
2.7.2 Projekt RACT	35
3 Metodologický úvod.....	36
3.1 Předporozumění zkoumané problematice	36
3.2 Cíl výzkumu a formulace výzkumné otázky.....	37
3.3 Zdůvodnění volby výzkumného designu a metody	37
4 Popis metody a techniky sběru dat	38
4.1 Volba vzorku.....	38
4.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	39
4.3 Metodika získání dat	40
4.3.1 Polostrukturovaný rozhovor	40
4.3.2 Zúčastněné pozorování	40
4.3.3 Dotazníkové šetření	41
4.4 Realizace předvýzkumu	41
4.5 Etický aspekt a validita	43
4.6 Sběr dat.....	43
4.6.1 Rozhovor a přepis rozhovoru	44
5 Analýza přepisu rozhovorů.....	46
5.1 Jednotlivé analýzy rozhovorů	46

5.2	Společné tabulky témat pro participanty A – H.....	47
5.3	Souhrnná analýza témat participantů A – H	50
5.3.1	Formy práce s rodinami – „společný schůzky byly fajn“	50
5.3.2	Reakce rodin na oslovení – „chtějí se zapojovat, mají zájem“	55
5.3.3	Faktory umožňující spolupráci – „pír rodič je skvělá pozice“	57
5.3.4	Faktory znesnadňující spolupráci – „s útočnejma rodičema je to pekelný“	63
5.3.5	Přínos spolupráce – „sme schopný třeba předejít nějaký krizi“	68
5.3.6	Nenaplněné potřeby rodin – „aby s nima víc mluvili psychiatři“	73
5.3.7	Postoje a pocity pracovníka – „rodiny to maj strašně těžký“	76
5.3.8	Potřeby pracovníka – „mít v týmu rodinnýho psychoterapeuta“	79
5.3.9	Motivace pracovníka – „z toho má člověk dobrej pocit“	81
6	Shrnutí výsledků.....	84
7	Diskuze	87
7.1	Limity výzkumu	89
7.2	Doporučení pro praxi	90
	Závěr	93
	Seznam použitých zdrojů a literatury	95
	Seznam grafů, tabulek a obrázků	104
	Seznam příloh	105

Úvod

Jedním z nejdiskutovanějších duševních onemocnění posledních let stále zůstává psychotická porucha schizofrenního typu. Diagnóza schizofrenie je považována pro její povahu, etiologii a léčbu za jedno z nejvíce závažných duševních onemocnění podléhajících stigmatizaci okolí. Lidé, kteří jí onemocní, se potýkají nejen se symptomy psychotického onemocnění, ale též se sníženou schopností plnohodnotně se začlenit zpátky do společnosti. Ze sociálního okolí lidí se schizofrenií bývá touto zátěží nejvíce zasažen primární pečovatel, kterým je rodina. A právě rodinné klima má významný vliv na průběh onemocnění a úspěšnost jeho léčby.

Přestože se v konceptualizaci a terapii závažných psychiatrických onemocnění SMI (Severe Mental Illness), mezi které schizofrenie patří, odehrálo od šedesátých let dvacátého století mnoho fenomenálních změn, zůstávala tato onemocnění převážně klinickou diagnózou. V České republice byla donedávna problematika komunitní péče o lidi se SMI opomíjena. Většina sociálních služeb zaměřených na péči o duševně nemocné poskytovala služby výlučně lidem se SMI, ale podpora a pomoc rodinným příslušníkům a blízkým nemocného byla v rámci sociálních služeb spíše ojedinělá. Dle akčního plánu Světové zdravotnické organizace (WHO) na období 2013 – 2020 by měli být lidé se SMI, jejichž stav byl stabilizován, předáváni z ústavní psychiatrické péče do péče komunitní (WHO, 2013). Tato strategie WHO koresponduje s výsledky a doporučeními Rabocha a Wenigové (2012), ke kterým dospěli v rámci projektu zaměřeného na mapování stavu psychiatrické péče v ČR. Česká republika schválila strategii reformy psychiatrické péče v roce 2013. Jedním z jejích témat, které se týká sociální oblasti, je podpora a rozvoj komunitní péče. Právě sociální služby jsou v rámci aktuálně probíhající reformy péče o duševní zdraví klíčové. Od roku 2017 vznikají v ČR Centra duševního zdraví (CDZ). Jedním z cílů vznikajících CDZ je kromě poskytování sociální a zdravotní péče i zapojování rodinných příslušníků do péče o lidi s duševním onemocněním (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017). Do popředí zájmu se tak začíná dostávat dlouho opomíjená rodina, nikoli v kontextu etiologie, ale především ve vztahu k léčbě tohoto onemocnění. Právě rodinní příslušníci by se měli stát jednou z nejdůležitějších složek komunitní péče o duševně nemocné.

O možnosti a efektivitu sociální práce s rodinami lidí s duševním onemocněním se zajímám již sedm let. V rámci své profese sociálního pracovníka v case managementovém týmu terénní sociální rehabilitace mám několikaletou zkušenost s prací s lidmi se SMI

a jejich rodinami. Tématu prostředí rodiny v souvislosti s onemocněním schizofrenie jsem se věnovala ve své bakalářské práci (Bezpalcová, 2015), kde jsem se zajímala o životní příběhy mužů, kteří onemocněli paranoidní schizofrenií a v atace zabili svého rodiče. Ve volně navazující diplomové práci jsem se poté zabývala příběhy matek, jejichž synové paranoidní schizofrenií onemocněli (Bezpalcová, 2017). Volbu tématu této rigorózní práce ovlivnila jednak má dosavadní profesní zkušenost v rámci práce s rodinami, ale též jsem byla motivována výsledky výzkumu mé diplomové práce, které dokládaly potřebu matek získat dostatečné pochopení, podporu a respekt nejen od okolí, ale především od profesionálů v oblasti péče o duševní zdraví.

Cílem této rigorózní práce je přiblížit pohled sociálních pracovníků na práci s rodinami lidí se SMI tak, jak ji ze svých profesních zkušeností sami vnímají. Zajímá mě nejen postoj sociálních pracovníků, ale také jejich názor na to, co spolupráci s rodinami napomáhá, co ji naopak znesnadňuje, co je třeba k tomu, aby mohla probíhat a také jejich osobní motivace k práci s rodinami lidí se SMI. Pro snadnější orientaci v této problematice jsem se v rámci předvýzkumu rozhodla oslovit jednotlivé týmy sociálních služeb, které poskytují péči lidem se SMI na území České republiky. Cílem bylo zmapování poskytovaných služeb pro rodinné příslušníky klientů v jednotlivých týmech sociální rehabilitace.

Výzkumné zpracování tématu sociální práce s rodinami lidí se SMI vnímám jako jeden z možných klíčů vedoucích k rozšíření a zkvalitnění spolupráce mezi rodinami duševně nemocných a profesionály v oblasti péče o duševní zdraví. Pro rodiny není jednoduché vypořádat se s traumatickou změnou, jakou duševní onemocnění přináší. Z předchozích výzkumů vyplývá, že ani profesionálové nejsou dostatečně připraveni na náročnou práci s rodinami lidí se SMI (Houšková, 2018). Snahou této práce je pomoci odborníkům porozumět počáteční zkušenosti rodiny s onemocněním, její následné roli v komplexní psychiatrické rehabilitaci a zároveň porozumět vlastním pocitům, potřebám a motivacím. K získání relevantních dat jsem se zaměřila na rozhovory s case manažery, kteří byli v letech 2017 – 2019 aktivně zapojeni v projektu zaměřeném na posílení schopností týmů pracovat s rodinnými systémy klientů.

I. Teoretická část

1 Teoretická východiska

V závislosti na cíli práce je v rámci teoretické části potřeba objasnit význam rodiny v životě každého jednotlivce. Rodinné prostředí je považováno za jeden z faktorů, který ovlivňuje etiologii, propuknutí, průběh a efektivitu léčby duševního onemocnění. V této kapitole se seznámíme s různými pohledy na vztah mezi rodinným prostředím, jeho jednotlivými členy a onemocněním.

Vývoj osobnosti jedince je významně ovlivňován stylem rodičovské výchovy. Rodinný život je kromě svých dalších funkcí především základní sociální zkušeností. Je prvotním sociálním a potenciálně patologickým prostředím, které jedince vede při vytváření pozitivního a společností přijatelného konceptu světa. Z tohoto důvodu považuje Scheinost (2010) za nezbytné, aby podněty přicházející z rodiny byly konzistentní, nikoli rozporuplné a nepředvídatelné. Řičan (2013) rodinu přirovnává k přístavu, v němž je loď v bezpečí, a zároveň se připravuje vyplout na daleké cesty. Proto by úkolem rodiny mělo být kromě poskytnutí bezpečí a jistoty i dodávání odvahy k stále smělejší výpravám „do světa“. Podle Poncet-Bonissol (2012) může být rodina však nejenom „bezpečným přístavem“, ale také velmi netolerantní skupinou. Každé plánované dítě je již před svým narozením spojeno s očekáváními, tradicemi a také problémy dané rodiny. Těhotenství a psychický stav matky, včetně zklamání a pocitu osamění mají podle autora na povahu dítěte velmi významný vliv. Neuskutečnění separace, která má být po narození započata, považuje za zvýšené riziko negativního ovlivnění psychického vývoje dítěte. Vnímá-li totiž matka dítě jako prodloužení sama sebe, staví dítě před dvě možnosti: vyhovět matčině přání či se vzepřít. Dítě tak může být svazováno protichůdnými očekáváními matky a hrozí mu ztráta vlastního já. Na formování osobnosti se podle Satir a Baldwin (2012) též podílejí zkušenosti z raného období dítěte pocházející z pohledů a doteků rodičů. Jednotlivec si představu o svém místě ve světě a o vztahu k prostředí vytváří na základě zkušeností z primární triády matka – otec – dítě. Snaha chránit dítě před nepříjemnými pocity může vyvolávat neuvědomující komunikační inkongruenci, která má na dítě více devastující vliv, nežli přímo vyjádřená negativní emoce či odmítnutí.

Za důležitou součást výchovy považují Loucká, Trapková a Chvála (2014), aby slovník rodiče obsahoval nejen chválu a podporu, ale i zákazy a příkazy, které mají vyžadující a omezující účinky. Uvádějí, že pokud příliš chráněné, opečovávané a světu nerozumějící dítě onemocní, a rodiče zvýší péči a ochranu, mohou tak podporovat nemocnost dítěte. Roztáčí se spirála: čím více nemocné, tím více péče, tím větší choulostivost. Autoři také považují za vývoj ohrožující nepřítomnost otce v rodině. Domnívají se, že samotná žena těžko vychová syna v dospělého muže bez poškození jeho osobnosti. Tvrzení zdůvodňují tím, že ženám je přirozenější akceptující a podporující přístup, a naopak muži jsou schopni vynucovat určité normy a hranice. Shledávají, že chybění těchto jmenovaných funkcí může vést k propuknutí nemoci a poruchy u dítěte.

Styx (1992) uvádí, že identifikovaný nemocný není nejslabším článkem řetězu, neboť pouze signalizuje potíže, které má celý rodinný systém. Popisuje souvislost mezi zhroucením systému obranných adaptačních mechanismů rodiny v krizových situacích a zároveň snahou o násilné udržení rodinné rovnováhy, které může vyústit v duševní onemocnění některého člena rodiny, většinou dítěte. Negativními obrannými mechanismy mohou být formování rodinných koalic, emoční stažení se, rezignace, skrytá a nepřímá komunikace nebo agresivní postoje některých členů rodiny.

Z výše uvedeného vyplývá, že rodina je silným činitelem v rozvoji duševního zdraví dítěte. Klima rodiny a její výchovné působení ovlivňuje postoje dítěte nejen k sobě samému, k nejbližšímu okolí, ale i postoje ke světu, rozumění mu a orientaci v něm.

1.1 Etiologie psychotického onemocnění v kontextu s psychosociálním prostředím

Hledání příčin schizofrenie bylo věnováno mnoho zájmu a v průběhu let vznikaly různorodé teorie. Počínaje Kraepelinovou „předčasnou demencí“ a konče narušenou dopaminovou a serotoninovou rovnováhou v mozku. Některé předpoklady o vzniku duševního onemocnění vedly také ke zkoumání dědičnosti v rodinách. Později se začalo zkoumat psychosociální prostředí a zákonitosti ustálených interakcí mezi členy rodinného systému.

Bateson s kolegy (1956) zkoumali komunikační vzorce v rodině, které by mohly mít vliv na vznik schizofrenie. Výsledkem rodinných interakcí byla hypotéza „dvojná vazba“. Popisuje situace, ve kterých jedinec bez ohledu na to co dělá, nemůže vyhrát. Tyto

specifické traumatické zážitky z dětství, ovlivňující duševní návyky, byly pokládány za činitele, které mohou vyvolat symptomatologii schizofrenie. Dvojná vazba je charakterizována: a) dvěma nebo více osobami, z nichž jedna je definována jako oběť; b) opakující se zkušeností; c) primárně negativními příkazy, po kterých následuje hrozba trestu buď odepřením lásky, vyjádřením hněvu nebo opuštěním. Jde o rozpor mezi prvním a druhým příkazem na abstraktnější úrovni. Typické jsou pro dvojnou vazbu dva řády: (a) nepřátelské nebo odtahující se chování matky, kdykoli se dítě přiblíží a (b) simulované milující nebo přibližující se chování matky, když dítě reaguje stažením se na její odmítnutí. Důvod tohoto jednání spatřovali autoři ve snaze matky ovládat svou úzkost tím, že ovládá vzdálenost mezi sebou a dítětem. Vzdaluje se, když se cítí být ohrožena blízkostí dítěte, ale nemůže přijmout nepřátelský akt dítěte spojený s odtážením, a tak verbalizuje milující chování. Výsledkem je rozporuplné sdělení, na jehož základě se dítě učí systematicky deformovat své vnímání metakomunikačních signálů. O dvojně vazbě, jejímž specifikem je zjednodušeně rozpor mezi verbální a neverbální komunikací, hovoří také Gjuričová a Kubička (2009). Podotýkají, že oběť dvojně vazby je chycena v pasti a nemůže opustit komunikační pole, neboť není možné vzniklý paradox pojmenovat a ujasnit si jej. Stejně tak Dörner a Plog (1999) a Poněšický (2012) popisují negativní vliv ambivalentní dvojně vazby na dítě, kdy nepřátelské a současně přehnaně ochranné tendence přispívají ke „slabosti ega“ jedince.

Také Praško a kol. (2005) věnují pozornost psychosociálním faktorům, konkrétněji vztahu mezi matkou a dítětem. Vzájemné působení biologických a sociálních vlivů v dětství pokládají za možnou příčinu vzniku vulnerability (zranitelnosti) a hypersenzitivity (přecitlivělosti) jedince. U takto disponovaných lidí při vystavení nadměrné zátěži z okolního prostředí může následně dojít k propuknutí psychózy. Podobně Vinař (2002) považuje psychické trauma prožité v dětství za důležitý faktor zvyšující riziko propuknutí schizofrenie. Nicméně přiznává, že je těžké posoudit, jestli podstatnou roli sehrává genetická vloha, nebo vliv rodinné výchovy. Přestože se to neprokázalo, Možný (1999) považuje za významný faktor vzniku tohoto onemocnění právě rodinné klima, kde převažuje napětí i nepřímá a nejasná komunikace. Snahu jedince o návrat k pocitu bezpečí považuje Styx (1992) za rozhodující roli při vzniku duševního onemocnění. Ta se děje únikem do snění či duševního onemocnění a navozuje realitu dětství, neboť regrese je u dospělého člověka již sociálně nepřijatelná. Úleva, která při této reakci nastává, vede k trvalému sklonu vyhýbání se nepříjemným situacím a reálným řešením. Ochranné a hyperprotektivní projevy rodiny mohou vést k závislosti

nemocného a k jeho neschopnosti osamostatnit se. Rodina má zároveň přirozenou tendenci bránit projevům objeveného pocitu nepřátelství nemocného vůči nim. Výsledkem je stažení se jedince z rodinných interakcí do duševního onemocnění.

Hlavní faktory přispívající k rozvoji psychotického onemocnění nalézá také Mentzos (2005) v psychosociálním prostředí a zvláště pak v narušeném vztahu k primární osobě. Psychotickou produktivitu popisuje jako obranu a ochranu před úzkostí z psychické dezintegrace. Domnívá se, že typickým jevem pro psychózu je střed protikladných simultánních motivací. Jde o reálný konflikt vznikající při silné tendenci po individuaci a protichůdné snaze o zachování symbiózy, který se aktualizuje v každém novém vztahu. Jedná se o obavy nejen z přílišné blízkosti, ale i přílišné distance. Traumatizace, odmítání, zneužívání nebo rozmazlování dítěte mobilizují reakce, které nepřírozeně zvyšují touhu po symbióze. To vysvětluje, proč může přítomnost objektu způsobovat úzkost vedoucí až k agresivní exkomunikaci. Pozitivní symptomatologie následně vzniká jako obranná reakce kompenzující pocity viny, napětí, úzkosti, studu a méněcennosti, ale i jako zoufalý pokus o odvrácení samoty. Satir a Balwin (2012) popisují symptomy schizofrenie jako adaptační mechanismus k přežití lidí, kterým se svět jeví jako nepřátelský, nebezpečný a odcizený. Tito lidé jsou okolím nahlíženi jako entity bezvýsledně po něčem toužící, které pokud strádají a nenachází vlastní zdroje k sebenaplnění, utíkají do závislostí a duševních poruch. Jejich pocity bezcennosti a osamocení mohou být následně motivací k suicidálnímu chování. Z pohledu etiologických úvah o schizofrenii popisují Watzlawick a další (2011) vznik symptomu onemocnění jako snahu jedince o nekomunikaci. Schizofrenik snažící se vztahu s druhým vyhnout, přestává verbálně komunikovat. Nicméně i neverbální projevy jakými jsou stažení, mlčení, nehybnost a odtažitost, jsou také komunikací. Tato skutečnost vyvolává u jedince nemožnost popřít realitu, že komunikuje. Vzniká tak dilema, neboť každá komunikace předpokládá určitou vazbu s příjemcem. Symptom se v tomto případě stává formou komunikace, která má za úkol sdělit okolí, že jedinec nemůže být činěm zodpovědným, neboť něco „vyššího“ mu v tom brání. Původní snaha ochránit se před druhými vysvětlením, že je vydán nekontrolovatelným silám, se stává přesvědčením a vzniká psychotický symptom.

Vlivem psychoanalýzy a později teorií rodinné interakce se mělo za to, že chování některých rodinných příslušníků, zejména matek, bylo zodpovědné za rozvoj schizofrenní poruchy u dětí. Pojem „schizofrenogenní matka“ byl zaveden do hlavního proudu v roce 1949 ve zveřejněné studii o matkách schizofrenních klientů. Demonstrován byl despotický

a pokřivený psychosexuální postoj matek, který psychicky zraňoval jejich děti. V letech 1950 až 1960 se studenti medicíny v psychiatrii stále učili, že matky jsou příčinou tohoto onemocnění. Dnes je zřejmé, že neexistuje žádný vědecký důkaz podporující koncepci schizofrenogenní matky (Noll, 2009). Polemikou o škodlivosti této hypotézy se zabýval v roce 1990 Neill. Koncepce, která byla spojená s dominantní, přehnaně ochraňující, ale zároveň odmítající matkou, se ukázala být příliš neuchopitelná. Zároveň se však potvrdilo, že existuje rodičovský typ, který se vyznačuje nepřátelským, odmítavým a kritickým stylem, přemrštěně vyžadujícím (zejména, pokud jde o čistotu a dodržování společenských norem) a nadměrně ochraňujícím přístupem. Autor dodává, že přívrženci schizofrenogenní mateřské hypotézy ignorují skutečnost, že u všech matek, které by mohly splňovat výše uvedená kritéria, se vyskytuje jen malé procento schizofrenních dětí. Přesto je při vzniku tohoto onemocnění stále obrácena pozornost na matku a příčiny se hledají u její vazby s dítětem, neboť právě ona je tou primární a nejvíce vztahující se osobou.

Také Dörner (1999) se vymezuje proti všem dosavadním výkladům o příčinách vzniku duševního onemocnění, které nalézají původ v rodinném systému. Odmítá teorie vedoucí od dědičného hříchu, přes klasickou psychoanalýzu nalézající prapříčinu u matky, která nedokázala zabránit psychickému utrpení v raném dětství, až po rodinnou terapii spatřující faktory vzniku implicitně v rodině. Statistiky dokládají propuknutí psychóz mezi 15 až 25 rokem života, což je i důvodem, proč je jejich vznik spojován s odmítnutím zúčastněných „přestříhnout pupeční šňůru“. Autor upozorňuje na to, že rodina je místem, kde duševní porucha vznikla, nikoli však příčinou jejího vzniku a tedy oprávněným důvodem k pocitům viny. Nevyhýbá se ani kritice přístupu moderní psychiatrie, která vrací klienty zpátky do rodin a ponechává je jejich trápení bez následné pomoci.

Již v polovině padesátých let minulého století se vedla kampaň za osvobození rodičů schizofreniků od obviňování, které se spojovalo s existencí vysoké míry EE (*expressed emotion*, tzv. vyjadřování emocí) v rodině a rozvojem nemoci u jejich dítěte. Vysoká míra EE je charakterizována nadměrnou angažovaností vyjadřovaných emocí, ať nepřátelských a kritických či naopak ochranných a kontrolujících. Se vzestupem biologických teorií byli rodiče v podstatě vyloučeni jako příčinný faktor tohoto onemocnění. Dle Rabstejnek (2012) neexistují žádné důkazy o tom, že by rodiče mohli způsobovat duševní poruchu, kterou je schizofrenie. Nicméně existují studie, které prokázaly souvislost vyšší míry EE nejen s rizikem relapsu (návrat nemoci) u schizofrenie, ale také s poruchami nálady, s poruchami příjmu potravy, s úzkostnými poruchami, se zneužíváním návykových látek,

s poruchami osobnosti a s bipolární poruchou. Je zřejmé, že vysoké EE v rodině je škodlivé a ovlivňuje mnoho dalších duševních a behaviorálních poruch. Tento faktor by neměl být ignorován. Praško a kol. (2001) se připojují k názoru, že psychotické onemocnění nemůže být zaviněno výhradně vnějšími vlivy, zejména prostředím rodiny. Odmítají spekulace o špatné výchově, narušených rodinných vztazích, škodlivosti matčiny nadměrné péče nebo otcovy nadměrné přísnosti. Kromě biologických faktorů, jakými jsou dědičnost a biochemie mozku, však připouští i jistý vliv okolního prostředí a událostí, se kterými se nemocný během života setkal. Podporují tedy bio-psycho-sociální model vzniku schizofrenie.

Mnohé teorie zabývající se příčinami vzniku schizofrenie ve spojitosti s působením matky doznaly v průběhu let značných proměn: od teorie úzkostné či schizofrenogenní matky, přes vědomé komunikační hry, dvojnou vazbu, teorie o nefunkčním otci, emočních útocích na dítě, až po narušené rodinné systémy bez jasných hranic. Taková vysvětlení prosté příčiny a následku nebyla v rámci snahy o léčbu tohoto závažného onemocnění nikterak přínosná. Naopak se za užitečnější považuje přístup odborníků, kteří psychotické onemocnění vnímají jako bio-psycho-socio-spirituální model (Grover et al., 2014).

1.2 Rodina a psychotické onemocnění

Doubek a kol. (2008) upozorňují na skutečnost, že duševní onemocnění se nerozvine náhle a nečekaně, nýbrž jeho první příznaky jsou přítomny již během dospívání. Propuknutí onemocnění může předcházet několik měsíců až let, kdy se dospívající postupně mění, přerušují sociální kontakty a uzavírají se do sebe. Pro období adolescence, kdy se začínají nejčastěji projevovat duševní poruchy, jsou typické prudké změny a duševní zmatky, se kterými se dospívající nepotřebují a nechtějí svěřovat. Podle Carr-Gregg (2012) proto není jednoduché rozpoznat v tomto období počínající duševní onemocnění. Prvotní příznaky změny chování dítěte jsou omlouvány, rodina je chápána jako takové období, kterým si mladistvý musí projít, a doufá, že samo přejde. Zvyšuje se tím však pravděpodobnost samoléčby mladistvého, a to pomocí alkoholu či drog. Více se narušují vztahy mezi vrstevníky, ve škole i zaměstnání a v neposlední řadě hrozí i problémy se zákonem.

Vyskytne-li se v rodině duševně nemocný člen, jak uvádějí Pěč a Probstová (2009), začínají se v ní automaticky objevovat pocity viny a selhání ve výchově. Život s psychicky nemocným členem může vést ke specifickým problémům, a pokud je rodina řeší

spontánně, jak je zvyklá, může docházet k extrémním a často negativním projevům emocí. Dochází k omezení schopnosti efektivní komunikace mezi jednotlivými členy a rodina se, v důsledku možného nebezpečného chování či halucinací nemocného člena, může dostat sama do ohrožení. Objevují se projevy nepochopení, nadměrná emocionální angažovanost, kritičnost a nepřátelství.

V roce 1999 došel Canavan ke zjištění, že příbuzní s vyššími EE uvádějí vyšší subjektivní zátěž, osobní stres a potíže s vyrovnáváním se s nemocným, než příbuzní s nižšími EE. Rodina s vyššími EE mívá též tendenci v rodinných rozhovorech méně naslouchat a více diskutovat. Autor se domnívá, že míra rodinné zátěže demonstruje větší predikci pro časné relapsy u schizofrenie než míra vyjadřovaných emocí. Pěč a Probstová (2009) upozorňují na to, že vyšší míra EE se může objevovat jako reakce na obtížnou stresovou situaci a nemusí jít o charakterové rysy rodiny či jejích členů.

Probstová a Pěč (2014) také upozorňují na riziko, které může vzniknout během akutní psychózy, kdy se člověk vlivem intenzivní úzkosti a nezpracované nenávisti vůči světu může navracet k některým raným psychickým uspořádáním. Následkem toho může dojít k odštěpení neúnosných a trýznivých psychických obsahů a k jejich projekci na další vztahově důležité osoby. Člověk s psychózou může mít tak tendenci připisovat těmto osobám své původní obsahy a vlastnosti.

Rodina duševně nemocného prochází několika různě se proměňujícími fázemi. Bowlby (2013) popsal fáze od popření, pocitů ztráty, smutku, hněvu až po pocity viny. Fáze intenzivní péče o nemocného člena, která následuje po fázích popření a hněvu, může vést do stavu, kdy rodiče začnou ignorovat vše, co se bezprostředně netýká nemocného. Ponoří se do jeho života a vlastní potřeby a aktivity přestanou vnímat. Matoušek a Pazlarová (2014) blíže popisují prvotní fázi zintenzivnění péče, jejímž cílem je „normalizace“ chování nemocného, která je prokládána ulevující si tendencí předávat nemocného do péče psychiatrických nemocnic. Po celou dobu této fáze je možné sledovat snahu o skrývání duševního onemocnění a stahování se ze společenského života.

Jarolímeck (2006) vymezuje dva extrémní negativní přístupy rodiny k nemocnému. Jedním jsou nepřipouštění si projevů onemocnění, nadměrná kritika, nespokojenost a výčitky, což může vést k opětovnému zhoršení jeho psychického stavu. Druhým negativním přístupem jsou přehnané ochranné úvahy a hyperprotektivita, kdy je k nemocnému přistupováno jako k malému dítěti či nesvéprávnému členu rodiny a je potřeba se o něj starat. Náзор, že rodiny nemocných se od nich nedokáží odpoutat,

považuje Rufo (2009) za nepravdivý. Naopak tvrdí, že dospívající se po vzniku onemocnění sami nesnaží osamostatnit a tak znemožňují rodičům nalézt sílu, aby jim osamostatnění umožnili.

Dörner (1999) poukazuje na skutečnost, že nemoc jednoho člena rodiny není jen jeho záležitostí, ale problémem celé rodiny. Na rozdíl od nemocného, kterému je utrpení ze strany odborníků přiznáno a je adekvátně léčeno, rodině její právo na trápení je nejenom odíráno, ale nezřídka jsou i obviňováni a poté ponecháni svému trápení napospas.

CHEN a kol. (2019) se zaměřili na zkoumání potenciálu rodinných pečovatelů lidí, kteří onemocněli schizofrenií. Výsledky potvrdily značný stres a vysokou zátěž rodinných pečovatelů, patřilo mezi ně napětí, násilí, chronický smutek, stigma, sociální stažení, fyzické nepohodlí, finanční a profesní obtíže. Za důležitou součást péče o nemocného člena rodiny považují Atkinson a Coia (1995) možnost rodiny ulevit si. Pokud není možná absence nemocného v rodině, stává se situace více obtížnou a má negativní dopad na rodinný život. Styx (1992) přichází s názorem, že duševně nemocným se člověk stává tak, že je mu okolím udělena role duševně nemocného. Přestože nevyklučuje primární vliv dědičnosti, poruchy centrální nervové soustavy a výchovy, velký vliv na další průběh onemocnění shledává ve vzájemných vztazích a interakcích mezi nemocným, profesionály poskytujícími péči a sociálním okolím.

Z předešlého textu vyplývá, že rodina je propuknutím duševního onemocnění u některého z jejích členů vždy zasažena. Symptomy onemocnění mohou výrazně narušovat hranice, vzájemné vazby, vztahy a následně fungování celé rodiny nejen uvnitř, ale také směrem do okolí. Dalo by se hovořit o onemocnění celého systému rodiny. Neboť s nemocí přichází vždy změna, je rodina vystavena potřebě měnit dosavadní zvyklosti, styl vzájemné komunikace a přerozdělovat role.

1.3 Výzkumy schizofrenie v souvislosti s psychosociálním prostředím

Každý člověk žije ve svém jedinečném prostředí, které jej ovlivňuje. Důvody, proč se zabývat právě tímto tématem, dokládají výsledky výzkumů, které potvrzují souvislost mezi traumatem, ztrátou a psychotickými poruchami. Washington, který v roce 1961 zkoumal osobnosti matek schizofreniků, vycházel z psychoanalytických teorií hovořících o odlišných postojích a osobnostních rysech matek schizofreniků oproti matkám dětí bez tohoto onemocnění. Cílem výzkumu byla snaha zjistit odlišnosti mezi matkami

schizofreniků a matkami neurotických dětí. Zjistil, že obě skupiny matek vykazovaly nekonzistentní postoje a nejasnou komunikaci, což považoval za důležité vlivy přispívající k nejistotě a vzniku dilematu dítěte. Prožívání neustálého zmatku má vliv na emocionální vývoj jedince.

Zkoumáním matek mužů se schizofrenií se již v roce 1950 zabývali také Prout a White, kteří zjistili, že ačkoli se při povrchních vyšetřeních zdály být matky přehnaně ochranné a pečující, jejich studie to nepotvrdila. Spíše se ukázalo, že nenaplňnost života matek byla kompenzována žitím životů svých synů, pokud to oni dovozovali. Matky v kontrolní skupině zdravých synů prokazovaly ambicióznější, agresivnější a upřímně kritičtější postoje, projevující se realističtějšími a volnějším vztahy se svými syny. Autoři studii uzavřeli tvrzením, že nezávislý způsob života je pro matky nejvhodnější indikací k tomu, aby i jejich synové mohli žít vlastní životy.

Mitchell se v roce 1968 rozhodl na základě dosavadních výzkumů konceptu schizofrenogenní matky provést další zkoumání. Jeho výsledky v podstatě potvrdily předpoklad, že schizofrenogenní matky nejen odmítají své děti, ale pomocí manipulace s nimi uspokojují své vlastní potřeby. Tento symbiotický vztah vedl k teorii o narušení fungování ega a vzniku schizofrenie u dítěte. Nebyla však vyloučena možnost, že postoje a pocity matek mohou být následnou reakcí na onemocnění jejich dětí.

Farina a Holzberg (1968) porovnávali interakční vzorce rodičů schizofrenních a neschizofrenních pacientů během jejich hospitalizace. Zjistili, že rodiče schizofrenních pacientů zažívají větší konflikty mezi sebou než rodiče neschizofrenních. Zároveň byli schizofrenní jedinci méně dominantní, což znamenalo i méně konfliktů s rodiči než v kontrolní skupině. Autoři doporučili věnovat více pozornosti vztahům mezi rodiči, neboť se ukázalo, že existuje korelace mezi stupněm rodičovského konfliktu a závažností patologie na straně jejich dítěte.

Při zkoumání hodnocení vztahu s matkou z pohledu nemocných se schizofrenií dospěli Willinger a další (2002) ke zjištění, že nemocní vzpomínají na své dětství jako na zkušenost s odmítáním a nepřijetím ze strany matky. Synové uváděli, že o ně matky méně pečovaly, zato byli více než jejich sourozenci vystaveni nadměrné ochraně a „nemilosrdné kontrole“ svých matek. U nemocných byla potvrzena nižší sociální rezonance, vyšší propustnost hranic a menší sociální kompetence v období prvních šestnácti let života ve srovnání se sourozenci stejného pohlaví.

Další prováděné výzkumy dokládají, že poskytování nadměrné rodinné péče v dospělosti jedince je vázáno na neschopnost lidí se závažným duševním onemocněním dlouhodobě plnit role očekávané společností. Nižší míra stresu a zátěže rodinného systému byla úměrná velké míře obdržené sociální podpory, spokojenosti s poskytovanou podporou, zapojení ve svépomocných skupinách a zachování manželství rodičů. Další zjištění se týkalo matek nemocných, které vykazovaly signifikantně dvakrát vyšší míru pocitů strachu, úzkosti, deprese a emočních projevů než otcové. Za možné vysvětlení je považována jejich primární role pečovatelek o nemocné děti (Saunders, 2003).

V roce 2005 Read a kol. zkoumali, jak velký vliv na rozvoj schizofrenie má prožité trauma v dětství. Obsáhlou rešerší teoretických a klinických poznatků zjistili, že 4,1% hovoří pro genetické faktory, 5% pro „neurotransmitery“, 8% pro „mozek“, 21,5% shledávalo příčinu v užívání drog a jen 0,05% se věnovalo zneužívání dětí a traumatu. Nicméně se během jejich bádání zjistilo, že lidé s PTSD (posttraumatickou stresovou poruchou) vykazují pozoruhodně podobné nejenom pozitivní, ale i negativní symptomy jako nemocní se schizofrenií. Zároveň byla prokázána souvislost mezi některou z forem zneužívání a existencí pozitivních symptomů schizofrenie. Byla tedy potvrzena souvislost mezi prožitým traumatem v době před onemocněním a propuknutím schizofrenie. Tyto výsledky hovoří ve prospěch teorie, která predikuje dosažení lepších účinků léčby u psychoterapie než u farmakoterapie. Skutečností zůstává, že ne každý nemocný stojí o psychoterapeutickou léčbu a jen nízké procento se svěří s prožitým zneužíváním. Závěrem autoři studie doporučují cílené hledání traumat v anamnéze nemocných. Právě jejich přítomnost může sehrávat důležitou roli ve stanovení diagnostiky a léčby, neboť trauma je vyléčitelné a lze mu předcházet.

Chrzastowski a Zagdańska (2009) provedli zkoumání mateřské blízkosti a péče o dospělé syny. Porovnávali skupinu mužů s diagnózou schizofrenie, mužů s drogovou závislostí a skupinu zdravých mužů. Zjistili, že matky synů se schizofrenií popisovaly vztahy se syny pozitivněji než matky z dalších skupin. Vztahy vnímaly jako teplejší, méně závislé, s projevy nižší separační úzkosti a agrese. Dodatečně refletovaly své vztahy jako méně otevřené, se snahou vyhnout se konfliktům. Výsledky studie nepotvrdily, že by matky schizofreniků byly příliš pečující a manipulující a ani to, že by otcové byli svými ženami ovládaní. Teorie a výzkumy, považující dysfunkční způsob vztahování se rodičů k dítěti za jeden z etiologických faktorů nemoci, se nepotvrdily. Ukázalo se však, že

rodinná atmosféra, spojená s kritikou, nepřátelstvím a přílišnou blízkostí koreluje s vyšší frekvencí relapsu onemocnění.

V rámci výzkumu provedeným Magaña a Ghosh (2010), který se týkal hledání podobností a rozdílů matek dětí s autismem a schizofrenií se zjistilo, že matky dospělých synů se schizofrenií se méně zmiňovaly o odstěhování svých synů z domova. Mezi faktory, které přispěly k separaci synů, matky uváděly obavy z jejich chování a obavy o své vlastní zdraví. V souvislosti s odstěhováním synů mimo domov popisovaly matky obou skupin pocity viny za to, že musí žít odděleně od svých synů. Pouze v některých případech byly současně zaznamenány i pozitivní pocity.

Hollander a Wilken (2016) zkoumali výskyt traumatu v anamnézách lidí, kteří onemocněli schizofrenií. Zjistili, že 30% všech psychotických poruch, které vedly k psychiatrické hospitalizaci, vyvolaly vnější životní události a zážitky. Měly tedy reaktivní charakter. Traumatické zážitky z dětství udávalo 60 – 90% lidí s psychotickým onemocněním. Psychotické prožitky spojené s hospitalizací, jejichž následkem je rozvoj posttraumatické stresové poruchy, uvedlo 40% lidí.

2 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním a jejich rodinami

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním se v České republice řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V souvislosti s poskytováním sociálních služeb definuje tento zákon sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Zákon nijak blíže nevymezuje sociální práci s rodinou lidí s duševním onemocněním.

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním probíhá v ČR z větší části v sociálních službách poskytovaných neziskovými organizacemi. Využívaným organizačním modelem je case management (CM) a metodou je psychiatrická rehabilitace, někdy též uváděna jako sociální nebo psychosociální rehabilitace. Tyto služby jsou poskytovány formou terénních nebo ambulantních služeb a probíhají v terénních týmech, centrech denních aktivit, podporou v bydlení a podporou v práci. Již v roce 2008 kladla Probstová důraz na potřebu poskytovat komplexní zdravotně – sociální péči lidem se SMI, jejichž fungování je vzhledem k jejich duševním problémům omezeno. Strategie reformy psychiatrické péče v České republice, která byla schválena v roce 2013, zahrnuje také budování a financování systému komunitní péče o lidi se SMI. Kocman (2016) uvádí, že přes silnou tradici přirozené podpory zejména v rodině, se v českém prostředí dlouho nedařilo navazovat a koordinovat formální a neformální péči o duševně nemocné. Dále dodává, že neboť sociální služby opomíjely význam rodiny lidí se SMI, tak ani neposkytovaly dostatečnou podporu v navazování a udržování přátelských vztahů nemocných mimo rodinu. Lidé se SMI by podle Kocmana uvítali méně přímé podpory od profesionálů a větší zaměření se na přirozenou podporu z okolí tak, aby se oba zdroje pomoci vzájemně nevylučovaly.

Od roku 2017 vznikají v České republice Centra duševního zdraví (CDZ), jejichž základem je zmiňovaná spolupráce sociálních a zdravotních služeb v integrovaném modelu multidisciplinárních týmů. V těchto týmech je role sociálního pracovníka nezastupitelná, protože právě on se stává jakýmsi „mostem“ do komunity nemocného nejen mírou znalostí místních podmínek a zdrojů, ale i schopností pracovat s rodinou a pomáhat řešit problematické sociální situace.

Atkinson a Coia již v roce 1995 uvedli, že úspěšné začlenění lidí se schizofrenií do komunity je podmíněno právě posílením partnerství mezi profesionály a příbuznými, aby se tak zajistila maximální péče s minimálním stresem. Autoři vycházejí z toho, že vztah mezi rodinami a profesionály byl často vnímán jako nepřátelský a snažil se dělit si hranice kompetencí. Některé rodiny považovaly odborné zásahy profesionálů za nevhodné

a jejich postoje ke spolupráci byly většinou určovány jejich první zkušeností se službami. Autoři upozorňují na skutečnost, že právě první kontakt s odborníky může u rodinných příslušníků vyvolat pocit, že jsou profesionály ignorováni navzdory jejich znalostem a dlouhodobému zapojení do péče o nemocného. Přestože s nimi není léčba konzultována, očekává se od nich, že se o svého člena rodiny budou starat, jakmile uplyne akutní epizoda onemocnění. Když se rodinám nedostává uznání za poskytovanou péči a prostor pro sdílení jejich očekávání a obav, pokud nejsou zapojováni do spolupráce a nesdílejí se s nimi informace, mohou projevovat negativní postoje vůči odborníkům. Profesionálové mívají často tendenci zapomínat, že se rodiny setkávají s různými institucemi – lékařskými, sociálními a právními, z nichž každá má odlišné postoje a názory na duševní onemocnění. Rodinní příslušníci jsou nuceni neustále reagovat na různé požadavky těchto odborníků a filtrovat získané informace, aby mohli použít to, co je užitečné při zvládnutí jejich konkrétních problémů, a odmítnout to, co užitečné není.

Za jeden z důležitých úkolů sociálního pracovníka v týmu sociální rehabilitace považují Dörner a Plog (1999) neustálé upozorňování na následky sociální nespravedlnosti a diskriminace lidí se závažným duševním onemocněním. Z výše uvedeného vyplývá, že právě sociální pracovník může být tím profesionálem, který pomůže lidem se SMI a jejich rodinám efektivně navazovat a využívat spolupráci s dalšími profesionály a organizacemi.

2.1 Case management a další organizační modely

Jak již bylo zmíněno, case management je organizační model koordinované péče, který bývá někdy nahrazován pojmem případové vedení či asertivní komunitní léčba. Je definován jako kontinuální dlouhodobý a individuální postup práce s obtížnými klienty a je pro něj typický proaktivní vztah pracovníka ke klientovi (Kalina, 2015). Pro sociálního pracovníka využívajícího ke své práci model case managementu se ustálilo pojmenování case manažer. V západním světě se case management začal rozvíjet již v sedmdesátých letech minulého století. Do českého prostředí se dostal až v polovině devadesátých let minulého století, přičemž nejaktivnější byla v té době nezisková organizace Fokus, která vytvořila několik case managementových týmů (Nepustil, 2011).

Zásadním úkolem case managementu je integrovat péči o klienta do účelného celku a koordinovat zúčastněné služby, přičemž klíčovou roli hraje navázání kontaktu a budování vztahu s klientem. Jednotlivé fáze spolupráce se často prolínají. Po navázání vztahu

následuje vytvoření přehledu o potřebách a schopnostech klienta a plánování péče s jasně definovaným cílem. Dle metodiky case managementu následuje uskutečňování plánu za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí, monitorování a zaznamenávání dosaženého či naopak nedosaženého pokroku. Závěrečnou fází má být vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podíleli (Stuchlík, 2001).

Nepustil (2012) v souvislosti s case managementem uvádí nová sousloví a popisy práce s klientem, která se mezi poskytovateli sociálních služeb začínají objevovat. Jedná se například o "zprostředkování komplexní podpory a provázení při jejím využívání", "komplexní práce s klienty" či "holistický přístup" k individuální práci s klientem. Dále polemizuje s tím, zda je důležité blíže specifikovat case management, pokud má stejné poslání jako sociální práce obecně. Autor poznamenává, že case management nemusí být vhodným přístupem pro každého uživatele služeb. CM bývá efektivní především v případech existujících či hrozících složitých a zdánlivě neřešitelných situacích nebo při opakujících se problémech.

Dalším využívaným organizačním modelem práce s lidmi se SMI je také ACT (Assertive Community Treatment), který je typický svou klinickou orientací a intenzivním týmovým case managementem. Jeho principem je uspokojit potřeby klientů na jednom místě. Jde o dlouhodobou, intenzivní a komplexní službu poskytovanou klientům. V posledních letech je v českých zemích stále více využívána další modifikace ACTu a to holandský model FACT (Flexible Assertive Community Treatment). Jeho princip spočívá v pružném přecházení mezi běžným a asertivním režimem práce (Kondrátová a kol., 2018). Doporučený počet pracovníků ve FACT týmu se pohybuje kolem dvanácti pracovníků, kteří monitorují okolo dvě stě klientů. Aby bylo toto množství klientů zvládnutelné, pracovníci se setkávají denně v rámci pravidelných porad a klienti týmu jsou dle potřeby sdílení. Veldhuizen a Bähler (2017) doporučují, aby byly v multidisciplinárním týmu zastoupeny tyto profese: sociální pracovník, psychiatr, psychiatrická sestra, psycholog, specialista na zaměstnávání a peer konzultant. Peer konzultant je člověk, který svoji vlastní zkušenost s duševní nemocí využívá pro podporu a pomoc druhým lidem s duševním onemocněním (Foitová, 2016).

Při práci s rodinou schizofrenních klientů se začíná ve stále větší míře aplikovat terapeutický přístup „Open dialogue“ (tzv. otevřený dialog), který se opírá o dobrovolné „podřízení se“ zúčastněných osob v usilování o reciprocitu. Úspěch léčebného procesu závisí více na organizaci, flexibilitě a všestrannosti týmu spolupracovníků, než na jeho

expertize. Důraz je kladen na schopnost týmu adaptovat se na danou situaci v rodině, neboť ona vnáší nejen svůj problém, ale i kulturu jednání. Vytváření bezpečí, minimalizace úzkosti, poskytování vzájemné odezvy, dialogismus, projevování skutečného zájmu a mluvení sám za sebe, to jsou hlavní rysy vedení otevřeného dialogu s rodinou (Seikkula a Arnkil, 2013).

V rámci modelu ACT zkoumala Chen (2008) vztah case manažerů a rodinných příslušníků, který v průběhu několika let trvání výzkumu nabýval různých podob. Zjistila, že case manažeři vnímali rodiny spíše jako zdroje sociálních vazeb, než jako důležité součásti péče o nemocného. Case manažeři se dokonce domnívali, že tyto dvě role se vzájemně vylučují. Jedním z jejich cílů se stala snaha snižovat nutnost zapojení rodiny do léčby. Předpokladem k tomu byla snaha o oddělení klienta od rodiny, snaha umožnit jemu i rodině osvobodit se od závislého života, aby tak mohli rozvíjet normalizované rodinné vztahy. V průběhu práce s klienty avšak docházelo ke zjištění, že zapojení rodin je vhodnou volbou. Možnosti zapojení rodin do spolupráce ovlivňují dle autorky dva faktory. Jedním je nezbytnost udělení souhlasu klienta a druhým je dostupnost rodiny. Spolupráce poskytovatelů služeb s rodinami se tak stává výsledkem triadických vztahů mezi klienty, profesionály a rodinami. Zakouřilová (2014) se naopak domnívá, že v rámci sociální terapie je někdy nezbytné postupovat dále i bez souhlasu a spolupráce klienta, stejně tak zároveň používat direktivní a represivní zásahy ve vztahu k němu.

Case manažer by se měl primárně zaměřovat na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii. Stuchlík (2001) uvádí, že pro společnou práci je vztah klienta a case manažera důležitější než přesný plán intervencí. Intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí, nicméně může dojít ke krizové situaci, kdy case manažer rozhodne sice v zájmu klienta či společnosti, ale v rozporu s klientovým přáním. Case manažer také asertivně kontaktuje klienta i v případech, kdy se spolupráce nedaří. Klienty s dlouhodobým závažným onemocněním je třeba podporovat a motivovat ke zlepšování jejich dovedností a schopností. CM využívá nejen tradiční služby, ale především zdroje komunity, ve které klient žije. Case manažer nemá být někdo, kdo klienta koordinuje, ale ten, kdo se ke klientovi přidává na jeho cestě. Cílem spolupráce má být vytvoření sociální a vztahové sítě v přirozeném prostředí klienta. Dörner a Plog (1999) upřednostňují možnost klienta setkávat se stále se stejným pracovníkem. Domnívají se, že odkazování na další osoby a instituce posiluje vnitřní roztržitost nemocného a jeho sklon k vyhýbání se.

Vztah lidí s duševním onemocněním se sociálním pracovníkem považuje také Probstová (2008) za důležitý faktor, který je vnímán jako spojenectví proti nemoci se společnými cíli a úkoly. Upozorňuje však na výskyt některých psychických procesů, které by mohly mít vliv na průběh spolupráce. Jde o koncept vysokého EE, který ovlivňuje efektivitu spolupráce s klienty nejen u rodinných příslušníků, ale i u poskytovatelů služeb. Výzkum provedený Solomonem a kol. (2010) potvrdil negativní vliv vyskytujících se vyšších EE u case manažerů na vztah s klientem. Vyšší EE se projevovaly především v situacích týkajících se postojů klientů k dodržování užívání medikace, neboť právě case manažeři často její dodržování prosazují. Zjistilo se, že vysoké EE vykazují case manažeři stejně jako rodinní příslušníci, neboť zažívají podobné pocity frustrace z nedostatku úspěchů z práce s klienty. K podobnému závěru dospěli Venkatasubramanian a Amaresha (2012), kteří zjistili, že náročná péče o schizofrenní členy může vést k negativní emocionální atmosféře v rodinách. Ta způsobuje nejen recidivy symptomů a opakované hospitalizace, ale má významný vliv na další průběh onemocnění. Příznaky nemoci klientů, které nevyhnutelně působí na EE pracovníků, mohou zpětně ovlivňovat recidivu symptomů u klientů. Proto autoři doporučují, aby se léčba snažila o holistický, multidisciplinární, bio-psycho-sociální přístup, který by měl zajišťovat podporu klientů a jejich rodin ve všech oblastech. Neocenitelný přínos rodin v léčbě duševních onemocnění není dle autorů dostatečně uznáván. Přestože rodiny projevují pozitivní pocity vůči nemocným, čímž podporují lepší výsledky léčby, jejich pozitivní přínos bývá v klinickém hodnocení EE ignorován. Mnoho dostupných hodnocení se zaměřuje pouze na negativní klasifikaci rodin, nikoli na jejich pozitivní stránku.

Dalším úskalím v prostředí poskytované sociální a zdravotní péče je výskyt dvojné vazby, které si již v roce 1956 všimli Bateson s kolegy. Upozorňovali na situace, které mohou podporovat schizofrenogenní stavy. Jednalo se například o přijímání různých opatření, která byla následně klientům prezentována jako činěná v jejich prospěch. Tento druh „podvodu“ vyvolával u klientů reakci jako na nevhodnou dvojnou vazbu a následkem byla jejich schizofrenní odpověď.

Dörner a Plog (1999) doporučují, aby navazování kontaktů, především s lidmi se schizofrenií, bylo iniciováno těmi „zdravými“. Lidé v pomáhajících profesích by měli vztah nejen chtít, ale i vyvolávat a udržovat. Za nezbytné také považují naučit se určovat zdravou míru přibližování a stahování se do sebe u lidí se SMI. Přílišná blízkost může vést k úzkostné obraně a konfliktům, které jsou vyvolány touhou být mezi lidmi a zároveň

neschopností je snést. Stejně tak izolace od sociálních kontaktů může vést k úzkostnému prožívání a v důsledku k propuknutí psychotických příznaků.

Přednost profesionála v péči o duševně nemocné oproti laikovi spatřuje Styx (1992) ve schopnosti lidsky přirozeně, otevřeně a bez úzkosti vyjadřovat své pocity a postoje, které prožívá v danou chvíli. Vzájemná výměna názorů a pocitů z vnímaného světa probíhající v exkluzivním dialogu s nemocným je pro něj důležitou součástí učení se bytí v reálné společnosti.

2.2 Význam rodinných příslušníků pro spolupráci s klientem

Důvody proč pracovat s rodinou duševně nemocného jsou podloženy výsledky mnoha výzkumů, které poukázaly na skutečnost, že právě rodina může příznivě i nepříznivě ovlivnit průběh onemocnění svého člena. Jedním z argumentů, proč potřebují příbuzní lidé se SMI pomoc profesionálů je, aby nepropadali pocitům viny a nepodléhali nevhodným řešením, nýbrž aby mohli jít svou vlastní cestou a umožnili tak i nemocnému nalézat vlastní řešení (Dörner a Plog, 1999). Dalším důvodem proč neopomínat práci s rodinou je biologicky zakotvené přání každého jedince zajistit si vazby a zůstat v láskyplném vztahu se svými blízkými. Toto přání je vlastní všem bytostem v sociálních společenstvích a někdy hraje důležitější roli než zabezpečení vlastních vitálních potřeb. Výzkumy potvrzují, že sociální zavržení a izolace nejen u lidí se SMI aktivizují neurobiologická centra bolesti v mozku (Bauer, 2016).

Sociální pracovníci, ať již ve zdravotních nebo sociálních službách, se jako jedni z prvních setkávají s lidmi s duševním onemocněním, kteří se nacházejí v tíživé životní situaci. Komplexní znalost poměrů klienta a jeho sociálního okolí, již sociální pracovník disponuje, pomáhá lépe porozumět jeho potížím a vytvořit tak adekvátní plán další spolupráce. Snaží se o zhodnocení a využití všech zdrojů komunitních, materiálních i sociálních. Probstová (2008) označuje budování pracovního spojení s uživateli služeb a rodinami nebo pečovateli za nspecifickou funkci, která však zásadně ovlivňuje úspěšnost dalších intervencí. Zdůrazňuje pohled na uživatele služeb a jejich rodiny jako „experty ve vlastní situaci“, klade důraz na dodržování a podporu občanských a lidských práv uživatelů služby a jejich rodinných příslušníků.

Modely etiologie schizofrenie od čtyřicátých let, které zahrnovaly schizofrenogenní matku a teorii dvojité vazby, vedly ke skryté vině rodiny, navzdory nedostatku

empirických důkazů pro takové teorie. To v rodině vytvářelo atmosféru protivenství a nedůvěry, což mělo dopad na horší výsledky rehabilitace u nemocného. Jako odpověď na důkazy o negativním dopadu vysokých EE na průběh schizofrenie byly vyvinuty rodinně orientované psychosociální intervence. Rodina se začala považovat za zdroj, který potřebuje vzdělání, odbornou přípravu a podporu, spíše než za patogenní jednotku (Spaniol et al, 1992). Dörner (1999) upozorňuje, že úspěšnost léčby je přímo závislá na doplnění vztahu o podpůrný faktor, kterým je rodina. Pokud není přítomen nebo působí rušivě, vývojový proces se zhroutí. Autor varuje před postojem pracovníků, kterým demonstrují, že se dovedou postarat o nemocného lépe než rodiče. Tento postoj rodinné příslušníky nejen zraňuje, ale vede je ke stažení se ze spolupráce. Přitom právě profesionálové mohou rodině pomoci vyjednávat a objasňovat různé role, které hrají a které se v průběhu času mohou měnit. Mohou také sledovat měnící se potřeby, schopnost a ochotu rodin prosazovat své názory a povzbuzovat je k přijímání nových rolí. Rozvoj týmového přístupu k práci s rodinami je nezbytný. Rodina potřebuje odborníky, kteří by naslouchali s porozuměním a soucitem více než s defenzivou (Spaniol et al, 1992).

2.3 Psychosociální rehabilitace a rodina

Sociální rehabilitace je vymezena § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jako soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

Služba sociální rehabilitace obsahuje tyto základní činnosti:

- a) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (MPSV ČR).

Psychosociální rehabilitace je vnímána především jako péče poskytovaná v přirozeném prostředí klienta, a je považována za nedílnou součást komplexní péče o dlouhodobě duševně nemocné. Jejím hlavním cílem je pomoci lidem s psychiatrickým onemocněním ke zvýšení svých schopností fungovat tak, aby byli spokojení a úspěšní v prostředí, kde chtějí žít, a to bez závislosti na trvalé profesionální podpoře. Psychosociální rehabilitace v sobě zahrnuje postupy a intervence provázející procesem uzdravy. Úzdravou se rozumí hluboce osobní proces změny životních postojů, hodnot, pocitů, schopností a cílů člověka, jejímž výsledkem není úplné vymizení symptomů, ale úspěšná životní adaptace i přes přetrvávající symptomy (Anthony et al., 2002).

Mezi služby psychosociální rehabilitace se zahrnují pracovní terapie, denní sanatoria, chráněná pracovní místa, podporované zaměstnávání, chráněné bydlení a podpora v samostatném bydlení. Jak již byly dokládány studie prokazující významný vliv rodiny a pečovatelů na další průběh a prognózu závažného duševního onemocnění, může zapojení rodiny do rehabilitačních programů podstatně zlepšit výsledky psychosociální rehabilitace lidí se SMI. Právě u psychotických onemocnění je důležité hledat rovnováhu mezi nadměrnými a nedostatečnými nároky na klienta. Vodítkem pro profesionály může být snaha navázat život tam, kde byl před onemocněním klienta přerušen (Praško a kol., 2001).

Zapojení rodiny do spolupráce doporučuje Češková (2008) již v době, kdy bývá nemocný hospitalizován. Po propuštění do domácí péče je právě rodina tím nejdůležitějším aktérem, který může pomoci v návratu do běžného života. Jedná se o podporu v udržení nemocného v zaměstnání a kontaktu s jeho sociálním okolím. Současně by měla být rodina dostatečně nekompromisní, pokud se objeví známky relapsu nemoci, a měla by přimět nemocného ke konzultaci s lékařem, eventuálně k opětovné hospitalizaci. Spolupráci a udržování kontaktu rodiny s lékařem nemocného doporučují také Matoušek a Pazlarová (2014), neboť ta může výrazně ovlivnit včasnost a adekvátnost léčby. Po odeznění akutní fáze je vhodné přizvat rodinu do plánování dalších kroků psychosociální rehabilitace, týkající se jak pracovní, tak i sociální oblasti. V případě, že nemocný nemůže pracovat, je nejen pro něj, ale i pro jeho rodinu důležité, aby měl i jiné sociální kontakty a docházel do nějakého komunitního zařízení. Rodinu je třeba podporovat v tom, aby se snažila zapojovat nemocného do chodu domácnosti a dalších společenských aktivit.

Nepustil a Szotáková (2013) připouštějí, že právě tak cenný zdroj podpory, jakým je rodina, bývá často opomíjený a práce s rodinou bývá stále odkazovaná do rodinné terapie. V případě, že není zájem rodiny o spolupráci zřejmý, měl by pracovník takovou formu

spolupráce iniciovat a podporovat. Přínosem spolupráce je tak nejen vhléd do celého rodinného systému, ale i možnost pracovníka vnášet pohled zvenčí, facilitovat komunikaci, pojmenovávat a ujasňovat komunikační bariéry. Další cíl spolupráce s rodinou spatřují Praško a kol. (2001) ve snaze o snižování EE v rodině a nastolení jemné rovnováhy mezi vysokým a nízkým množstvím podnětů. Právě nadměrná citlivost a zvýšená zranitelnost lidí s psychotickým onemocněním je příčinou sníženého stresového prahu a dispozice více reagovat na různé zátěže a změny.

Důležitost zapojení rodiny do psychosociální rehabilitace dokládají i mnohé výzkumy. Glick (2011) se svými kolegy zkoumali roli rodiny v souvislosti s úspěšností léčby schizofrenie. Zjistili, že nemocní, kteří mají podporující rodinu, vykazují od počátku léčby lepší schopnost spolupracovat během léčby oproti těm, kteří rodinu nemají nebo s ní mají konfliktní vztah. Na podpoře rodiny byla také přímo úměrně závislá míra dodržování užívání antipsychotik. Profesionálové by měli pamatovat na to, že nemocným se schizofrenií je nezbytné zajistit podporu rodiny nebo dalších důležitých osob, kteří mají nízké EE a nekonfliktní chování. Podobně Smith a Greengerg (2007) během studie dospělých sourozeneckých dvojic potvrdili signifikantně vyšší úroveň životní spokojenosti u lidí, kteří onemocněli schizofrenií a měli zároveň zachovány kvalitní vztahy se svými sourozenci. Doporučili profesionálům větší angažovanost v oslovování a povzbuzení sourozenců a příbuzných tak, aby pochopili svou důležitou roli v úzdavě nemocného.

Novější metaanalýzy provedené Venkatasubramanian a Amaresha (2012) potvrdily, že ve srovnání s obvyklým case managementem, intervence zaměřené na rodinu snižují míru relapsů klienta, počet jeho hospitalizací a výskyt vysokých EE v rodině. Zároveň zlepšují dodržování farmakoterapie klienta a zlepšují jeho sociální dysfunkci.

2.4 Rodinná terapie

Mezi psychosociální intervence indikované u psychotických onemocnění patří rodinná terapie. Tato rigorózní práce se nebude zabývat jednotlivými přístupy rodinné terapie, ale spíše jejím přínosem k léčbě tohoto onemocnění. Rodinná terapie je jednou z metod, jak pracovat s rodinou na vytvoření příznivých podmínek soužití bez prudkých emocí, hádek a konfliktů. Jednou z příčin problematického rodinného soužití bývají vyskytující se pocity viny za propuknutí onemocnění. To může způsobovat napětí a odvádět pozornost od skutečné pomoci nemocnému. Za léčebnou jednotku rodinné terapie bývá považován celý

rodinný systém. Doubek a kol. (2008) upozorňují na fakt, že představa o rodinné terapii je stále ještě spojována s tématy hledání viníka nebo napravováním rodinných příslušníků, což bývá důvodem, proč se rodina terapii brání. Cílem rodinné terapie má být úleva, zklidnění a nalezení rovnováhy s možností dalšího vývoje pro všechny členy rodiny. Pecháčková (1993) považuje za jedno ze specifik rodinné terapie její zaměření na přítomnost a především budoucnost, přičemž není jejím cílem zjišťovat, proč a jak se rodina do problematické situace dostala. Zkoumá, co problém udržuje a co se mezi jednotlivými členy rodiny děje. Autorka upozorňuje na nezbytnost sebereflexe terapeuta, neboť nevhodným přístupem k rodině se může systém sociální pomoci proměnit v nežádoucí systém sociální kontroly.

Za důležitou součást rodinné terapie považuje Styx (1992) práci na změně komunikačních vzorců v rodině. Za vhodné protektivní přístupy rodiny jsou považovány upřímnost, povzbuzování, ochota pomoci a zájem. Za nepřínosné jsou považovány takové zásahy rodiny, jakými jsou formální zaměstnávání, kárání, apelace na zdravý rozum, zákazy a klamání. Podobně stav nemocného zhoršuje přesvědčování rodiny o její pravdě, nerespektování soukromí a vnucování kontaktu proti vůli nemocného.

Rodinná terapie je účinná i při hledání cesty vedoucí k osamostatňování, které může být provázeno oboustranně bolestivým prožíváním oddělení rodiče od dítěte. Tato cesta je však podle Corneau (2013) jedním z nezbytných kroků vedoucích k uzdravě. Úkolem odborníka v rodinné terapii je podpořit rodiče v rozhodnutí nechat své dospělé dítě odejít a nenahrazovat si samotou tím, že se pro něj stane nenahraditelným. Primárně traumaticky vnímané oddělení duševních teritorií rodiče a dítěte se později může projevit lepším vztahem mezi nimi. Pokud nemocný v rodině setrvává například z ekonomických důvodů a není možné osamostatnění, je vhodné rodinu podpořit v rozhodnutí přidělit nemocnému dostatečné množství povinností a uskutečnit tak alespoň psychologické oddálení.

2.5 Psychoedukace rodinných příslušníků

Za velmi důležitou intervencí směrem k rodinným příslušníkům lidí se SMI považují Matoušek a Pazlarová (2014) předat rodinám včasné a dostatečné množství informací. Jednou z forem mohou být vzdělávací a instruktážní programy, které se souhrnně nazývají psychoedukace. Psychoedukační programy, které by měly vést k posilování kompetencí rodiny při jednání s nemocným a posilování jejích vyrovnávacích strategií, však nabízejí

pouze některá lůžková zařízení a komunitní služby. Obvykle jsou nabízeny rodinným příslušníkům po první nebo druhé atace onemocnění. Praško a kol. (2001) doporučují zapojení rodin již během hospitalizace nemocného, neboť přibližně 65% klientů se po propuštění vrací do původní rodiny. Na rodinný systém je tak kladena velká zátěž. Pidrman a Masopust (2002) dodávají, že psychoedukace rodinných příslušníků zaujímá významné místo i v prevenci relapsu u onemocnění schizofrenie. Rodinám nemocných poskytuje jasné a srozumitelné informace týkající se etiologie, příznaků, průběhu, léčby a předcházení relapsu onemocnění. Vedlejším efektem absolvování psychoedukačních programů je emoční úleva a podpora rodinných příslušníků. Autoři uvádějí, že dlouhodobě nebyla psychoedukace dostatečně oceňována a začleňována do systému poskytovaných zdravotních a sociálních služeb.

Přínos psychoedukací spatřují Dörner a Plog (1999) především v sekundární prevenci. Rodina by se měla naučit, jak se nestávat závislou na nemoci ani na psychiatrii. Pomáhat sama sobě a hledat pomoc v komunitě jako přirozeném společenství je pro rodinu cestou k normálnímu fungování rodinných systémů. Podle Corneau (2013) je potřeba vzdělávat a doporučovat primárně matkám nejen citlivý přístup ke svému trpícímu dítěti, ale také ponechání mu dostatku prostoru a času, aby mohlo prožít svou frustraci a naučit se uspokojovat své potřeby vlastním tvůrčím způsobem. Zároveň doporučuje, aby si matka dokázala vzpomenout na ženu v sobě, opět uspokojovala své potřeby a zůstala aktivní v životě přes veškeré požadavky mateřské role.

Metaanalýza provedená Pitschel-Walz a kol. (2004) potvrdila hypotézu, že psychoedukační rodinné intervence snižují míru relapsu a rehospitalizace schizofrenních klientů. Dále se ukázalo, že psychoedukace rodin pomohly ke snížení rodinného zatížení, snížení EE v rodině, zlepšení znalostí o schizofrenii, k lepší spolupráci, ke zlepšení kvality života, k lepšímu sociálnímu fungování klienta a v důsledku i ke snížení nákladů pro společnost. Podobné závěry dokládá výzkum, který proběhl v roce 2010. Potvrdil lepší výsledky u intervencí zaměřených na psychoedukace než u standardní péče a rodinné terapie. Již po třech měsících psychoedukací se podařilo snížit emocionální zátěž matek schizofrenních klientů. Zároveň se u nemocných redukoval výskyt pozitivních příznaků onemocnění (Koolae a Etemadi, 2010).

Dle Bankovské Motlové (2019) byly právě psychoedukační programy určené rodinám pacientů se schizofrenním onemocněním první, které vznikaly, neboť se prokázalo, že mohou napomoci snížit relapsy o 50 – 60%. Dnes je rodinná psychoedukace odborníky

doporučována a do praxe zaváděna nejen po první atace onemocnění, ale i pro stabilizační a udržovací fázi. Od 1. 7. 2018 byla rodinná psychoedukace zařazena jako signální kód v číselníku výkonů VZP.

2.6 Svépomocná a podpůrná rodičovská skupina

V českém odborném prostředí se stále nejasně používá terminologie „svépomocná“ a „podpůrná“ skupina. V rámci svého výzkumu se tomuto tématu více věnovala Hejzlarová (2011), která navrhovala sjednocení názvosloví např. na tři typy skupin: svépomocné skupiny bez podpory profesionálů, svépomocné skupiny využívající profesionálních služeb a podpůrné skupiny vedené profesionálem.

Za vhodný čas pro nabízení aktivního zapojení do činnosti svépomocných skupin rodičů lidí se schizofrenií považují Pidrman a Masopust (2002) období bezprostředně po ukončení časově omezených psychoedukačních programů. Jde o jednu z příležitostí, jak přizvat rodinné příslušníky k další spolupráci v době, kdy se aktivně zajímají o svého nemocného člena a jsou spolupráci s profesionály nakloněni.

Výhodu zakládání a především fungování svépomocných skupin rodičů shledává Dörner (1999) především v tom, že sociální pracovníci přistupují k rodině zvenčí a nesnaží se jí vnucovat nějaký model nebo ideologii rodinného života. Každý člen rodiny má v rámci skupiny svůj vlastní prostor pro pochopení a sdílení. Význam skupiny spočívá nejenom v možnosti uvolnit se a vypovídat, ale především pomáhá rodinným příslušníkům vymanit se z jejich izolace. Autor zdůrazňuje důležitost role sociálního pracovníka po celou dobu procesu vzniku a trvání svépomocných skupin, od fáze motivační až po doprovodnou, která postupně ztrácí na intenzitě. Možnosti porozumět rodinám se tak dostává i profesionálům, kteří se konfrontují se starostmi a bolestmi „druhé strany“. Vztah pracovník a klient je nenásilně rozšířen o třetí stranu a tou je rodina.

Hanzawa s kolegy zkoumali v roce 2008 vliv podpůrných skupin rodičů lidí s duševním onemocněním na strategické rysy zvládnutí péče o jejich nemocné děti. Mezi důležité faktory zařadili omezené „sociální zájmy“ a vysokou „rezignaci“. Výsledky zkoumání prokázaly nadprůměrný počet souhlasných reakcí s výroky: „Mohli jsme sdílet pocity s ostatními, kteří mají stejné problémy. Získali jsme informace o nemoci.“. Málokdo však souhlasil s odpověďmi: „Naučil jsem se vhodně zacházet s nemocným. Naučil jsem se snížit svou duševní zátěž. Získal jsem rady, jak zabránit relapsu nemocného. Naučil jsem

se, jak vylepšit vztahy mezi členy v rodině.“ Závěr studie poukazuje na nezbytnost doplnit práci s rodinou o psychoedukační programy zaměřené na získávání dovedností, na které se v podpůrných skupinách nedostává.

Zakládání sdružení a skupin rodinných příslušníků lidí se SMI považuje Češková (2008) za důležité nejen pro vytváření prostoru pro společné sdílení tíže pečování o své nejbližší nemocné, nýbrž i pro možnost vzniku významných „lobbistických“ skupin prosazujících poskytování adekvátní péče o duševně nemocné na vyšší státní úrovni.

2.7 Výzkumy zaměřené na rodinné příslušníky lidí se SMI u nás

V této podkapitole se zmíním o dvou projektech, které se svým výzkumným záměrem vztahují k sociální práci s rodinami lidí se závažným duševním onemocněním a jsou relevantní k zaměření této rigorózní práce. Po představení projektů a jejich cílů stručně popíši výsledky, které tyto výzkumné studie přinesly.

2.7.1 Rodinná psychoedukace u schizofrenie

Projekt zaměřený na podporu zavádění účinné psychosociální intervence jako standardní součásti péče o osoby se závažným duševním onemocněním probíhal v letech 2009 až 2011. Jedním z jeho cílů bylo zmapování aktuálního stavu aplikace preventivně-rehabilitačních programů a jejich následná implementace do terénní klinické praxe. Jedním z úkolů bylo provedení a vyhodnocení kvalitativní srovnávací studie absolventů psychoedukačních programů v porovnání s těmi, co se programů neúčastnili. Výzkum, který probíhal pomocí dotazníkového šetření a pomocí diskusních skupin, zjišťoval kvalitu života u pacientů se schizofrenií a jejich příbuzných.

Výsledkem zkoumání bylo zjištění, že kvalita života rodinných příslušníků stoupla po absolvování psychoedukace v oblastech zdraví, psychické pohody a bezpečí. Absolvování psychoedukačních programů mělo významný dopad i na nemocné členy rodiny. Přínosem bylo snížení frekvence relapsu onemocnění a snížení výskytu symptomů. Rodinná psychoedukace měla také pozitivní vliv na zapojování se do pracovní rehabilitace a na sociální adaptaci pacientů. Závěrem výzkumníci konstatovali, že právě aktivní přístup rodin k léčbě schizofrenního onemocnění může napomoci zabránit snižování kvality jejich života (Bankovská Motlová et al., 2009, 2012).

2.7.2 Projekt RACT

Projekt RACT (Resource Group-Assertive Community Treatment), který proběhl v letech 2017 až 2019 ve spolupráci Národního ústavu duševního zdraví a Fokusu Mladá Boleslav, byl zacílen na posílení schopnosti týmů pracovat s rodinnými systémy klientů. Mezi základní použité nástroje patřilo zavedení pravidelných psychoedukačních kurzů pro rodinné příslušníky, podpora vzniku svépomocných rodičovských skupin a zavedení RACT intervencí. Důležitou součástí projektu bylo pravidelné setkávání se v malých a velkých RG (*resource group*). Cílem setkávání se v RG měly být intervence vedoucí ke zplnomocňování klienta, který měl rozhodovat o personálním složení, tématech a průběhu RG setkání. Další zavedenou aktivitou bylo organizování tzv. zrcadlových setkání, jejichž design tvořila skupina diskutujících klientů a rodinných příslušníků ve vnitřním kruhu a skupina naslouchajících profesionálů v kruhu vnějším (FOKUS Mladá Boleslav a NÚDZ, 2019). Skandinávský model RACT je jednou z modifikací organizačního modelu ACT (viz kapitola 2.1). RACT se oproti doposud používanému FACT modelu měl více zaměřit na aktivnější zapojení klienta, přiblížení se spolupráci s rodinou a v neposlední řadě i snížení direktivity case manažerů (Kondrátová a kol., 2018).

Výsledky dotazníkového šetření týkající se intervencí RACT, které se sbíraly po dobu patnácti měsíců, neprokázaly snížení míry sebestigmatizace, neprokázaly zvýšení kvality života a fungování klientů ani přínos rodinným příslušníkům. Kvalitativní část evaluace přinesla poznatky o tom, že náhodné rozřazení klientů do aktivní a kontrolní skupiny nebylo efektivní, neboť neodpovídalo na skutečné potřeby práce s rodinami. Zatěžující a málo srozumitelná byla administrace dotazníků, což vedlo k nepřesnému vyplňování dat. Design RG setkání a „zrcadlových setkání“ se nepodařilo udržet, byl proto v průběhu projektu upravován. Hlavní iniciativa v organizování a moderování zmíněných setkání spočívala na case manažerovi. Výsledkem projektu bylo konstatování, že RACT intervence nevykázaly žádnou přidanou hodnotu oproti dosavadní standardní péči poskytované komunitními týmy FOKUS Mladá Boleslav. Závěrečné doporučení se více než na plošné zavádění RACT modelu zaměřilo na potenciál jednotlivých RACT intervencí, které by mohly propagovat orientování poskytovaných služeb na rodinný systém (FOKUS Mladá Boleslav a NÚDZ, 2019).

II. Výzkumná část

3 Metodologický úvod

Počátek zamyšlení se nad tématem této rigorózní práce se datuje do období před třemi lety, kdy jsem se v rámci diplomové práce pokoušela porozumět příběhům matek, jejichž synové onemocněli paranoidní schizofrenií. Výsledky zkoumání přinesly poznatky o tom, že se matky, coby primární pečovatelé, přes veškerou snahu psychosociální péče, cítí být velmi osamělé. Navázání kontaktu a následně spolupráce mezi rodinou klienta a sociální službou nebylo běžnou zkušeností a tak mě zajímalo podívat se na tuto problematiku z druhé strany, konkrétně z pohledu sociálních pracovníků. V rámci této práce se pokusím přiblížit porozumění tomu, jak sociální pracovníci, kteří pracují v rámci psychosociální rehabilitace s lidmi se SMI, vnímají spolupráci s rodinou klientů dané sociální služby.

3.1 Předporozumění zkoumané problematice

Vzhledem ke zvolené kvalitativní metodě výzkumu vnímám potřebu reflektovat pohled výzkumníka na problematiku výzkumné sondy, neboť klíčovým výzkumným nástrojem je právě předporozumění zkoumaným jevům samotným výzkumníkem. Snahou je nastínit osobní zaujetí a podmínky provedení výzkumu.

Prameny předporozumění vycházely z mé teoretické znalosti různých modelů etiologie schizofrenie, z nichž některé pokládají právě rodinné prostředí za možnou příčinu rozvoje tohoto závažného duševního onemocnění. Také mé profesní zkušenosti ze sociální práce s klienty s diagnostikovanou paranoidní schizofrenií ve mně vyvolávaly ambivalentní pocity a postoje k jejich rodinám. Rodinné systémy klientů vykazovaly podobnosti, které se na první pohled zdály být nezdravé. Zároveň má několikaletá zkušenost s tím, že profesionálové v pomáhajících profesích na rodinu často nahlíží jako na patologickou a „nemožnou“, mě vedla ke zvyšujícímu se zájmu o tuto problematiku. Volila jsem takový typ výzkumné práce, jehož předpokladem je hlubší ponoření se do světa, ve kterém sociální pracovníci usilují o zapojení rodinných příslušníků lidí se SMI do psychosociální péče. Domnívám se, že schopnost porozumět prožívání sociálních pracovníků, jejich motivacím a potřebám, je pro problematiku efektivní spolupráce s rodinami klientů více

než přínosná. Zároveň je třeba přiznat, že jsem primárně předpokládala neochotu sociálních pracovníků k otevřenému sdílení vlastních pocitů a postojů ke spolupráci s rodinami klientů. Dále jsem měla za to, že spolupráci s rodinou budou sociální pracovníci vnímat převážně jako zatěžující, frustrující a v důsledku považovat za zbytečnou více než za přínosnou.

3.2 Cíl výzkumu a formulace výzkumné otázky

Cílem výzkumu bylo porozumět a popsat, jak sociální pracovníci přistupují k navazování kontaktu s rodinami lidí se SMI, k jejich zapojování do psychosociální rehabilitace, a konečně jaký postoj k práci s rodinami zaujímají. V rámci dosažení tohoto cíle jsem formulovala tuto výzkumnou otázku:

Jak přistupují sociální pracovníci k práci s rodinou lidí s duševním onemocněním?

Jedním z hlavních cílů bylo prozkoumat, jestli se objevují společné znaky v prožívání participantů a případně jaké to jsou. Snažila jsem se o pochopení postojů a chování sociálních pracovníků k rodinným příslušníkům klientů.

3.3 Zdůvodnění volby výzkumného designu a metody

Motivací k výběru kvalitativního výzkumu byla snaha hlouběji porozumět zkoumanému fenoménu, nikoli jen redukovat či zobecňovat získaná data. Mou snahou v roli výzkumníka bylo získat komplexní pohled na danou problematiku. Zajímala jsem se o to, jak účastníci výzkumu přemýšlí nad tématy a co formuje jejich postoje a motivace. Formát kvalitativního výzkumu mi umožnil pružně reagovat na nové skutečnosti a doplňovat či měnit výzkumné otázky v průběhu výzkumu. Za použitou metodu kvalitativního výzkumu jsem zvolila induktivní logiku. Hledání pravidelností a podobností v nasbíraných informacích je následně využito ke konstrukci závěrů, případně i nové hypotézy (Hendl, 2005). Interpretativní fenomenologickou analýzu IPA (Interpretative Phenomenological Analysis) jsem vybrala pro její schopnost zachytit a prozkoumat subjektivní význam zkušenosti pro jednotlivce. Participant se v rámci zkoumání stává sám expertem a nabízí výzkumníkovi vlastní porozumění svým myšlenkám a pocitům. Jeho subjektivní prožívání umožňuje výzkumníkovi nalézat společná propojení a významy (Birkbeck, 2011).

4 Popis metody a techniky sběru dat

4.1 Volba vzorku

Vzhledem ke specifickým požadavkům na výběr participantů jsem zvolila záměrný (účelový) výběr charakteristický výběrem objektů, které odpovídají předem zadaným kritériím (Miovský, 2006).

Výzkumný vzorek měli představovat participanté, kteří splňovali následující kritéria; (1) jsou členy multidisciplinárního týmu sociální rehabilitace; (2) pracují na pozici case manažera; (3) s rodinami lidí s duševním onemocněním pracují minimálně dva roky; (4) délka praxe v sociálních službách pro duševně nemocné je minimálně tři roky; (5) byli aktivně zapojeni v projektu RACT.

Základní homogenizovaný soubor jsem ohraničila na case manažery zapsaného spolku Fokus Mladá Boleslav, neboť jediní splňovali nastavené kritérium výběru týkajícího se zapojení v projektu RACT. V první fázi výzkumu jsem oslovila celkem 33 sociálních pracovníků z 6 týmů sociální rehabilitace organizace působící ve třech krajích ČR. V zaslané elektronické žádosti o účast ve výzkumu jsem stručně popsala projekt prováděného výzkumu a specifikovala kritéria výběru participantů. Jako první potvrdily zájem o účast ve výzkumu dvě sociální pracovnice z týmu, ve kterém jsem v minulosti pracovala. V další fázi výběru jsem kontaktovala vedoucí pracovníky jednotlivých týmů, které jsem vnímala jako „experty“ a mohli mě uvést do prostředí týmu, pro který jsem byla „cizincem“. Na základě jejich doporučení jsem kontaktovala vždy dva sociální pracovníky jejich týmu, kteří splňovali zadaná kritéria. Ve dvou případech mi oslovení sociální pracovníci odmítli z osobních důvodů účast na výzkumu. Oslovila jsem tedy další doporučené pracovníky, kteří mi účast ve výzkumu již potvrdili. Rozhovory jsem uskutečnila celkem s osmi participanty ze čtyř terénních týmů jedné organizace. Všichni participanté se účastnili stejného projektu RACT. Další zkoumání formou opakovaných rozhovorů nebylo nutné, neboť jak uvádí Hendl (2005) došlo k porozumění dané tématice.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Všechny participanty, kteří se účastnili výzkumu, charakterizuje několik společných znaků. Již při prvním kontaktu, kdy byli osloveni a požádáni o účast ve výzkumu, projevili vstřícný postoj, kdy bez potřeby nějakého času na přemýšlení svou účast přislíbili a bezprostředně byli ochotni domluvit si konkrétní termín rozhovoru. Všechny domluvené rozhovory proběhly napoprvé, v přesně stanoveném čase. Žádný z participantů neodmítl odpovědět na žádnou z kladených otázek ani neukončil rozhovor předčasně.

V době probíhajícího sběru dat byli participanté ve věku mezi 23 a 56 lety, byli zaměstnanci týmu sociální rehabilitace, pracovali v modelu case management, měli minimálně 3 roky praxe v oblasti sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, minimálně dva roky pracovali s rodinami klientů a účastnili se projektu RACT.

Charakteristiky participantů výzkumu vycházely z jejich osobního sdělení během sběru anamnestických údajů, který předcházela polostrukturovanému rozhovoru. Získané osobní údaje, které by vedly k identifikaci participantů, byly po jejich zaznamenání skartovány.

Pro přehlednost předkládám základní údaje participantů. V tabulce 1 uvádím vždy označení participanta, jeho věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a délku praxe v organizaci na pozici case manažera.

Tab. 1: Souhrnná data participantů

Participant	Věk	Pohlaví	Vzdělání	Délka praxe (roky)
A	43	Ž	VŠ	10
B	47	Ž	VŠ	10
C	29	M	VŠ	4
D	56	Ž	SŠ	4
E	23	Ž	VOŠ – probíhá	3,5
F	46	Ž	VŠ	7
G	27	Ž	VOŠ	6
H	40	Ž	SŠ	6

4.3 Metodika získání dat

4.3.1 Polostrukturovaný rozhovor

Za hlavní metodu získávání dat ve fenomenologickém zkoumání, jehož cílem je porozumění konstruktivním procesům, které lidé uplatňují v každodenním životě tak, aby jejich světu dávaly smysl, jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor. Tento typ rozhovoru je vhodný pro získání strukturně podobných dat s cílem minimalizovat variace pokládaných otázek. Předem danou skladbou rozhovoru, která spočívala v kladení podobně formulovaných otázek, jsem se snažila co nejvíce eliminovat svůj vliv výzkumníka na kvalitu probíhajících rozhovorů. Přes zadanou strukturu jsem nechávala participantům dostatek prostoru pro možnost vyjadřovat se obsírněji k daným tématům tvořeným otázkami. Rozhovor tak v některých částech nabýval podoby fenomenologického rozhovoru, aby mohla nově vznikající témata „vyvstávat“. Polostrukturovaný typ rozhovoru jsem volila, neboť mezi jeho výhody patří získání dostatečného množství dat během jednoho rozhovoru, pokud není předpoklad většího vytěžení dat opakováním rozhovorů v čase. Další výhodou této metody získávání dat je její flexibilita, možnost pružně reagovat na participanta, a možnost jít do hloubky rozhovoru a přitom se držet daných témat (Hendl, 2005).

K rozboru polostrukturovaných rozhovorů jsem použila již zmíněnou interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA), která se zabývá nejen prožitky jednotlivce, ale snaží se blíže pochopit i hlubší význam, který participanté přikládají svým zkušenostem. Vychází z fenomenologického pojetí vnímání osobnosti, hermeneutiky a teorií interpretace (Birkbeck, 2011). Hlavní část výzkumu spočívala v provedení polostrukturovaných rozhovorů, které jsem uchovala pomocí audiozáznamu, poté doslovně přepsala a podrobila detailní kvalitativní analýze.

4.3.2 Zúčastněné pozorování

V předvýzkumu jsem použita metodu, která se nazývá zúčastněné pozorování. Slouží k zaznamenávání projevů chování a interakcí osob v jejich přirozeném prostředí, kdy je pozorovatel v osobním vztahu s pozorovanými. Díky tomuto přiblížení je mu poskytnuta možnost odhalit subjektivní prožívání účastníků. V předvýzkumu vystupuje pozorovatel jako účastník skupinového dění (Hendl, 2005).

4.3.3 Dotazníkové šetření

Další metodou použitou během realizace předvýzkumu bylo dotazníkové šetření, které patří mezi kvantitativní metody výzkumu. Tato metoda je vhodná pro získávání dat s méně podrobnými informacemi z širšího výzkumného vzorku. Zvolila jsem polostrukturovaný typ dotazníku obsahující jak standardizované, tak otevřené typy otázek pro možnost získání větší variability dat. K administraci jsem použila mailovou komunikaci v kombinaci s telefonickým dotazováním (Hendl, 2005).

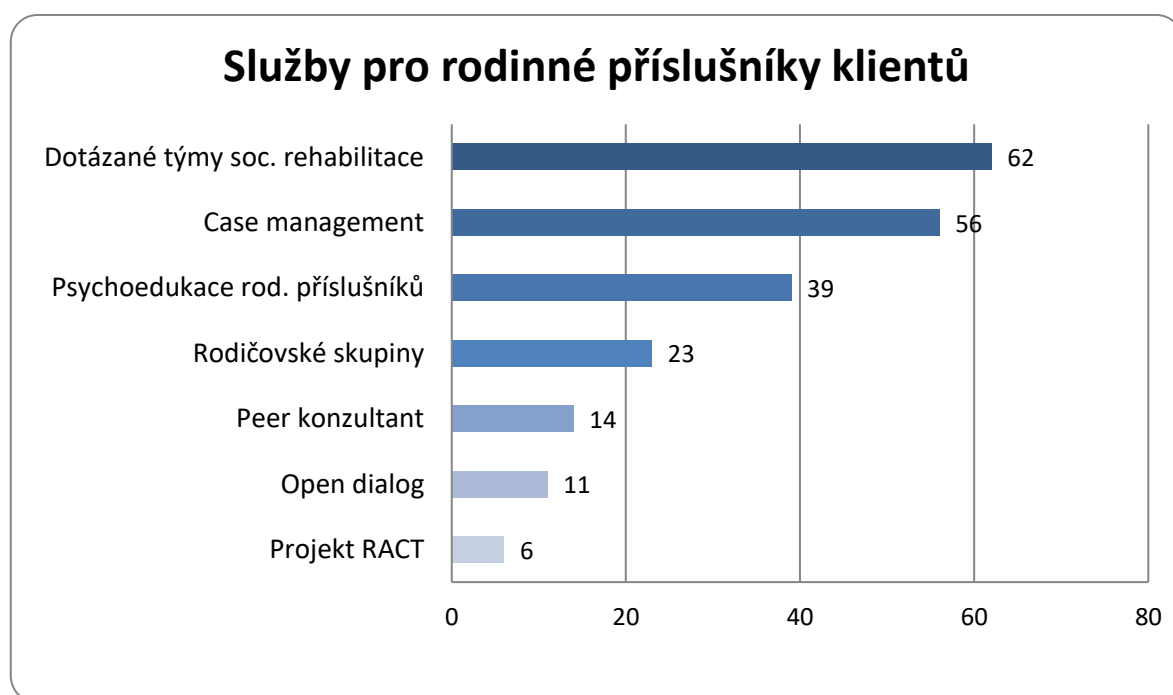
4.4 Realizace předvýzkumu

Předvýzkum jsem realizovala na počátku roku 2019 v týmu terénní sociální rehabilitace zapsaného spolku Fokus Mladá Boleslav, kde jsem v té době již šest let pracovala na pozici case manažera. Předvýzkum probíhal metodou zúčastněného pozorování sociálních pracovníků v rámci rodinných setkání, která byla součástí spolupráce s lidmi s duševním onemocněním. Na základě rozhovorů s účastníky předvýzkumu se zdálo, že jejich postoj ke spolupráci s rodinami klientů s duševním onemocněním je ambivalentní. Na jedné straně vnímali teoretickou důležitost této spolupráce, avšak na druhé se jejich osobní postoj zdál spíše odmítavý. Z tohoto důvodu jsem do výzkumu zařadila otázku „*Co vás osobně motivuje k pokračování v práci s rodinami klientů?*“ mapující osobní motivaci ke spolupráci. Také se ukázalo, že účastníci věnovali velkou pozornost překážkám ve spolupráci s rodinami klientů.

V rámci předvýzkumu jsem počátkem roku 2019 provedla také mapování forem poskytovaných služeb pro rodiny klientů se závažným duševním onemocněním. Získaná data jsem v červenci 2020 telefonicky či elektronicky ověřila a aktualizovala. Oslovila jsem celkem 68 týmů jednotlivých organizací, které poskytují služby lidem se závažným duševním onemocněním na území České republiky. Jednalo se komunitní týmy, charity, Fokusy, vzniklá i vznikající centra duševního zdraví a další organizace. Zástupců oslovených týmů a organizací jsem se dotazovala na formy spolupráce s rodinami lidí s duševním onemocněním. Všem respondentům jsem zaslala polostrukturovaný typ dotazníku: 1) psychoedukace rodinných příslušníků; 2) organizační model case management (RACT/FACT); 3) svépomocné (podpůrné) rodičovské skupiny; 4) jiné formy spolupráce (jaké); 5) spolupráce s rodinou neprobíhá, dříve ano (jak).

Z výsledků předvýzkumu vyplynulo, že velká část týmů pracuje s rodinnými příslušníky klientů převážně v rámci individuální práce s klientem, pokud ji vyhodnotí jako užitečnou. Využívaným modelem individuální práce s klientem a případně jeho rodinou byl nejčastěji uváděn case management. Z 62 týmů, které se předvýzkumu zúčastnily, se k CM přihlásilo 56 týmů. Skupinovou formu psychoedukací pro rodinné příslušníky poskytovalo celkem 39 týmů, některé další týmy její zavedení teprve zvažovaly. K podpoře a zajišťování rodičovských skupin, buď podpůrných nebo svépomocných s účastí sociálního pracovníka či peer konzultanta, se přihlásilo 23 týmů. V rámci dotazování na jiné formy či metody spolupráce s rodinou se spontánně o zapojení peer konzultanta zmínili zástupci 14 týmů. Zavádění terapeutického přístupu práce s rodinami Open dialogu do praxe uvedli zástupci 11 týmů. K účasti v projektu zaměřeného na práci s rodinnými příslušníky se přihlásilo 6 terénních týmů jedné organizace. Pouze jeden tým se zmínil o plánu přijímat za klienta celou rodinu, tzn. klientem služby by se stal celý rodinný systém. Souhrn získaných dat z předvýzkumu uvádím v grafu 1.

Graf 1: Mapování poskytovaných služeb pro rodiny klientů v rámci ČR k červenci 2020



4.5 Etický aspekt a validita

Ještě před oslovením participantů jsem se obrátila na ředitele zapsaného spolku Fokus Mladá Boleslav, který mi poskytl souhlas se zapojením zaměstnanců (case manažerů) do plánovaného výzkumu. V rámci prvního oslovení jsem participanty seznámila s tématem výzkumu. Od všech jsem získala poučený (informovaný) souhlas a seznámila je s možností kdykoli ukončit svoji účast v projektu. Žádnému z participantů jsem žádné informace týkající se výzkumu nezatajila. Předem byli všichni ujištěni o tom, že nebude hodnocena jejich znalost tématu, neboť jde především o získání jejich pohledu na věc. Zajištění fyzické a duševní pohody participantů jsem se snažila podpořit citlivostí a načasováním kladených otázek. Po celou dobu rozhovorů jsem reflektovala jejich fyzické a psychické projevy případné nepohody. Anonymitu participantů jsem zajistila změnou či vynecháním jejich osobních údajů, vynecháním názvů měst a dalších údajů, které by mohly vést k jejich identifikaci. Výzkum byl proveden v souladu s platným Zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a jejich uchovávání v informačních systémech.

Snahu o validitu výzkumu jsem podpořila zvolenou metodou doslovného přepisu rozhovorů. V rámci zajištění validity hovoří Miovský (2006) o dalších hodnotících kritériích. Jde o důvěryhodnost, spolehlivost a pravděpodobnost, které byly podpořeny přesností, vnitřní významovou provázaností a nacházením opakujících se vzorců v rozhovorech. Mou snahou bylo dosažení vyčerpávajícího popisu zkoumaného jevu.

Přestože je třeba upozornit na obtížnost úplně eliminovat vliv osobnosti výzkumníka na participanta, následkem čehož mohlo dojít ke zkreslení získaných dat (Čermák, Štěpaníková, 1998), snažila jsem se analyzovat a reflektovat svou motivaci již v úvodní části a následně v kapitole 3.1.

4.6 Sběr dat

Sběr dat jsem se rozhodla provést se sociálními pracovníky z týmů sociální rehabilitace Fokusu MB, kteří byli též účastníky v projektu RACT v letech 2017 až 2019. Dva participanty jsem oslovila osobně v prostorech neziskové organizace, zbylé participanty telefonicky. Stručně jsem je seznámila s tématem výzkumné práce a bezprostředně jsme domluvili i konkrétní termíny a místa rozhovorů.

Rozhovory proběhly v období od listopadu 2019 do března 2020. Před započítím rozhovorů jsem participanty vždy upozornila na to, že nejsou špatné a dobré odpovědi. Participanty jsem ubezpečila o zachování jejich anonymity. Zároveň všichni participanti poskytli písemný souhlas se zpracováním osobních dat a souhlas s pořízením zvukového záznamu na diktafon. Šest rozhovorů (A, B, C, D, E, F) proběhlo osobní formou v klidných prostorách (konzultovnách) organizace Fokus MB na jednotlivých pobočkách, čím jsem se snažila o co největší míru zachování soukromí. Dva rozhovory proběhly formou videohovoru (G, H). Délka rozhovoru se lišila dle otevřenosti a časových možností participantů od 60 do 80 minut. Probíhající rozhovory jsem zaznamenávala na diktafon a posléze jsem provedla doslovnou transkripci. Mluvený text jsem převedla do lineárního popisu, abych zachovala dialekt pomocí normální abecedy, bez stylistické úpravy.

4.6.1 Rozhovor a přepis rozhovoru

Jako ústřední nástroj sběru dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Tématem rozhovorů byl postoj participantů k práci s rodinami klientů doplněný otázkami vyplývajícími z provedeného předvýzkumu.

První otevírací otázka byla formulována přibližně takto:

„Jaké metody sociální práce využíváte při spolupráci s rodinou?“

Pokud se participant v průběhu rozhovoru spontánně nezmínil o přístupech rodin, se kterými se během navazování spolupráce setkává, následovala otázka:

„S jakým přístupem rodiny se setkáváte?“

Další otázka směřovala na zjištění role klienta, kterou sehrává v probíhající spolupráci s jeho rodinou:

„Jakou roli zastává ve spolupráci s rodinou klient?“

Následující dvě otázky byly zacílené na zmapování faktorů, které spolupráci s rodinou umožňují, a které její započetí a průběh naopak znesnadňují:

„Co spolupráci s rodinou umožňuje?“

„Co naopak spolupráci s rodinou znesnadňuje?“

Pokud se participant nezmínil o svých limitech při práci s rodinou, následovala otázka:

„Jaké osobní překážky ve spolupráci s rodinou klienta vnímáte?“

Další otázka byla nasměrována na užitečnost spolupráce s rodinou:

„V čem spatřujete přínos práce s rodinou klientů?“

Získání informací o potřebách pracovníka a rodin klientů bylo zjišťováno otázkami:

„Co vám schází při práci s rodinami klientů?“

„S jakými potřebami rodin se setkáváte?“

Poslední otázka rozhovoru byla rekapitulační a více zaměřená na jejich osobní důvody, které jim pomáhají s rodinami klientů spolupracovat:

„Co vás osobně motivuje k pokračování v práci s rodinami klientů?“

Participantů byli bez výjimky sdílní s dobrými vyjadřovacími schopnostmi. Přistupovala jsem k tématu citlivě a záměrně nevstupovala doplňujícími otázkami do vyprávění participantů, abych nenarušila tok jejich myšlenek.

Po vyčerpání připravených otázek následovala poslední závěrečná:

„Co byste chtěl(a), aby ještě zaznělo?“

Pro zachování stejné výchozí pozice, a aby nedocházelo k nechtěnému odklonu vyprávění, pokládala jsem všem participantům stejné otázky. Participantů vyprávění doplňovali komentáři a poznámkami jiných osob.

5 Analýza přepisu rozhovorů

Pozornost interpretativní fenomenologické analýzy je věnována významu textu a jeho interpretaci, jehož snahou je přiblížit osobní vnímání a přístup participantů k objektu či události. Smyslem fenomenologického přístupu je snaha výzkumníka pochopit svět participantů, kteří se jej sami snaží pochopit. Zájmem výzkumníka je dojít k poznání dané problematiky. K provedení interpretativní fenomenologické analýzy je doporučeno číst jednotlivé rozhovory opakovaně, nejen pro dostatečné pochopení světů participantů, ale především pro lepší naladění se na jejich vnímání a prožívání. Pomocí otevřeného kódování výzkumník kóduje jednotlivá slova či věty na základě podobnosti jejich vlastností a významů, vytváří kategorie a ty následně dále rozkládá na jednotlivé podkategorie. Další fází je selektivní kódování, jehož výsledkem je získání vztahů a propojenosti mezi jednotlivými kategoriemi (Gulová, 2011).

5.1 Jednotlivé analýzy rozhovorů

Analýzu přepisu rozhovorů jsem rozdělila do několika kroků. Nejprve jsem provedla rozbor jednotlivých rozhovorů analýzou IPA. Rozhovory jsem opakovaně poslouchala a jejich přepisy četla. Dalším krokem bylo zapisování poznámek a komentářů do přepisů. Mezi „rodícími se“ tématy jsem hledala podobnosti jejich vlastností a významů. Jednotlivé kategorie témat byly dány otázkami, na které participanté odpovídali. V rámci těchto předem stanovených kategorií jsem následně postupovala čistě induktivně. Kategorie jsem rozčlenila do podkategorií a převedla je do tabulkové podoby. Poté jsem propojila tabulkové analýzy jednotlivých rozhovorů a vytvořila společnou tabulku témat. Závěrem jsem provedla souhrnnou analýzu všech rozhovorů.

Následující oddíly jsou věnovány popisu jednotlivých rozhovorů, přičemž se věnují i emočnímu ladění participantů v návaznosti na jednotlivá témata. Tabulkové analýzy pro jednotlivé participanty A – H nejsou součástí této práce, neboť jejich obsah byl vytěžen v jednotlivých podkapitolách souhrnné analýzy témat. Přepsané jednotlivé rozhovory vzhledem k jejich obsáhlosti nejsou též součástí této práce.

5.2 Společné tabulky témat pro participanty A – H

Společné tabulky témat T1 – T9 jsou souhrnem témat rozeznávaných v jednotlivých rozhovorech. Tabulky jsou opatřeny devíti sloupci, z nichž v prvním sloupci tabulek jsou uvedena témata. Další sloupce jsou pojmenovány dle jednotlivých účastníků A – H a křížky v nich označují, u kterých z účastníků se téma v rozhovoru objevilo.

Tabulka T1 – Formy práce s rodinami

Participant	A	B	C	D	E	F	G	H
projekt RACT								
obtížné dodržení metodiky	x	x	x			x	x	
pochybnosti o efektivitě a výsledcích	x	x	x	x	x	x		x
přínos účasti v projektu	x	x	x	x	x	x	x	x
svépomocná skupina								
členství ve skupině	x	x	x	x	x	x	x	
role pracovníka	x		x			x		
navázání spolupráce		x			x	x		
psychoedukační program								
navázání spolupráce	x		x	x	x	x		x
důležitost	x	x			x			

Tabulka T2 – Reakce rodin na oslovení ke spolupráci

Participant	A	B	C	D	E	F	G	H
pomoc	x	x	x	x	x	x	x	x
odtažitost, nedůvěra	x	x	x	x	x	x	x	
odmítnutí	x	x	x	x		x	x	x
stigma, utajení	x			x	x	x	x	

Tabulka T3 – Faktory umožňující spolupráci

Participant	A	B	C	D	E	F	G	H
na straně klienta								
souhlas klienta	x	x		x	x	x	x	
pasivita	x	x	x	x	x	x	x	x
na straně pracovníka								
asertivní kontaktování	x	x	x	x		x	x	x
respektování klienta	x	x	x			x	x	
odbornost, zkušenosti	x	x		x	x			x
mezioborová spolupráce	x			x		x		

Tabulka T3 – Faktory umožňující spolupráci – pokračování

Participant	A	B	C	D	E	F	G	H
partnerský přístup, vyslechnutí	x	x	x	x		x	x	x
peer konzultant – rodič	x	x	x	x	x	x	x	x
týmová spolupráce, multidisciplinarita	x	x	x	x			x	
vyvolání zájmu		x		x		x	x	x
supervize	x	x					x	
trpělivost	x		x	x	x		x	x

Tabulka T4 – Faktory znesnadňující spolupráci

Participant	A	B	C	D	E	F	G	H
na straně klienta								
nesouhlas klienta	x	x	x		x	x	x	
na straně pracovníka								
chybějící dovednosti	x	x	x		x	x	x	
nedostatek času		x	x				x	
na straně rodiny								
psychopatie v rodině	x	x	x	x	x	x	x	x
zahlcující rodina	x		x	x	x		x	x
časová a místní nedostupnost		x	x	x	x	x		x
vyčerpání, rezignace	x	x	x	x	x	x	x	x
bez náhledu na nemoc	x	x	x	x	x	x	x	x

Tabulka T5 – Přínos spolupráce

Participant	A	B	C	D	E	F	G	H
pro spolupráci s klientem								
zdroj informací	x	x	x	x	x	x	x	x
usnadnění spolupráce s klientem		x	x	x	x	x	x	x
pro rodinu a klienta								
zlepšení komunikace	x	x	x	x	x		x	x
předání péče – úleva	x	x	x	x	x	x	x	x
předcházení krizím	x			x	x	x		x
stabilizace vztahů	x	x	x		x	x	x	x
vyslechnutí, sdílení	x	x		x	x	x	x	x
uznání		x		x			x	
osamostatnění klienta	x	x	x	x		x	x	x
větší informovanost	x	x	x		x	x	x	x

Tabulka T6 – Nenaplněné potřeby rodin

Participant	A	B	C	D	E	F	G	H
odlehčovací služby	x	x					x	
dostatek psychiatrů, kvalita ústavní péče							x	
bydlení pro klienta	x	x	x					
práce pro klienta			x				x	
finanční zajištění klienta		x	x	x	x			
rodinná terapie	x	x	x	x			x	
respektování odborníky	x		x	x	x	x	x	

Tabulka T7 – Postoje a pocity pracovníka

Participant	A	B	C	D	E	F	G	H
míra asertivity	x	x	x			x		
hyperprotektivní rodina	x		x	x	x	x	x	x
ustát si nestrannost	x		x		x	x		
laskavost, pochopení	x	x	x	x	x	x	x	x
hněv, agrese	x		x	x	x	x	x	x
frustrace, rezignace	x	x	x	x		x		

Tabulka T8 – Potřeby pracovníka

Participant	A	B	C	D	E	F	G	H
vzdělávání	x	x	x			x	x	x
čas		x	x					x
podpora a péče týmu		x	x	x			x	x
finanční ohodnocení				x				

Tabulka T9 – Motivace pracovníka

Participant	A	B	C	D	E	F	G	H
úspěch	x	x	x	x	x	x	x	x
smysluplnost	x	x	x	x	x	x	x	x
důležitost rodiny	x		x	x		x		x
ocenění od rodiny		x		x	x		x	x
zájem	x	x		x				x

5.3 Souhrnná analýza témat participantů A – H

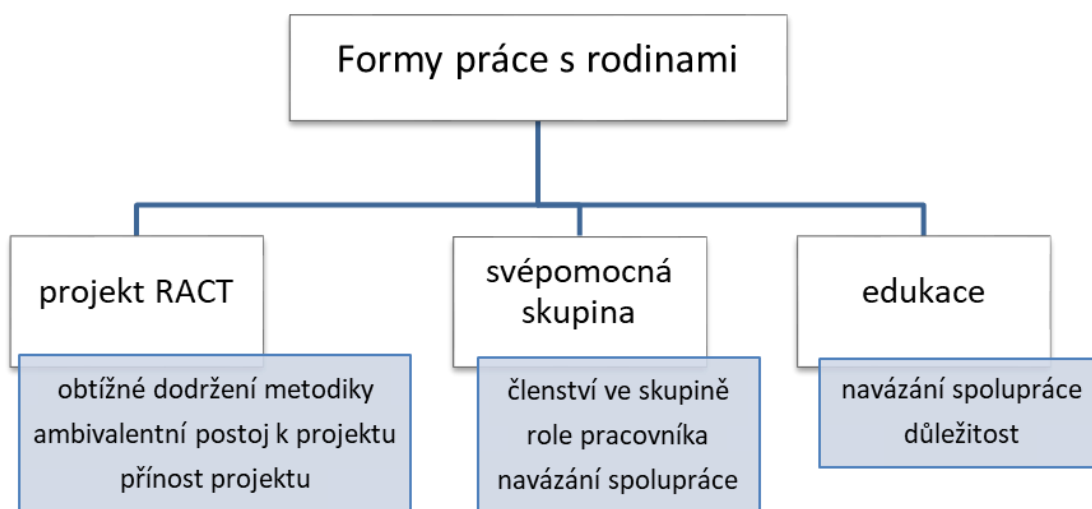
Témata uvedená v souhrnných tabulkách T1 – T9 jsou převedena do narativní podoby, zapsána a zhodnocena. Pokud se objevuje shoda u čtyř a více participantů, jsou i blíže popsána. Stejně tak témata, která se nějakým způsobem výrazně odlišují od ostatních.

V rozhovorech byly identifikovány následující tematické oblasti:

1. Formy práce s rodinami
2. Reakce rodin na oslovení ke spolupráci
3. Faktory umožňující spolupráci
4. Faktory znesnadňující spolupráci
5. Přínos spolupráce
6. Nenaplněné potřeby rodin
7. Postoje a pocity pracovníka
8. Potřeby pracovníka
9. Motivace pracovníka

5.3.1 Formy práce s rodinami – „společný schůzky byly fajn“

Všichni participanté se spontánně zmiňují o svém zapojení do **projektu RACT**, kterého se spolu s klienty a jejich rodinami účastnili v předchozích dvou letech. Participanté neodlišují běžnou práci s rodinami od intervencí probíhající v rámci projektu RACT. Pořádání **psychoedukačních programů** a **svěpomocné rodičovské skupiny** jsou další příležitosti během kterých, se participanté s rodinami klientů setkávají.



Obr. 5.1: Grafické znázornění forem práce s rodinami

➤ projekt RACT

Pět participantů (kromě D, E, H) uvádějí, že **dodržování metodických pokynů** projektu bylo **obtížné**. Jednak v rozdělení rolí, kdy měl na svolávání a vedení schůzek největší podíl namísto klienta pracovník, potom ve srozumitelnosti významu a obsahu projektu pro klienty i rodiny, a konečně v nárocích na výsledek, jímž měla být efektivní spolupráce všech zúčastněných:

A: „zůstalo ...u jednoho rodinného příslušníka ...nepodařilo zapojit někoho jiného ...moderátor byl dycky ten klíčovej pracovník“; „konflikty s matkou ...na schůzkách ...tak to nebyla nikdy“

B: „s těma rodinnýma příslušníkama ...hezká práce ...hodně je náročná ...ukočírovat tam ...klienta a víc těch rodinných příslušníků ...každý chce něco jiného“

C: „ten rakt ...skupinový setkání ...v praxi vlastně vůbec nedařilo ...klient si to úplně nevedl“

F: „zrcadlový setkání ...nebylo asi na naše podmínky ideální ...rozlišování malý a velký ergé to ne ...klienti vůbec nechápali ...to jako bylo přitažený za vlasy“

G: „scházeli raktově a ty skupiny byly fakt velký ...každý ten z těch rodinných příslušníků má názor jinej, všichni to jako štve ...si to jako vykládaj různě ...klient je v tu chvíli jako oběť ...názorů a těch emocí ...těžký ...umoderovat“

Participantů hovoří o faktu, že v rámci plnění indikátorů projektu RACT začínali, udržovali a leckdy uměle protahovali spolupráci i s rodinami klientů, u kterých spolupráce nebyla efektivní ani užitečná. Jednalo se například o rodinné příslušníky, se kterými spolupráce v minulosti již probíhala, anebo o ni nejevili přílišný zájem. Participantů (kromě G) vyjadřovali **pochybnosti o efektivitě a výsledcích projektu**:

A: „není ...na škodu tu rodinu eliminovat a my sme je do toho zase chtěli ňák vtáhnout ...bylo takový kontraproduktivní“; „stav toho klienta ...nepřeje tu rodinu kontaktovat ...ale ňákou tu vazbu už máme ...komplikace ...paranoidní vůči tý rodině ...kde máme stát ...respektovat toho klienta“

B: „sme ...neusilovali o tu spolupráci s rodinou ...byl v tom projektu, tak se to ňák jako začalo“; „z donucení nefunguje ...nepodaří se nám ho dostat na ňákou stranu naší spolupráce ...i kdyby sme s nim měli sto schůzek“

C: „kvůli tomu projektu hrozně snažíme nahnat ...hodiny ...někdy tlačíme na pilu až moc“; „tlak na nás ...ňákejch projektů“; „nebude smysluplný ...musíme“

D: „projekty ...hodně natlačený ...tolik minut měsíčně bych měla vykázat ...sem asertivnější ...tlačím ...rodinný příslušníci ...neodmítnou úplně ...naženu ty minuty“

E: „skončilo ...nechtěli se prostě vidat ...málo rodičů ...mělo čas“; „nechtěli tu spolupráci navázat ...dotazníkem doopravdy skončilo a pak už sme je neviděli“; „neměla zájem ...sejít nebo slyšet ...nepodařilo se k ní dostat“

F: „raktu ...bylo trochu vynucený“; „všichni byli jako nechci říct nucený, ale museli prostě s tou rodinou ...tam, kde by to třeba normálně nedělali“

H: „raktu ...projekt skončil ...vyhodnocení jako, že je to jako fifty fifty ...chybělo ...ukončení ...bylo dost práce“

Přes některé výhrady k metodice projektu RACT vnímají participanti „vynucované“ navazování spolupráce s rodinami klientů jako novou příležitost dělat svou práci jinak. Participanti nejen, že po ukončení projektu pokračovali ve spolupráci se zapojenými rodinami, ale začali více systematicky a cíleně pracovat s rodinami dalších klientů. V rámci zmiňovaného projektu se naučili rodiny oslovovat, motivovat a udržovat ve spolupráci. Bez výjimky všichni participanti považují **účast v projektu RACT za přínosnou:**

A: „rodinami pracovalo ...intenzivně ne ...rakt nám dal ...se nebojíme ty rodiny oslovovat“; „dřív ...rodina ...byla v pozadí ...najednou sme se vlastně snažili oslovit“; „v rámci toho projektu ...vznikla ta rodičovská skupina“; „zbavilo ...tý obavy oslovovat tu rodinu ...rakt, to bylo jako fajn“

B: „na tom něco ukázalo ...pomůže, v tom asertivním kontaktování“; „vlastně to k něčemu bylo ...i když to probíhá blbě“; „dycky to je prostě vlastně velký plus“

C: „věnujem energie ...nikdo jinej kolem nich nedělá ...dobrej ten projekt ...to hodně umožňuje“; „probíhá mnohem intenzivnějc vod začátku ...víc se teď na tu rodinu soustředíme už od začátku, že se snažíme s ní spojit“

D: „rakt ...tim natlačením ...bysme asi často do toho tahle nešli ...pomohlo ...se to vlastně naučit ...nástroj, kterej teďka už používám úplně jakoby automaticky ...zkouším hned vod začátku, a přijde mi to lepší“

E: „ten kontakt se navázal s lidma, který ...ještě sme neviděli“

F: „skončil ...my v tom vlastně pokračujeme pořád stejně“; „zapojit víc tu práci s rodinou ...něk tak povzbudilo všechny“; „někdy ty společný schůzky byly fajn, že jako probíhaly ...víc poznal i v tom širším okruhu“

G: „domluvili v týmu, že formu tý raktový práce budeme aplikovat v praxi“

H: „raktový schůzky, mně to přišlo fajn“

➤ svépomocná skupina

Další přínos projektu RACT spatřují účastníci ve vzniku **svépomocné skupiny rodinných příslušníků**. Skupina poskytuje nejen prostor pro pravidelné setkávání s podobně zatíženými rodinami, ale i možnost sdílení příběhů. **Členství ve skupině** považují účastníci (kromě H) za důležitý přínos rodinám:

A: „zajímají ...příběhy rodinných příslušníků ...jak si s tím poradili“; „rodiny potkají ...zjistějí ...běh na dlouhou trať ...dá se to ...zvládnout ...posdílet ...se jim jako náěk uleví“; „v tom nejsou sami ...pomáhá hodně ...vznikají náěký nový přátelství ...náěk zasmějí ...zjistějí, že můžou mít to právo ...můžou říct, jaký ty děti byly, když byly zdravý ...hrozně hezký slyšet“; „báječný ...vytvořily takový vazby ...povídají si“; „vnýst ...humor ...udělat něco společnýho“

B: „v tom nejsou sami, náěký rodičovský skupiny“; „v tom nejsou sami, že můžou sdílet“; „rodičovský skupiny ...dyby zjistili, že tam nejsou sami“

C: „pani si ulevila ...mohla někde říct ...někdo slyší ...sou lidi s podobnejma problémama“; „si dou ty lidi popovídat a prostě si ulevějí“

D: „potřebují seznámit i s těma jinejma rodinama na tý skupině podpůrný ...bližší kamarádství, přátelství“

E: „rodiče na tý skupině poznají ...řešit ...se stýkat“; „jsem hrozně ráda za skupiny pro rodiče ...rodiče sou schopný tu skupinu prostě už jakoby víst ...hrozně fajn“

F: „řekne ...je na tom úplně stejně ...třeba ještě hůř“

G: „rodiny potřebují vědět, že ta naděje je ...potřebují slyšet příběhy, kde to je dobrý a funguje to“

Tři účastníci (A, C, F) uvádějí, že rodičovská skupina je stále primárně **navázána na vedení sociálním pracovníkem**, který nejen zajišťuje organizační záležitosti a je účastníkem skupinových sezení, ale především je jakýmsi garantem bezpečného prostředí.

Účastníci (B, E, F) dále zmiňují, že zapojení rodinných příslušníků do svépomocné skupiny zároveň **usnadňuje navázání individuálnější spolupráce s rodinou** v rámci case managementu:

B: „vtáhnout ...fajn, kdyby se to dařilo asi víc“; „zajímá nebo rozběhnout víc tu rodičovskou skupinu“; „skupina, která by se scházela pravidelně“

E: „skupinu pro rodiče ...hodně umožňuje ...otevřít tu možnost spolupráce“

F: „chodějí ...maminky zoufalý ...nevědí, co mají dělat ...přišly požádat o pomoc“

➤ **psychoedukační program**

Všichni participanti se zmiňují o další součásti projektu RACT a to zařazení pravidelného **psychoedukačního programu** pro rodinné příslušníky do nabízených služeb. Zájem rodin o vzdělávání v oblasti péče o duševní zdraví považují participanti (kromě B, G) za příležitost k oslovení a snadnějšímu **zapojení rodin do další spolupráce**:

A: „určitě dobrá forma ...rodiny oslovit ...dozvědět o tý nemoci víc“; „edukace přijde ...chce o tom něco vědět ...chtěli znát tu problematiku, doptávat“

C: „příbuzný ...nemocnejch, kerý s náma nespoupracujou ...byla jako veliká odezva na těch přednáškách, že se doptávali ...po setkání a něk s nima řešili osobní věci“

D: „se snažim toho rodinnýho příslušníka zkontaktovat“

E: „super ...nenásilně dostat ...rodinu těch klientů“

F: „edukace ...nechtěli nic řešit ...přišli na tu přednášku ...pak se něk zapojili“; „něco zaslechli ...na to pak ptali nebo to chtěli nějakým způsobem aplikovat“; „chodila vod začátku na ty skupiny ...sme ji oslovili ...je tady jako pír rodička“

H: „potkáváme ...na edukacích ...nejde toho člověka ignorovat ...navážeme bezprostředně“; „oslovovali ...rodinný příslušníky ...mám ty edukace ráda“

Participanti (A, B, E) kladou důraz na **důležitost absolvovat psychoedukační program** a to především u rodinných příslušníků klientů, kteří jsou po první atace onemocnění. Participanti by uvítali větší zapojení rodin do vzdělávacích programů. Jeden participant (A) navrhuje zavést povinné absolvování psychoedukačního programu ještě před započítím spolupráce rodiny s case manažerem:

A: „edukace ...podmínku při vstupu do práce s rodinama, projít ...psychiatrickým minimem ...léků, nemoci“; „téma ...drogy ...edukování ...rodiny o těch věcech“

B: „edukace pořád dokola ...udělat různé formy edukací ...plovoucí otevřený skupiny“

E: „hrozně důležitá edukace“; „edukace podle mě furt tam je na místě“; „edukace o diagnóze, edukace o ...volným čase“

5.3.2 Reakce rodin na oslovení – „chtějí se zapojovat, mají zájem“

Participantů se v rámci oslovení a přizvání rodinných příslušníků ke spolupráci setkávají s rozmanitými reakcemi jednotlivých členů či celých rodin. S některými rodinami klientů mají participantů pozitivní zkušenost, kdy spolupráci vítají, u některých rodin se setkávají s naprostým odmítnutím jakéhokoliv kontaktu.



Obr. 5.2: Grafické znázornění reakcí rodin na oslovení

Všichni participantů mají zkušenost s rodinami, které spolupráci vítají. Na oslovení reagují zájmem a sociální pracovníky vnímají jako odborníky, kteří jim přichází na **pomoc**:

A: „byl rád ...není sám ...má ňákou záchytnou síť“

B: „na začátku se to daří ...mají jistotu, že ten klient je v péči někoho ...spolupráce nejdřív založená na tý rodině, že přijdou jako první“; „sou rádi za spolupráci ...můžeme suplovat ...by jinak dělali oni“

C: „s dobrým přístupem ...s tou rodinou se dá komunikovat ...něco vyjednat“

D: „ten člověk zavolá, když je ňákej průšvih, ňáká krize...číslo někde najde a použije ho“; „rodiny ...řešej ňáký zásadní problémy ...ty po nás jakoby hrábnou“

E: „maminka si přišla ...pomoc a ňáký poradenství ...má zájem“; „ve chvíli, kdy jsou tam konflikty ...se tam něco aktuálně děje“; „situace ...nás tam prostě žádá“

F: „snaha ...rodiny ...zveme ty rodinný příslušníky“; „lačný po informacích, chtějí se zapojovat, mají zájem“

G: „rodina je ten první článek ...ta rodina nás oslovuje“; „otevřený spolupráci ...informacím“

H: „takový jako fajn, super, podporující“

V některých rodinách se participantí (kromě H) setkávají s přetrvávající **odtažitostí a nedůvěrou** rodinných příslušníků. Kontakt se sociální službou se rodina nebrání, ale spolupráci nijak neinicuje, případně se jí vyhýbá:

A: „odtažitej postoj“; „maminky ...že nám třeba tolik nedůvěřuje“; „táta ...si to poslech ...si o tom myslel svý“; „neuznávají, nerespektují ...mlžej ...sou napovrch pro toho klienta ...pro něj vůbec nefungují ...tak jenom tváří“

B: „bojkotující ...sou takový“; „najednou obrátí, změní postoj ...už nám nesahejte ...třeba se bojeť asi do soukromí ...nedaj šanci rozvinout tu spolupráci ...asi maj strach ...bude jako ňák náročný ...časově, emočně“; „klienti omezený ve svéprávnosti ...s opatrovníkem prostě musíme jednat ...to tak musí bejt“; „trvala jsem na ňákých věcech ...to se jim prostě nelíbí“

C: „nemaj úplně ten zájem se s náma ...spolupracovat“

D: „narazím na ňakou neprostopnou zed' ...svý postupy a nechtěj je měnit“; „nezájem ze strany tý rodiny“

E: „chce poznat, aby věděla, s kým spolupracuje, s kým se stýká ...jo nebo ne“

F: „jejich nevole si na to ten čas udělat ...se dlouhodobě vymlouvaj ...bráněj jakýmukoli kontaktu“

G: „zajetej ...systém ...musíme hodně pracovat, se s tím prát“

Všichni participantí (kromě E) se v rozhovorech zmiňují o zkušenosti s naprosto **odmítavým postojem** rodiny k nabídnuté spolupráci. Často bez udání důvodu:

A: „rodina jednoznačně vymezila ...ne nechce“; „je o něj nějak postaráno ...stačí ...víc vo tom vědět nechceme, nebo nepotřebujeme“; „se s náma nechtěj potkat“

B: „se staví na zadní a v žádnym případě jako nechtěj“; „tu schůzku vůbec neumožní“; „rodina spolupracovat nechce“

C: „fakt jako scházet nechtěj“

D: „to odmítne hned ...nechce ...má moc práce“

F: „rodina ...nechce ...zapojovat ...s tím nic nenaděláme“; „řekla, že už se s náma nebude scházet, že se jí nelíbí, co jí jako říkáme ...si chce dělat, co chce s tím svym synáčkem“; „utli, přestali spolupracovat ...v tom plácaj“

G: „rodina je ze začátku odmítavá ...naštvaná, že čekaji, že jako přijdeme my a voni se úplně distancují“; „rodina nechce prostě vůbec, chce se jako úplně distancovat od toho svýho člena“

H: „rodina nechce ...ani ...pír konzultantku“; „razantně odmítá“

Během pokusů o navázání spolupráce s rodinami klientů se participanti (kromě B, C, H) také setkávají s **obavami rodin ze stigmatizace**. Některé rodiny se snaží onemocnění utajit před okolím, jiné rodiny nemoc úplně popírají. Spolupráce je tak buď omezena na minimální kontakt, nebo je postojem rodiny výrazně narušována:

A: „stigma je pořád velký ...chtěj třeba něk jako utajit, ututlat; "chyběj ty informace ...rodina ...chce nechat pro sebe ...se stydí nebo chce vypadat líp“

D: "pocit stigmatizace ...nechtěj, aby před jejich domem stálo to naše auto ...nechtějí bavit ...vo čem se nemá mluvit, nechtějí, aby to někdo věděl ...tutlání“; „v tý naší službě ...je nějaká nálepka“

E: „naprosto popírá nemoc ...syna a hrozně mu tím ubližuje ...zakazuje ...budou se ti smát ...zakazuje mu ty svý stavy řešit s psychiatrem“

F: „to byla katastrofa, ty to tajili i ve vlastní rodině ...dávali jí tajně peníze ...ani prarodičům, nikomu nechtěli říct ...hrozný ...dělá jako medvědí službu“

G: „rodiny vnímaj tu stigmatizaci pořád“

5.3.3 Faktory umožňující spolupráci – „pír rodič je skvělá pozice“

Faktory přispívající k umožnění spolupráce s rodinnými příslušníky klientů jsou rozděleny do dvou částí. Možnost navázání spolupráce je závislá nejen na postoji rodiny, který je zpracován výše, ale i na přístupu samotného klienta a jeho case manažera.

➤ faktory umožňující spolupráci – na straně klienta



Obr. 5.3: Grafické znázornění faktorů umožňujících spolupráci – na straně klienta

Participanti (kromě C, H) kladou důraz na písemný **souhlas klienta** s poskytováním osobních a citlivých údajů, který je nezbytný pro jakoukoliv spolupráci s dalšími osobami. Klient jej může kdykoliv během spolupráce doplňovat, měnit či úplně odvolat:

A: „musíme mít souhlasy ...klientů, že můžeme ...rodinu oslovit“

B: „samozřejmě se souhlasem klienta“

D: „s tím souhlasí ...zásadní role na začátku“

E: „pracovat hlavně na té zakázce ...rodiče ...ten klient věděl“; „souhlasy ...po delší době tý spolupráce ...vyvinou náklon důvěru“

F: „pomáhá ...klient ...jeho okolí bylo nějak informovaný, a chce to dovolit“

G: „souhlasil, my sme s tou rodinou spolupracovali“

Na otázku týkající se role klienta, kterou ve spolupráci s rodinou sehrává, reagují všichni participanti podobně. **Pasivní přístup klienta** ke spolupráci jeho rodiny s case manažerem vnímají participanti paradoxně jako pozitivní faktor. Přestože se participanti snaží klienta podporovat v aktivitě, jeho pasivní přístup (nečinnost) zároveň umožňuje intenzivnější práci s jeho rodinou:

A: „nebylo ...aby si ty schůzky ved ten klient ...klíčovej pracovník ...snažil se ho jako vtáhnout“

B: „když je omezenej ...do toho až tak nezasahuje“

C: „často pasivní ...klient často neví ...k čemu by to bylo dobrý“; „pasivní role“

D: „poměrně malou, nebo ne velkou roli“; „hodně pasivní a stažení do sebe“

E: „spolupráce ...velice pasivní“; „chce víc rodič než ten klient“; „jen taková loutka těch rodičů ...ovládaj ty rodiče ...nemá moc jako co mluvit ani do toho svýho života“; „klient ...neúčastní těch schůzek ...těžký mít tam celou“

F: „něco chce a nejde to ...rodina nedovolí“; „chodí za tou maminkou a bezmezně ji poslouchá, to není vůbec jeho přání, vůle, to je přání, vůle tý matky“

G: „byl tam jako fyzicky ...nebyl moc schopnej to usoustředit ...schopnej se nákl vyjádřit“; „snažíme, aby se to nedělo ...klient i tou obětí ...se to prostě zvrtně a ta rodina začne bejt nákl“; „svůj názor nemůžou vyjádřit ...nikdy k tomu nedostali prostor“

H: „nepřijde ...je jim to jako docela jedno, neřeší“

➤ **faktory umožňující spolupráci – na straně pracovníka**



Obr. 5.4: Grafické znázornění faktorů umožňujících spolupráci – na straně pracovníka

Všichni participanti (kromě E) se shodují na tom, že mezi důležité faktory, které umožňují case manažerovi navázat spolupráci s rodinnými příslušníky, patří dovednost a ochota pracovníka **asertivně kontaktovat** a oslovovat jednotlivé členy rodin klientů:

A: „asertivní kontaktování ...častěji je kontaktujeme nebo za nima chodíme ...důvěra asi taky vzroste”

B: „dycky se ...snažim spolupracovat i s těma rodinnejma příslušníkama, kerý mě ...nemusej”; „na tom začátku nevím, ale pokusím se o to”

C: „my sme ty lidi, co za nima jedou až domů ...přijde jim, že je to docela lidský”

D: „rodinnej příslušník ...se ho snažíme vlastně do tý spolupráce vtáhnout co nejdřív”; „když se to potom ještě několikrát zkusí, tak často se to povede”; „spíš je to moje iniciativa ...přivolám asertivně”

F: „vysvětlujem, že naše služby sou dobrovolný”

G: „my sami se jim dost často vnucujeme s ňákou podporou a pomocí”

H: „někdy trošku to nabízíme víc”; „snažíme se ...rodinný příslušníky kontaktujeme”

Během spolupráce s rodinou lidí se SMI se participanti dostávají do dilemat, především pokud je postoj klienta odlišný od přání jeho rodiny. Dle pěti participantů (kromě D, E, H) je třeba neustále, a to nejen při práci s rodinou, **respektovat** přání a názory **klienta**:

A: „měli bysme respektovat toho klienta”

B: „snažim dycky respektovat to jeho přání“; „snažim prosadit to přání toho klienta”

C: „my ho budem podporovat ...k tomu rozhodnutí si musí dojít sám“

F: „rodinou v nějakých dobrých vztazích ...se domluví ... je tam středem toho zájmu“; „měl by tam být důležitější“

G: „snažíme, aby klientem byl klient, na něm záleží, ptáme se na něho ...postě respektujeme ...klient je středem ...záleží na něm, von je ten první“

Mezi nápomocné faktory podporující spolupráci s rodinnými příslušníky patří **odbornost a zkušenosti** pracovníka. Zmiňuje ji pět participantů (kromě C, F, G):

A: „odbornost ...na tom poli jsme už nějak ten pátek, a že vo tom něco víme“

B: „zkušenosti sou hodně důležitý“; „mám rodinu a mám zkušenosti, dovedu se vcítit ...děti, potíže ... v rodině vyskytnou ...je taky předpoklad ...být jako bez zkušeností, bezdětná ...to tam třeba úplně nenarvu“

D: „spousta kurzů práce s rodinou“

E: „kurzy ...práce s rodinami ...různý edukace ...máme k dispozici“; „kurzy pro práci s rodinou“

H: „čerpat tak jako ze sebe ...svých zkušeností“; „otevřená, nebát se podělit i o svoji osobní zkušenost“

Tři participanté (A, D, F) považují za velmi přínosnou **mezioborovou spolupráci**, především s ambulantními psychiatry a psychiatrickými nemocnicemi, která umožňuje zprostředkování a navázání kontaktu mezi rodinou a sociální službou.

Pozitivní vliv na průběh spolupráce s rodinami klientů má **partnerský přístup** sociálních pracovníků. Participanté (kromě E) považují za důležitý faktor úspěšně probíhající spolupráce právě schopnost pracovníka vyslechnout, podpořit a dodat rodině naději:

A: „pomáhá vyslechnout tu rodinu ...dát jí prostor ...poslouchat ...nekritizovat nebo hned nenabízet ...přístup partnerskej ...vyslechnout, posdílet s nima tu těžkost“

B: „podpořit je v tom, že v tom nejsou sami, že v tom nejsou špatně“

C: „důležitý je s nima navázat nějak vztah ...sme jediný, kerý s těma lidma mluvěj ...se vo tu rodinu zajímá ...my sme ochotný s nima komunikovat, scházet se“

D: „sou plní toho sdělování“

F: „rodiče sou rádi ...jezdí k nim domů ...když se s nima něco probírá“

G: „vysvětlujeme, nabízíme, reagujeme, mluvíme ...předávat jim tu naději ...můžou žít ...normální život ...jdeme a něco uděláme ...sme v tom společně ...důvěra vzájemná ...strašně důležitý“; „vyjadřujeme důležitost práce s celým tím rodinným systémem“

H: „seděli s ní a bavili se o ní ...věnovat tu pozornost jí ...ona tohle taky potřebuje ...nechtěla ještě, abysme odcházeli“

Všichni participanti shodně uvádějí, že jednu z nejvýznamnějších rolí přispívajících k navázání spolupráce s rodinami klientů sehrává zapojení **peer konzultanta**. V některých týmech spočívá převážná část práce s rodinami právě na peer konzultantovi – rodiči:

A: „strašně prýma ...máme k sobě toho pýra ...rodičům říct ...vlastní příběh skrz tu nemoc ...rodiny viděj ...nemoci se dá nák smysluplně žít“

B: „zařizovat víc setkání s pýrama, kde vidí tu nádej“

C: „společný schůzky s klientem, rodinou a naší novou kolegyní ...pýr pečovatel“; „máme tu kolegyni ...rodič ...mi přijde fajn ...vona tady prostě je pro ty rodiče“

D: „pír konzultantka a ...pír konzultantku pečovatelku ...pro spoustu těch rodinných příslušníků je docela přínos“; „tu pír pečovatelku ...rodiče moc potřebujou nějakou takovou tu podporu“; „se naváže ta pír pečovatelka“

E: „máme nově i pýr rodiče ...hrozně velký plus ...můžeme využívat ...pracovala s nima hlavně ta pír rodička“; „vidali s tou pír rodičkou ...má podobný zkušenosti ...víc přitahovalo“; „hrozně fajn ...pír rodička ...sem si jako oddechla ...vysvětlit z toho svýho pohledu ...významná role v našem týmu“; „pír rodič je skvělá pozice“

F: „pír rodiče ...sme teda měli to štěstí ...velmi vzdělaná ...lékařka“; „pír rodička ...chodí na schůzky ...kde ...nedarí vytvářet ten náhled na tu nemoc ...pomáhá“; „půl roku kolegyně neustále vysvětlovala tý mámě ...a když přišla ta pírka a znova jí to vysvětlila ...tak svolila“

G: „dělá hodně pír konzultant rodič“; „snažíme se tam udržet ...spolupráci toho pír rodinného pečovatele ...s tou rodinou ...podporu ...dostávala ta rodina od pír rodiče“

H: „pírka má jako intervence s tou rodinou“; „snažíme tu naději nějak dát, tak i náš pír, pír s onemocněním“

Multidisciplinární složení týmů a **týmovou spoluprací**, která umožňuje zastupitelnost a podporu pracovníků, považují participanti (kromě E, F, H) za nápomocnou při práci s rodinným systémem klientů:

A: „fajn ...zastoupení toho týmu, a že se člověk nák může poradit“

B: „pokud to jako člověk ...nefiltruje, nerozebírá v tom týmu“; „se o tom i bavít v tom týmu ...podpora ...mít v týmu ...odborníka ...hodně pomáhá ...zvu třeba psychiatra ...využít různý profese ...psycholog ...pro mě plus“

C: „v týmu potřebujem někde tu páru vypustit“

D: „sme dobrej tým, skvělejš“

G: „podpora v tom týmu ...dávat podporu tomu člověku ...kterej v tý spolupráci zrovna je“

Vyvolat u rodinných příslušníků **zájem** o spolupráci během několika prvních kontaktů považují participanti (kromě A, C, E) za klíčové a rozhodující o tom, zda se spolupráce s rodinou naváže či nikoliv:

B: „dyž věděj všichni zúčastnění ...k čemu je to dobrý ...dyž věděj aspoň trochu ...co to má přinést ...dyž v nich vyvolám ten zájem“; „aby chtěli všichni zúčastněný ...ochotu, motivaci“; „pochopěj smysl tý spolupráce“

D: „přímej kontakt ...říct o tý naší službě ...rodinnýmu příslušníkovi ...je hodně dobrý ...rodinnej příslušník ...chytne ...podaří zaháčkovat“; „vysvětlení, vo co de ...děláme“; „edukovat ...zkouším říkat ...s tím dá pracovat“

F: „ňák pochopí ...rehabilitace dělat ...viděj tu vidinu, že to k něčemu je“

G: „vysvětlíme, že je potřebujem ...jsou jako taky důležitý ...je potřebujeme celou dobu“; „začalo zajímat ...účastnit schůzek, začali s náma společně plánovat“

H: „prvních schůzek mluvíme ...představíme i tu naši pírkou pro rodinu, mluvíme o tom, nabízíme to hned“

Supervizi považují participanti (A, B, G) za užitečnou formu poskytující uvolnění a zpětnou vazbu v bezpečném prostoru, kterou mohou využít při tak náročné práci, kterou bezesporu práce s rodinným systémem lidí s duševním onemocněním je.

Trpělivost, vytrvalost a diplomatické jednání pracovníka jsou schopnosti, které dle participantů (kromě B, F) přispívají k efektivní spolupráci s rodinným systémem klientů:

A: „diplomatically ...snažim zprostředkovat ten pocit, že to není dobře“; „respektuju, ale ...uložíte číslo“

C: „nebejt tím úplně tak tvrdej ...důležitý bejt diplomatickej“; „bejt prostě trpělivej ...čekat, až se to stane“

D: „pomalu, ale ta spolupráce tam funguje a vlastně dobře“; „moje energie ...schůzky často bejvají náročnější“

E: „bude to na dlouho ...musim vydržet a bejt pevná“; „trpělivost při práci s tou rodinou“; „trpělivost a výdrž“

G: „snažíme udržet kontakt s tou rodinou“; „potom měla možnost mluvit s tím tátou ...vztah jako mezi náma se změnil, a pak už to jako šlo“; „náročnější ...úplně vod začátku ...si je jako vychováváme“

H: „trpělivostí člověk může něco navrtat“; „bylo poprvé ...čas dali jen jí ...vona najednou mluvila jako vlídně“; „trpělivost ...s ňákým vodstupem“

5.3.4 Faktory znesnadňující spolupráci – „s útočnejma rodičema je to pekelný“

Tato kategorie je rozdělena na tři části. Faktory znesnadňující spolupráci, které se objevují na straně klienta, na straně pracovníka a na straně rodiny.

➤ faktory znesnadňující spolupráci – na straně klienta

Participant (kromě D a H) spatřují pouze jednu překážku na straně klienta, která může bránit spolupráci s rodinou. Jde o jeho výslovný **nesouhlas** s tím, aby case manažer kontaktoval jeho rodinné příslušníky:

A: „legislativa trošku ztěžuje ...to nemám ani podepsaný ...neměli sme to v těch papírech“

B: „klient sám ...nechce tahat rodinný příslušníky“; „klient si nepřeje, abysme spolupracovali s rodinou“

C: „nemaj náhled ...prostě nechtěj, abysme se s tou rodinou stýkali“

E: „hrozně těžký ...vod toho klienta na začátku získat ty souhlasy ...rodinu se jim teda moc udávat nechce ...se bojeje“; „strach ...my bysme těm rodičům sdělili“; „ho neměla v souhlase ...spolupráci odmítáme“

F: „rodiny ...sice chtěly ...s tím jejich ...řeč není ...klientem“; „rodina chce a von nechce“; „když nechce ...těžký“; „klientům nelíbí ...negujou ...maminka ...von mi zase nadával, co tady vykládám, já nesmim nic říkat“; „pokud von si nepřeje ...někdy nepodaří podchytit“

G: „když klient nechce ...říká ne ...nezbývá než z toho ustoupit“; „klient řekne, že prostě nechce“

➤ faktory znesnadňující spolupráci – na straně pracovníka



Obr. 5.5: Grafické znázornění faktorů znesnadňujících spolupráci – na straně pracovníka

Pokud se participant zamýšlí nad faktory, které znesnadňují práci s rodinou klientů z jejich strany, hovoří následně o dvou problematických oblastech. Jednou z nich je skutečnost, že se během náročných rodinných setkání cítí být nejistí, což jejich práci komplikuje. Vnímají, že nejsou odborně dostatečně vybavení pro sociální práci s rodinným systémem.

Participant (kromě D a H) hovoří o **chybějících dovednostech** pracovníků pro práci s rodinou klientů:

A: „si přijdu jako nedovzdělaná ...nevyznám úplně v těch právních věcech“; „neznalost v některých věcech“

B: „nejsem si v ní úplně kovaná nebo jistá“; „nedaří probudit tu jeho motivaci“; „nenajdu žádnou společnou řeč s ním, nevykřešu žádnou motivaci“

C: „nemáme terapeutický vzdělání ...nejsme dost vzdělaný“; „nejsme dost připravený“

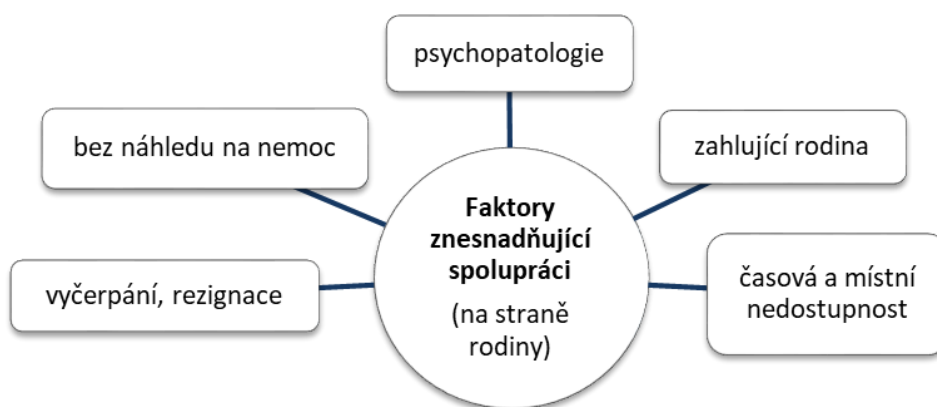
E: „společná schůzka ...dohadují ...jiný názory ...konflikty ...během toho našeho rozhovoru a hrozně špatně se to kočíruje“

F: „prací s rodinou nemaj moc zkušeností“; „hrozně těžký ...ta situace problematická ...zavání už nějakým náznakem rodinných terapií ...si nejsem úplně jistá ...situace jako profesionálně zvládnout“

G: „náš strach ...práce s rodinou ...náročný ...musí mít nějaké dovednosti ...dalo jako uřídit“; „zkušenosti a dovednosti ...psychoterapeuta, kterej to ...ukoučuje“; „můžeme i ublížit ...to neumíme ...opatrně ...strhne v nějakou prostě hádku ...s tím my neumíme pracovat“; „věci hodně intimní ...nepřijdu dost kompetentní“

Druhým ztěžujícím faktorem je **nedostatek času** pracovníků. Participant (B, C, G) hovoří o časové náročnosti, se kterou je práce s rodinou spojena, a na kterou nezbyvá čas, neboť jsou zahlceni množstvím individuální práce s klienty.

➤ **faktory znesnadňující spolupráci – na straně rodiny**



Obr. 5.6: Grafické znázornění faktorů znesnadňujících spolupráci – na straně rodiny

Mezi nejzávažnější překážky pro navázání spolupráce, které se objevují na straně rodiny, patří zjištění, že se u člena rodiny vyskytuje nějaká forma **psychopatologického chování**,

kteřé by mohlo být pro pracovníka psychicky, fyzicky či emočně zatěžující, v některých případech dokonce ohrožující. Participantům spolupráci s rodinou ztěžují projevy násilného a agresivního chování u některého člena rodiny (A, B, C, F, G, H); alkoholismus (D, H); psychické potíže (E); anebo bydliště rodiny ve vyloučené lokalitě (H):

A: „násilí páchaný ...klientovi ...zneužívání ...hodně těžko v sobě vyrovnávám“; „patologické prostředí ...těžký bejt ...v tý profesionální hladině ...s tímle ...mám jako trošku problém“; „kde je ...násilí je těžký vstřebat, fyzický“; „nevím ...co to se mnou udělá“

B: „s útočnými rodičema to je pekelný ...to mě jako semlelo hodně ...hodně náročný ...nechala bych to na někom jinym“; „útočnej, psychopatickej ...špatná domluva“; „otec ...útočnej ...spolupráce je tam hodně náročná ...nemožná“

C: „zázemí je fakt šílený ...těžký s nima spolupracovat ...rodiny sou fakt jako zlí ty lidi ...se nechovaj hezky k sobě“; „otec ...neskutečně zahlcující, sprostej a hnusnej ...s nim dál nespolečně pracovat ...nepřišel“

D: „otec toho klienta a je alkoholik ...problematickej“; „alkoholik ...osobní antipatie ...syna ...zneužívá ...se mi do toho nechtělo ...nepřijemnej“

E: „nesmí říct u psychiatricky, že mu není dobře ...bojuju ...absolutně nesouhlasim s tatínkem ...u tý schůzky musí bejt“; „hrozně nemocnej ten tatínek ...víc ten táta než ten syn ...nemocná celá rodina s nim a je to šílený“

F: „klientky ...bratr je příšernej ...von je agresor, no takovej hnusnej“; „úplněj problém ...se mi tady fakt málem poprali ...úplně strašný“

G: „klientem je spíš ona ...hysterická ...se nám nedaří dostat přes ní“; „táta byl jako hodně vod rány ...mě tam nechtěla pustit ...na vás prostě bude zlej“; „moch vzniknout konflikt, že bysme to nemuseli zvládnout“; „se bojí ...von na ni bude zlej ...kolegyně nepošlu do takovýdle situace“

H: „bydlí s ní syn a ten pije ...je to nepřijemný ...nechut' možná do toho jít ...bude nadranej“; „pasivně agresivní ...neztratit nervy“; „bydlí v izolované lokalitě ...ghetto ...sem neměla jezdit sama ...sem se necejtila úplně nejlíp“; „maminka pije ...je agresivní na ní ...hnusná ...škaradá“

Spolupráce se zneužívající a **zahlcující rodinou** či některým z jejich členů bývá dle participantů (kromě B, F) pro pracovníky náročná a vyčerpávající. Některé rodiny žádají pracovníky o služby, které nejsou organizací poskytovány, jiné rodiny jsou nadměru kontaktní a naléhající:

A: „mluvil furt vo sobě ...vobsadil to celý ten otec ...složitý ukočírovat ...maminku ...skoro devadesátiletá ...funguju pro vobě ...vyčerpávající“

C: „chtěj, abysme toho klienta čapli, a něco s nim udělali“

D: „rodina řekne vo ...odvoz a já vysvětluju, že to teda ne ...rodina si někde přečte a šup tam se svym dítětem“

E: „rodiče po nás chtějí ...asertivní kontaktování a častěji, než by bylo zdrávo“; „klient ...podepsal ukončení služby ...rodiče po nás chtějí, abysme tam stále jezdili ...sme to odmítli“; „zakázku má rodič a není to zakázka klienta“

G: „takový to odvezte, přivezte, nebo doprovodte ...nebudu platit za taxíka ...to je trochu zneužívání“

H: „je to obtížné ...zahlcující“; „maminka potřebuje hodně času ...na telefony, na všechno, často volá ...hodně“; „maminka ...zahlcuje, mluví to samý furt dokola“; „se snažila ...na nás hodit tu zodpovědnost“

Participant (kromě A a G) spatřují další překážku ve spolupráci s rodinami v **časové a místní (ne)dostupnosti** rodin. Pro rodinné příslušníky, kteří dochází do zaměstnání, není služba v běžné pracovní době téměř vůbec dostupná. Stejně tak je obtížné navázat a udržovat spolupráci s rodinami, které jsou ze vzdálenějších obcí se špatnou dopravní dostupností, pokud nejsou sami mobilní:

B: „řekne, že nemá čas“; „časový vytíženosti těch rodinných příslušníků“

C: „sou zatížený prací, mají sami dluhy ...funguje všechno hůř“; „rodiny nemají čas ...rodiny sou hrozně vzdálený“; „větší dostupnost ...nemůžeme být tak často“

D: „nemají ani chuť věnovat ...tomu ...strávěj tady ten čas“; „komplikace se sejt v nějakým čase ...časová nějaká dostupnost“; „sem nevylezou za náma ...dostupnost“

E: „z důvodu vytíženosti“; „nemají čas, práce, domácnost, svoje problémy“

F: „hodně pracujou ...nemají třeba čas ...pracovní vytížení těch rodičů“

H: „cesta náročná, dostat se ...rodinný příslušníci sou v práci ...nejde úplně ...často“

Mezi další příčiny znesnadňující navázání spolupráce patří **vyčerpání, únava a rezignace** rodinných příslušníků, kteří již nevěří v jakoukoliv možnost zlepšení. Často jde o rodiny tzv. chronických pacientů, kteří jsou klienty sociální služby již delší dobu. Všichni participant vnímají podíl těchto faktorů na nezapočetí či předčasném ukončení spolupráce:

A: „jsou jako vysílený, tak vyčerpaný“; „rodiny už jsou zoufalý“; „rodiny sou nešťastný, zoufalý ...vzájemně na sobě parazitujou“

B: „zkusili spolupracovat ...se prostě vyčerpali ...nevidí žádný potenciál ke změně ...neviděj nádej, sou takový skeptický ...ani nepokusej“

C: „unavený ...maj plný zuby ...sou ty rodiny vyčerpaný a nechtěj tolik spolupracovat“; „často potkávám ...rodiče vyčerpaný“

D: „sou vážně vyčerpaný a na začátku ani nevědí vo co de“; „toho mají plní brejle“; „sou třeba přetížený, unavený ...trochu vyhořelý ...už nemají energii“

E: „nemají zájem, zájem zabejvat se tou nemocí“

F: „iluze ztratili ...negativně zaměřený ...pocity marnosti ...strachu ...pesimističtější ...změny pozdě ...chronickým stavu ...nedá nic dělat“; „rezignovali ...neviděj žádnéj smysl a význam“; „unavený ...rodina ...naštvaná“

G: „vážně říkaj: já už prostě nemůžu, já už nechci, já už toho mám jako plný zuby a už vůbec nechtěj ...mít nic společnýho s náma“

H: „úplně beznaděj ...říkají nahlas, ty maminky“; „rodič má svůj názor a není ochoten ho měnit ...nikdy mu nikdo od toho nepomohl ...náročnější“; „úplně je taková vyhořelá, úplně bez naděje“; „vztek, ňáká agrese ...bezmoc“

Všichni participanti se v rámci své profese setkávají s rodinnými příslušníky klientů, kteří tzv. **nemají náhled na onemocnění**. Rodiny si nepřipouštějí potíže nemocného, bagatelizují je, skrývají, anebo je omlouvají. Spolupráci se sociálními službami tak nepovažují za důvodnou. Pokud přesto takové rodiny se spoluprací souhlasí, jejich postoje práci často ztěžují a v některých případech jí i brání:

A: „negativní nastavení ...rodin často jako v rámci toho soužití, vyšší nároky ...požadavky od té rodiny ...hodně bezvýhodný“; „schůzky byly jako náročný“; „bylo velmi těžký ...po něm chtěli ...zároveň nechtěli ustoupit“

B: „mají ňáký přesvědčení ...nedaří se mi ho nabourávat ...spolupráci stěžuje“

C: „nemaj kapacitu některý informace pobírat ...u těch rodin ...dost nemocný ...kognitivní deficit to docela komplikuje“

D: „narážím na ...zed' nepochopení ...nedokážou slyšet nebo nechtěj“; „nedají mi ten čas jim povědět ...mám pocit, že jejich kapacita je ňák omezená“

E: „rodina ...nemocná s tím klientem ...rodiče ...nepřipustili, že jejich syn je nemocnej ...největší problém“; „rodina mu sráží jakoby tu nemoc“; „nemá náhled nikdo z té rodiny“; „negují tu nemoc ...nedokážou připustit ...zlehčují situaci, neuvědomují si ...odkládají to, psychiatra nepotřebuje“

F: „rodina působí ...kontraproduktivně a nemá náhled ...poškozujou ...nenechaj si říct“; „nemaj na to náhled ...člověk ...na tom není dobře“; „negativní vliv ...nechápu ...to není úplně vhodný“; „synovi vysadila léky ...byla ještě dotčená ...s tou není absolutně řeč“; „maminka taky nemá náhled, nechce to pochopit“; „nemá náhled ...ani ta rodina ...se jevěj, že sou v pořádku a nenechaj si to jako vysvětlit a je to smutný“; „vysokoškolsky vzdělaný rodiče ...horší domluva ...ty chytrý sou někdy horší než v uvozovkách ty jednodušší ...máma ...doktorka a to byla katastrofa“

G: „táta ...odmítavej, nevěřil tomu ...někdy něco změnit ...nevěřil ...syn má duševní onemocnění ...prostě línej a že ho špatně vychovali“; „rodina prostě odmítá ...člověk byl duševně nemocnej ...bral drogy, von je línej, von je blbej“

H: „svůj pevný názor a nás jako nebude poslouchat ...náročný ...maminka ...má svoji hlavu, nebude nás poslouchat“

5.3.5 Přínos spolupráce – „sme schopný třeba předejít nějaký krizi“

Spolupráce s rodinnými příslušníky je přínosná jednak pro sociálního pracovníka při individuální práci s klientem v rámci psychosociální rehabilitace, ale také a především pro klienta a jeho rodinu.

➤ **přínos spolupráce – pro spolupráci s klientem**



Obr. 5.7: Grafické znázornění přínosů spolupráce - pro spolupráci s klientem

Rodina je cenným **zdrojem informací**, které umožňují sociálnímu pracovníkovi vytvořit si ucelenější pohled na život a především fungování klienta. Na tom se shodují všichni participanti:

A: „otvírá pohled na toho klienta trochu jinak ...klienti se nám v nějakém světle ...představují“

B: „udělá představu o tom klientovi ...mohlo jít, co jinýho by mohlo pomoci“; „dávat si to dohromady tu mozaiku“; „spousta věcí mě napadne, až když se setkám s tou rodinou“

C: „často ukáže ...rodina sama má nějaký velkej problém ... je nefunkční“; „se ukáže ...v jiným světle ...nás to dycky hrozně překvapí“; „rodina ...vidět vlastně její pohled na toho klienta ...přinese úplně něco jinýho“

D: „vnášej nějak svůj pohled ...svý zkušenosti třeba s krizema ...klienta ...vidí to prostě z jinýho úhlu pohledu“; „je u toho víc těch lidí a otevíraj se na férovku“

E: „já věděla ...přístup k tomu klientovi má ta rodina ...jak s ním pracují ...jak se k němu doma chovají ...berou to jeho onemocnění“

F: „všechno zvládám ...přijde maminka a zjistíme ...všechno dělá maminka“; „klienti prezentují úplně jinak ...v těch rodinných příslušníků zjistíme“; „dozvíme ...který klient na sebe neřekne ...třeba nemá náhled ...si rozšíříme nějak ten názor ...šokující zjištění ...nemohla uvěřit“

G: „rodina je ...prostě obrovský zdroj všeho, zdroj informací ...zdroj podpory“

H: „jiný pohled ...něco nám popisuje ten klient ...mluvíme s tím rodinným příslušníkem ...zjistíme, že slyšíme dva úplně jiné různé neslučující se příběhy“

Participant (kromě A) hovoří o tom, že spolupráce s rodinou jim **usnadňuje** individuální práci s klientem. Rodina je nápomocná nejen při navazování kontaktu case manažera s klientem a při sestavování individuálních plánů, ale především podporuje klienta v další spolupráci se službou:

B: „rodinu ...dobrý využít, přizvat ke spolupráci“; „tak to de všechno snáz“; „bude rodinné příslušník ...se to nějak daří ...chtěj rodinného příslušníka ...na nějaký rovnocenný úrovni“; „využívám ...rodinného příslušníka k ...asertivnímu kontaktování klienta“; „získám toho rodinného příslušníka ...vytěžit ...daří líp ...velký plus“

C: „někdy se fakt s tím klientem nedá pohnout, dokud se nepohne ten rodinný systém“

D: „osvědčilo ...plán dělat za účasti někoho z té rodiny ...dá dobře pracovat ...může pomoci ten rodinný příslušník“; „rodinný příslušník vidí ...dítě z toho nějak profituje ...mu to něco přináší“; „rodina zahrnutá ...jde snáz a líp“

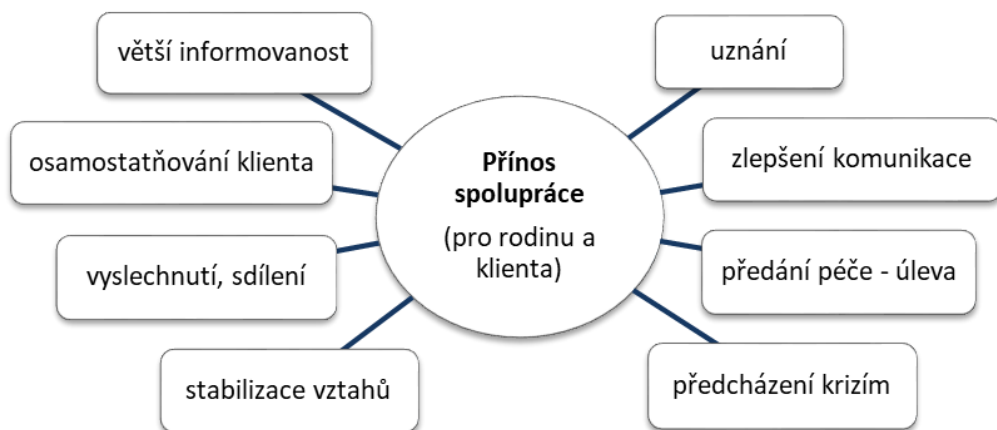
E: „podporuje víc těch lidí ...má prostě větší motivaci“; „velký přínos ...klient je otevřenější té spolupráci ...hrozí pokrok“

F: „rodiče ...podporují toho klienta ...je to tam strašně jako znát ...jistotu ...dostává stejnou podporu ze všech stran“

G: „podaří zapojit tu rodinu ...plánujeme ...je to mnohem rychlejší“; „kde se nám podaří spolupracovat ...klient velmi rychle posouvá ...práce jako efektivní“

H: „mluvíme s tím rodinným příslušníkem ...pomáhá pro nás, najít tu cestu k tomu klientovi“

➤ **přínos spolupráce – pro rodinu a klienta**



Obr. 5.8: Grafické znázornění přínosů spolupráce – pro rodinu a klienta

Dalším přínosem spolupráce case manažerů s rodinnými příslušníky klientů je pozorovatelná postupně **zlepšující se komunikace** mezi jednotlivými členy rodiny.

Participanti (kromě F) uvádějí, že v rodině často zaujímají roli učitele, mediátora, prostředníka a v některých případech i překladatele interakcí probíhajících mezi rodinou a klientem:

A: „pomáhá ...najdeme společnou řeč ...rodině ...klientovi vracím ten druhý pohled jinejma slovy“; „sem takovej jako překladatel“; „někdy skrze mě dorozuměj nebo se na něčem domluvej“; „snažím ...zprostředkovat ten pohled té matce“; „podaří vopravdu ...na něčem společně domluvit“; „funguju jako ...mediátor“; „domluvit se i s tím klientem, třeba přes někoho“

B: „mu to přetlumočím já“; „spory mezi klientem a rodinným příslušníkem ...mám hrát roli ...moderátora“; „moderuju ten jejich spor nebo neshody“; „vysvětlíme nějaký důvody ...proč s klientem pracuju na týchle zakázce ...on chtěl“; „k sobě třeba našli nějakou společnou řeč“

C: „některý věci se můžou dělat i jinak“

D: „komunikace ...votvíraj nějaký ty témata ...pomocť v té komunikaci ...připadám si ...mediátor ...na tom kompromisu ...domluvit“; „pomocť, aby se dodržovaly dohody v těch rodinách ...klient si vo to neumí říct ...tam můžu bejt já“

E: „sedíme ...povíme, vyřikáme ...vzduch jako lehce pročistí“

G: „zvykaj na něco novýho ...se bavěj o věcech, o kterejch se nikdy nebavili“; „podporou z naší strany ...klientovi ...můžete říct a můžete o tom mluvit“

H: „poradit, jak vůbec s ní má komunikovat“; „ulehčení té komunikace ...zrcadlíme, prostě interpretujeme to, co od nich slyšíme“; „pohádaný ...otevřeně komunikovat ...nedokážou ...takže to tam třeba vnášíme i my“

S pocitem **úlevy**, kterou přináší členům rodiny spolupráce se sociální službou, se setkávají všichni participanti. Rodinní příslušníci oceňují možnost využít nabízenou pomoc a to buď v podobě **předání péče** o nemocného, anebo v podělení se o ni s case manažery:

A: „uleví té rodině a možná i tomu klientovi“; „v tom nejsou sami ...vytvoříme ...pevnější záchytnou síť“

B: „zaháčkovat ...klienta do našich služeb“; „úlevu těm rodinným příslušníkům ...péče nestojí jenom na nich ...spoustu věcí může dělat někdo jinej“; „klient ...zlepší ta jeho situace ...má dopad i na tu rodinu ...tý se uleví hrozně“; „se jim ulevilo“; „jim můžeme odlehčit“; „ten rodinný příslušník ...v tom není sám“

C: „nejdou sami ...hrozně pomůžou ...věci, kerý dosud dělaj, můžou nechat na nás ...jim hrozně uleví“

D: „najednou cítí ...může někdo vzít na sebe ...doprovody ...rodina na nás ráda nechá“; „rodina ...přehodí na mě ...s tím neví rady ...se toho bojí“; „část toho břemene hodit na nás“; „vyřídím já a nemusej“

E: „nakontaktovaný ...pečujeme my“; „my je ...budeme nějak suplovat“; „zastoupíme, střídáme se tam, jezdíme ...na něj dáváme pozor ...můžeme ...vytrhnout trn z paty“

F: „voni se bojeje, ty rodiče ...aby ten dotyčnej se na ně nezlobil ...povolaj nás“

G: „reflektoval ...psychickou pohodu ...přijde domů a odpočívá ...neni jako vystresovanej a neni to náročný“; „snažíme se jim ulevovat ...přejímáme my“

H: „jezdíme hodně, vozíme hodně klienty, k lékařům, na depotky, do nemocnic“

Probíhající spolupráce case manažerů a rodinných příslušníků klienta zvyšuje šanci na včasné zachycení příznaků relapsu onemocnění. Přínos spolupráce participanti (kromě B, C, G) spatřují v možnosti **předcházet krizím**, anebo alespoň zmírňovat jejich dopad na klienta a jeho rodinný systém:

A: „sme schopný třeba předejít nějaký krizi ...velký plus“

D: „krizovej plán, když je u toho ta rodina ...má úplně ...jinej rozměr“

E: „když je pak nákej problém ...můžeme společně i rozebrat ...můžeme spolehnout jeden na druhýho ...rodina dá vědět ...dám okamžitě vědět tý rodině“

F: „volaj a choděj ...stav nák zhorší ...člověk jakoby odmítá jít k psychiatrovi ...tak co maj dělat ...chtěj rady“

H: „nám sem tam dají jako rodina echo ...že není něco v pořádku“; „když se něco děje ...dycky se domluvíme ...krizovka“

Spolupráce rodinných příslušníků s case manažery, jejíž součástí je zlepšení komunikace mezi členy rodiny, pomoc s péčí přinášející úlevu a možnost předcházet krizím, má v důsledku dopad na vztahy mezi jednotlivými členy rodiny. Participanti (kromě D) hovoří o **stabilizaci rodinných vztahů**:

A: „potřebujou ...je tam někdo, kdo to stmeluje tu rodinu ...podivně, ale funguje to“

B: „narovnaní vztahu mezi klientem a tím rodinným příslušníkem“; „narovnaní jejich vztahů“; „narovnal ten vztah s ...dítětem ...partner ...může bejt rodič“

C: „ty vztahy s tím tátou nák furt fungujou“

E: „naučit je v těch jejich věcech jako sjednocovat“

F: „říkáme tak ho nechte bejt, dyť nic špatnýho nedělá ...někdy ty rodiče člověk musí usměrnit“

G: „rodina, v tom smyslu, že jako začne věřit a podporovat toho člověka“

H: „třetí osoba je takový nákej vzrůšo ...rodič i ten klient nám chtěj říct ty věci ...upevňuje i ten jejich vztah“; „skrz nás si můžou i ten klient a rodič ...něk přefiltrovat ...uklizení si v tom vztahu“; „pomůže najít si k sobě nák cestu“

Rodinní příslušníci často využívají probíhající spolupráci k možnosti **sdílet** své pocity. Ochota pracovníků **naslouchat**, vyjadřovat pochopení a dodávat podporu, považují participant (kromě C) za další přínos rodinám:

A: „je toho asi fakt moc ...co voni chtěj ňák sdělit ...ty negativní věci, zoufalství, beznaděj“;
„posdílet, tu těžkost ...se bojeje, styděj“

B: „pomáhá ...možnost sdělit třeba to, co nechce sdělit před klientem“

D: „tu podporu, to sdílení“; „to sdílení ...strachy by s nima nesl ještě někdo jinej“

E: „pochopení ...pomoc ...potřebujou se sami vypovídat“

F: „chtěj hodně sdílet ...svoje trápení ..nemoc ...je vyslechne někdo jinej ...choděj vypovídat, vyventilovat“

G: „vědomí toho, že je chce někdo slyšet“

H: „potřebují ...péči ...voni by chtěli sami ...si vo tom s někym promluvit ...někoho, s kym by voni si mohli popovídat“

Schopnost pracovníka **oceňovat a uznávat** dosavadní péči rodiny, její obětavost a zároveň její ochotu nadále se podílet na péči o nemocného, napomáhá úspěšné a efektivní spolupráci s rodinou (B, D, G).

Participant (kromě E) považují probíhající spolupráci rodiny se službou užitečnou také v případech, kdy klient pracuje na získávání kompetencí a přebírání zodpovědnosti, jejichž cílem je **osamostatnění klienta**:

A: „osamostatnění se toho klienta jako od tý rodiny ...převzetí těch kompetencí“; „přetržení těch pout a ta samostatnost ...aby klient byl vlastně hodně samostatnej“

B: „hodně při osamostatňování klienta“; „klient je samostatnější ...někam dochází, něco se mu daří ...pracujeme na tom osamostatňování, prostě se učí všechno ...je za sebe zodpovědněj, stoupá mu sebevědomí ...to je asi nejvíc“; „najednou vstane a někam chodí ...peníze ...má vidinu, že bude třeba bydlet“

C: „rodinu přesvědčujem, ať to nechá, ať ho pustí“; „potřebujou podpořit ...člověk toho zvládne mnohem víc“

D: „rodina ráda ...vynesem ňákej ten problém ...co s nim bude ...pojmenuje ...uchopí ...se plánuje“; „ten člověk je ňák samostatnej, že dělá ty samostatný rozhodnutí“

F: „když je třeba dostanem z tý rodiny ...se to povede ...člověk de hrozně nahoru a zlepší se“; „nechtělo ...z tý rodiny tlačenej ...a vono se to povedlo ...zjistil ...lepší, než bydlet s těma rodičema ...bydlí doted'ka sám“

G: „takže se jako úplně vosamostatnil“; „ty naše lidi sou prostě dospělí a taky to podporujeme“; „zkvalitnění toho života ...osamostatnění, najití práce“

H: „víc ...separovat ...ať nejsme s tou mamkou ...ho chci v určitý momenty ...odsunout“; „aby tu zodpovědnost ...dala na tu dceru, ať jako nedělá všechno za ni ...to snažíme nějak podstrkovat ...vnést ...odvahu“

Nedostatečná informovanost rodinných příslušníků klientů, kteří vstupují do služby, jejich touha po pochopení duševního onemocnění, chybějící znalosti o péči, a téměř žádné informace o dostupných službách, vede participanty (kromě D) k přesvědčení, že právě poskytnutí dostatečného množství **informací** je jedním ze zásadních přínosů spolupráce:

A: „problematice víc dozvědět“; „rodiny nejsou informovaný“

B: „přijdou úplně nepoznamenaný tým, co to všechno obnáší“; „volají ...po informacích, edukace, informace, jak to bude, co dělat“

C: „rodina ...nemoc moc nechápe ...nemá úplně představu o tom, co to obnáší“; „se rozšiřuje ...povědomí o tom, co vlastně ta duševní nemoc je zač“

E: „chce edukovat o své nemoci“; „hledají nějakou edukaci“; „edukaci a pomoci s různými dávkami a důchody“

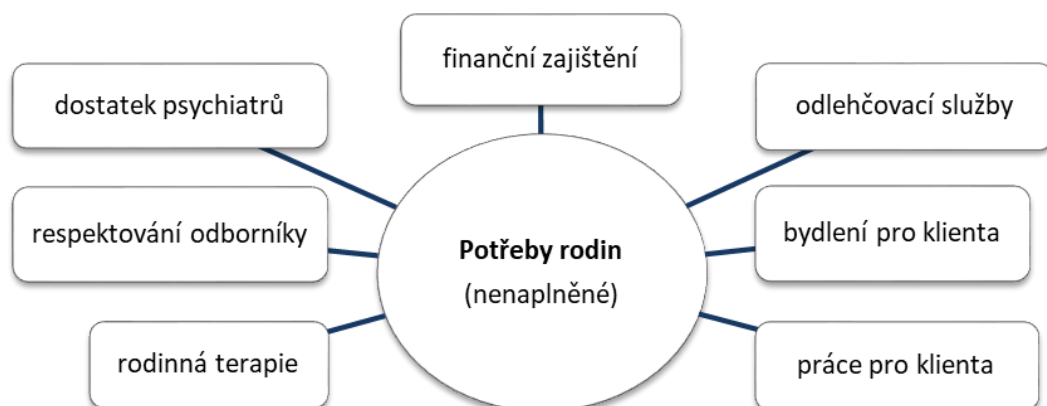
F: „neví, kam si má jít něco zjistit ...voni v podstatě ty informace nemaj“

G: „o nás nevěděli, že nás neznali ...nikdo jim o nás neřek ...řikaj ...dávaj víc vědět“

H: „dostanou hodně informací jako reálných ...zkušenosti, co se může a nemůže dít“

5.3.6 Nenaplněné potřeby rodin – „aby s nima víc mluvili psychiatři“

V rozhovorech s participanty se objevuje téma týkající se nenaplněných potřeb rodin klientů. Jde o nedostatek služeb pro rodiny, které považují participanti za užitečné, ale také zmiňují potřeby, po kterých volají samotné rodiny.



Obr. 5.9: Grafické znázornění nenaplněných potřeb rodin

Participant (A, B, G) hovoří o absenci sociálních a zdravotních služeb pro rodiny lidí se SMI, které by poskytovaly ambulantní a lůžkové **odlehčovací služby**. Dále se participant (A, B, C) zmiňují o chybějící koncepci **dostupného bydlení pro klienty**, které je důležitou součástí psychosociální rehabilitace vedoucí k osamostatnění dospělého člena rodiny. Podobně komunikují participant (C a G) přetrvávající **nedostatek pracovních příležitostí** pro lidi se SMI.

Pouze jeden participant (G) hovoří o nedostatku **ambulantních psychiatrů** a stále nízké kvalitě poskytovaných zdravotnických služeb, konkrétně **ústavní psychiatrické péče**.

Participant (B, C, D a E) se zmiňují o tíživé **finanční situaci rodin**, která postihuje nejen samotnou rodinu, ale omezuje i možnosti klientů vedoucí k úspěšné psychosociální rehabilitaci:

B: „vítaj, aby neměli třeba finanční zátěž ...aby se jim ulevilo jako finančně, aby to netáhli sami, aby někdo jinej řešil“; „finance ...překážka pro spoustu odejít samostatně, sou doma a dělá to problémy“; „zlepšení finanční situace“

C: „rodiče sou na tom špatně, nemaj moc peněz ...nemaj zdroje ... finance“

D: „lepší ekonomický podmínky“

E: „potřebujou pomoc celkově s tou finanční stránkou ...hodně jako rodičů plave“

Pět participantů (kromě E, F a H) považuje za důležité, aby rodiny měly možnost docházet na **rodinnou terapii**. Zmiňují však špatnou finanční, časovou i místní dostupnost této odborné terapeutické péče pro rodiny:

A: „formy rodinný terapie“; „terapie ...intenzivnějc pracovat ...narušený vazby můžou něk narovnávat ...rodinný prostředí ...měnit k tomu ...schopný ...mluvit“

B: „formy rodinný terapie by byly hodně užitečný ...tři týmy fungujících rodinných terapeutů, tak je naplníme ...to nemáme“; „něká rodinná terapie ...kerá by pracovala i s našema rodinama“

C: „terapie, to by mi přišlo jako hrozně dobrý“

D: „potřebovali místo mě někýho terapeuta“; „rodinnou terapii ...by bylo moc prima“; „psychoterapii by potřebovali, rodinnou terapii“

G: „psychoterapeutický pomoci ...rodina i volá“; „větší dostupnost psychologické, psychoterapeutické podpory“

Participantů (kromě B a H) se shodují v tom, že rodinní příslušníci klientů se často setkávají s **nedostatkem respektu** k jejich roli primárních pečovatelů od zdravotnických odborníků. Především v psychiatrických nemocnicích a v ambulancích psychiatrů rodiny naráží na odmítání. Nejsou přizývány ke spolupráci a považovány za důležitou součást péče o nemocného. Omezená nebo zcela chybějící komunikace ze strany zdravotníků se projevuje v nedostatečné informovanosti rodin o průběhu nemoci a stavu jejich blízkého:

A: „rodiny nejsou informovaný ...nakolik je psychiatr třeba ochotnej s nima mluvit“

C: „Kosmonosích nebo v Sadský s nima ...nemluvej. Nejsou vůbec aktivní ...rodina má ...pocit ...nic neděje, že ho tam nijak neléčí nebo nevěděj, co se s nim děje“; „systém nenabízí moc podpory pro tu rodinu ...není moc jednoduchý dostat ...do léčebny ...rodina už je unavená ...klient ...je doma ...agresivní a ohrožuje je, a ohrožuje sousedy a nedá se s tím vlastně nic udělat ...nedobrovolný hospitalizace sou náročný ...je provísta“; „potřebujou vědět víc vo tý nemoci ...větší komunikaci s téma institucema“

D: „velkej respekt před téma doktorama ...zdravotnickejma zařízeníma ...obávaj na něco zeptat ...vono je to takový děsivý ...psychiatrický nemocnice“; „aby s nima víc mluvili psychiatři, praktický doktoři ...zdravotnictví ...bylo nák kamarádštější ...nikdo jim neříká ty pravidla“

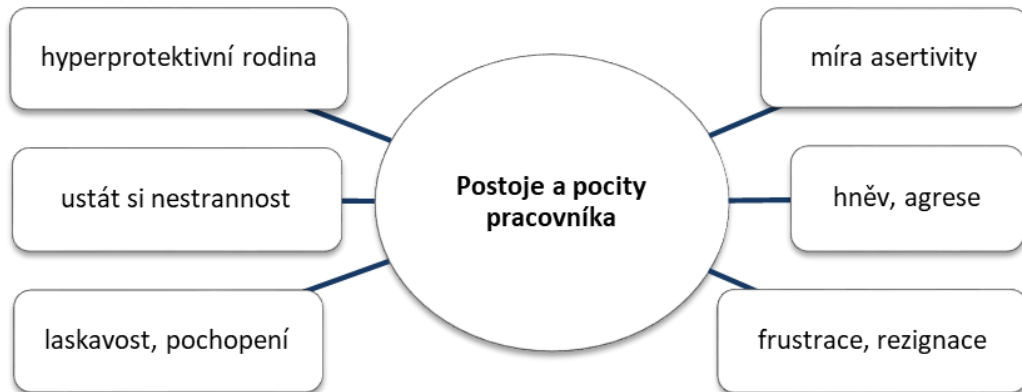
E: „nesetkala ...by přišel rodič ...edukovanej už z léčebny ...to smutný ...co má dělat, jak pečovat“; „naprosto needukovaný ...propuštěný z tý léčebny ...rodiče si ...nevědi rady“; „nemaj základní informace po propuštění“

F: „maminka zoufalá, jde za psychiatrem ...nebude bavit ...dospělej, svéprávněj a nic jí neřekne“; „psychiatr odmítá s tou rodinou mluvit ...léčebně vlastně taky ...rodina ...od začátku vodtržená“; „nevědi diagnózu ...dokud von jim ji sám neřekne, nedostanou se ...lékařskejm zprávám ...rodičům žádnej doktor nesdělí ...nemaj šanci to ...zjistit“

G: „stěžujou si ...sou od těch profesionálů ...ty poslední ...nejsou ...zatahovaný do tý spolupráce ...neposlouchaj je“; „informace o těch duševních onemocněních“

5.3.7 Postoje a pocity pracovníka – „rodiny to maj strašně těžký“

Komunikované postoje a pocity pracovníků spojené s prací s rodinami klientů vycházejí z osobních i profesních zkušeností participantů.



Obr. 5.10: Grafické znázornění postojů a pocitů pracovníka

Participant (A, B, C, F) se zamýšlí nad efektivitou a **mírou asertivního** a opakovaného kontaktování rodin, které o spolupráci se službou nejeví zájem:

A: „asertivního kontaktování ...nejsem s tím úplně za jedno ...respektuju ...párkrát zkusím, ale nejsem ...úplně dotírala“; „když ten zájem hned nevzbudím, tak to nechám být“

B: „musí se opatrně ...zacházet ...by mohl třeba někdo nezkušený nadrobit třeba i víc škody“

C: „v míře té asertivity ...hodně nerad lidem něco vnucuju ...hodně se jako podbízet, pořád je kontaktovat ...voni takovej zájem nemaj ...já nerad dělám“; „vnucování je dycky trochu nepříjemný“

F: „můžeme ...asertivně nabízet, kontaktovat ho ...nedonutíme ke spolupráci ...násilím to jako nejde“

Postoj participantů k práci s rodinami klientů je ovlivněn přístupem některých rodinných příslušníků, kteří o nemocného člena rodiny pečují nadměrně. **Hyperprotektivní péči** rodičů považují participant (kromě B) za ztěžující, někteří dokonce za škodlivou:

A: „sou opravdu velmi pečující ...až takovej projekt ...to dítě ...jako že by neměli skoro jinou náplň životní ...je tam obrovský strach ...bylo na tom takový to těžký“; „rodina velmi přeje ...klient nák fungoval ...ho strašně zneschopňuje“; „klienti ...museli protlouct ...sami ...líp fungujou, než ti klienti, který setrvávají v té rodině“

C: „nikdy nemocnej není jen ten klient, ale celej ten systém ...ohromný téma ...ta nadměrná péče ...maminek, kerý nedokážou povolit“; „přepečovávající maminky ...není mi někdy příjemný pracovat s ...rodinou, kde je taková maminka“; „rodiny si je tak šušňaj“

D: „to tak jako tolerujou ...ho pořád držej a pomáhaj“; „zaběhaný ...stereotypy ...sou starý a že nastane ten problém ...neumožněj ...vemou zpátky k sobě ...udržej u sebe a nepustěj ho“; „maminky tak obětovávají“

E: „rodiče sou hrozně pečující ...aktivní“; „rodina ta pečující a taková ta přehlcoující až moc“; „úzkostný rodiče ...pečující, mají strach vo svoje děti“; „sou přepečovávající“

F: „ochranářskej postoj ...chráněj, bráněj, ...maminku ...posílá pro marihuanu ...vona se ho bojí“; „maminky ...musej to řídit ...přes nás ...snažej to ovlivňovat“

G: „jedna matka ...vona je hyperprotektivní ...hodně takový náročný“; „typy těch hyperprotektivních matek ...tendenci ty klienty tahat vod těch rodin, než ...do tý spolupráce i tu hysterickou matku ňák vtahovat“

H: „složitý vztah s maminkou ...pořád jí kontroluje, pořád jí hlídá, kecá jí do všeho“

Náročná role case manažera, spolupracujícího s rodinnými příslušníky klientů, klade dle participantů (kromě B, D, G, H) velký nárok na zachování si jejich **nestrannosti**. Náročná jsou pro ně především setkání, ve kterých si jednotliví rodinní příslušníci prosazují své často protichůdné názory:

A: „ste vlastně mezi dvouma mlýnskejma kamenama ...bylo jako vopravdu těžký ...pro vobě strany ...rozdělit tu energii mezi toho klienta ...dát prostor i tý rodině a ňák jako diplomaticky a chápat“

C: „náročný ...každej má ňáký svý zájmy a svý hlediska ...je to dycky strašně těžký“

E: „neumíme pracovat ...spolupráce s těma rodinama ...hrozně těžký ...věnovat se tomu rodičovi individuálně ...každej má jiný potřeby“

F: „byla našťvaná na mě ...sem se snažila udržet nějakej neutrální postoj ...nemluvila se mnou ...vočekávala, že já se přidám na její stranu a budeme ho tady pranýřovat“

Přes veškeré výhrady k jednotlivým případům a přes náročnost práce s lidmi se SMI, je patrný u všech participantů **laskavý a chápat přístup** nejen ke klientům, ale i k jejich rodinným příslušníkům:

A: „rodiny sou někdy takový ztracený“; „obrovsky těžký se toho klienta vzdát, pustit ho do toho života s tou nemocí“

B: „vyčerpání, kerý vyloženě chápu“; „opečovat ...politovat ...nemaj jednoduchý ...udělali, co je v jejich silách“

C: „vidim jakoby únavu tý rodiny“

D: „sou pro ně těžký“; „mi to přijde, že to maj strašně, strašně těžký“

E: „maminka ...byla zoufalá“; „přijde pak jako hrozně smutný“; „je to pro ně náročný ...se jim změni vo sto procent život ...ztrácej práci, měni práci, přerušujou se vztahy“; „je mi líto toho klienta“

F: „líto ...těch klientů ...rodiče ...měli mít taky diagnózu ...panebože, jak může bejt normální“; „je na tom chudák tak špatně ...nutí ho chodit cvičit ...nebožák je věčně hladovej“; „sem si říkala ...tý ho vzít ...se měl tak dobře“

G: „nechtějí, což je jako pochopitelný, ale respektujeme to, když to nejde ...necháváme být“; „bylo to jako těžký ...von byl nešťastnej, rodiče byli nešťastný“

H: „nemá žádnou naději a to mně přijde jako hodně smutný“

Prožívané a ve většině případů skrývané **pocity hněvu a agrese** zmiňují participanti (kromě B) převážně v souvislosti se situacemi, ve kterých přetrvává odmítavý postoj rodiny ke spolupráci, probíhá násilí nebo nějaká forma patologického chování:

A: „nedokážu ...mlčet ...někdy to se mnou teda cloumá“; „blbě mi v tom je ...bych přeskočila ten stůl a tu mámu bych prostě chytila pod krkem ...vytřásla to z ní ...se mi možná uleví, jako když si to přehraju, tak se mi trochu uleví“

C: „sme ...někdy našťvaný“; „sme ňák předem našťvaný“; „pocit, že se nemůžu zlobit na ...klienty ...někdy vylejváme na těch rodinách“; „to ste způsobili svejm dětem ...prostě nespadlo z nebe ...souvisí s tou našťvaností ...si říkam ...vy ste vlastně strašnej rodič“

D: „vlastně mě to znechucuje ...ten přístup“

E: „mám ...co dělat, abych se udržela ...ho z toho bytu ňák nevykázala ...hrozně se to ve mně pere ...mě jako osobně hrozně sžírá a hrozně mě to ...na těch schůzkách jako ničí a mrzí“; „úplně proti srsti ...návštěvy tam podnikat ...mám sama co dělat ...jednala ňák furt slušně“

F: „někdy by bylo dobré ho té rodině odebrat“; „rodičema není vůbec řeč, a nutěj ty klienty ...úplně špatně“; „některý maminky mi lezou na nervy ...fakt náročný“; „mě až zaráží ...rodiče nechaj to dítě se v tom plácet ...neřešej a nechtěj to řešit, že tomu jako nerozumim ...už sme řekli dost, takhle to dál prostě nejde“; „vůbec s ní není řeč, tu bych taky nejradši zatloukla do země ...je ...příšerná“

G: „nechci pracovat ...na to nemám trpělivost, protože sem na ně našťvaná někdy ...našťvaná ...se vlastně jako vůbec nedivim, že ten člověk jako blázní ...musim se jako hlídat ...abych ji neřekla, hele ty vole, tak se na sebe podívej“

H: „sem tam seděla ...na sebe všichni řvali ...řekla ...je mi to jako nepříjemný ...z té schůzky odejdu ...sem to prostě nevydržela ...razantně řekla, ne ne, jako sory, kvůli tomu tady nejsem“; „pokud my sme fakt jako rozrušený ...může dopadnout taky špatně“

V rozhovorech s participanty (kromě E, G, H) se opakovaně objevují **pocity frustrace a rezignace**. Participanti je prožívají v různých interakcích s klienty a jejich rodinami, především pokud se ani po delší intenzivní spolupráci stav klienta nelepší, anebo pokud není rodina schopná či ochotná ke zlepšení jeho stavu přispět:

A: „mi to přišlo jako hodně marný“; „snažit ňák vetřít do přízně nebo ji vybízet ...až člověk taky vzdá“; „když ten zájem hned nevzbudim, tak to nechám bejt“

B: „se mi do ní nechce opakovaně ...rodinný příslušníci ...mě nemusej“; „spolupráce nedaří ...to nebaví ...sem frustrovaná ...zkouším míň a míň ...potom nezkouším vůbec ...že to nejde ...je frustrující“

C: „se můžem ...snažit zlepšit ňákou péčí ...práci s rodinama ...větší kulturu ...neni moc co udělat a změnit ...sme málo citliví“; „někdy zdaj dost beznadějný ...já to někdy vzdávám ...tomu nedávám tolik energie“

D: „pocit ...investice tý energie a práce ...neposunuje ...po určitý době přestane bavit ...se namáhám a zájem ...neni“

F: „takový beznadějný“; „zvláštní symbióza ...klienti se vod těch rodičů nechtěj odpoutat ...na sobě tak závislí ...nikdy je třeba nevpustěj ...vod desíti k pěti ...prostě nechtěj“; „hrozná škoda ...ještě něco dělat, ale nejde to“; „nechce s náma komunikovat, pracovat ...nic nenaděláme“; „člověk vidí, že je to tam blbě všechno ...zas nás teda nakontaktujou, zas to jako vypadá ...zas na novo“

5.3.8 Potřeby pracovníka – „mít v týmu rodinného psychoterapeuta“



Obr. 5.11: Grafické znázornění potřeb pracovníka

Jednou z komunikovaných a zdůrazňovaných potřeb sociálních pracovníků je doplnění si dalšího **vzdělání** a zvyšování kvalifikace. Participanti (kromě D a E) hovoří o užitečnosti absolvovat psychoterapeutický výcvik a více kurzů zaměřených na práci s rodinou či skupinou:

A: „školení ...techniky a metody, jak pracovat s rodinou nevim ...poznat z hlediska tý teorie nějak blíž ...vzdělání ...seminář“; „naučit pracovat i s téma rodinama, kde to násilí se nějak objevuje“

B: „kurz ...je hodně užitečný ...zaměřený na práci s rodinou ...motivační kurzy, motivační rozhovory ...open dialog“

C: „výcvik ...jak víst ten rozhovor s tou rodinou“; „intenzivnějc ...vzdělávání“

F: „schází ...pětiletý výcvik ...by se hodil ...další vzdělání ...kurzů práce s rodinami ...rodinný terapii“

G: „prospěl nějaké psychoterapeutické výcvik ...v systemice“

H: „kurzy ...mám ráda konkrétní příklad ...z praxe ...týká těch rodin“; „jezdít na kurzy“

Nadměrné množství klientů, zahlcenost individuální práci s nimi a dalšími pracovními povinnostmi, zabírá case manažerům většinu pracovní doby. Participanti (B, C a H) vnímají potřebu mít v rámci pracovní doby **více času**, který by měli vyhrazený pro práci s rodinami klientů, a nebyla by jen okrajovou záležitostí:

B: „na práci s rodinou potřebujeme čas ...reagovat pružně, když oni potřebují, chtějí“; „mít víc času ...daly dělat věci pěkný ...abysme svolali tu schůzku co nejrychlejc, kdy je potřeba“; „máme toho hodně“

C: „čas ...vznikne cedézetko ...fungovat dvacetčtyři sedm ...líp se s tou rodinou setkávat“

H: „lítáme jak ufa od jedné schůzky na druhou ...den je krátký, někdy celý týden je krátký“

Participanti (kromě A, E, F) by uvítali větší **podporu** týmové spolupráce, personální rozšíření **týmu** o další profese, např. rodinného terapeuta či peer konzultanta – rodiče. Pouze jeden participant (D) by navíc ocenil větší **péči** a benefity pro pracovníky:

B: „musím cejtít ...podporu toho týmu ...dyž netáhnem za jeden provaz, to taky člověku nepřidá“

C: „důležitý ...terapeuticky zdatnej ...větší podporu od organizace nebo systému“

D: „kdo umí pracovat terapeuticky s tím rodinným systémem ...bomba“; „větší péče ...vo ten tým a psychohygienu ...relaxaci s imaginací“; „více pečováno ...poukázky na plavání v bazénu zadarmo nebo sadu nějakých masáží ...pocit, že někdo taky pečuje vo mě ...schopná ze sebe dostat ...lepší výkony“

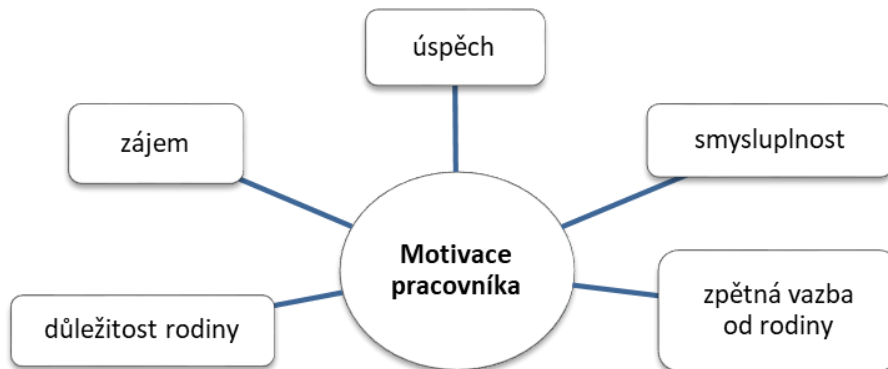
G: „někoho ...věnovat čistě tý rodině ...psychoterapeutický pomoci ...mít v týmu rodinného psychoterapeuta“

H: „uvítali ještě jednoho toho pára jakoby pro rodiny“; „chtěli ještě pára rodiče“

Lepší **finanční ohodnocení** profese sociálního pracovníka zmínil během rozhovoru pouze jeden participant (D).

D: „schází víc peněz ...kdyby motivace z tady toho směru, kdyby byla větší ...sem iniciativní až teda někam ...potěšilo“

5.3.9 Motivace pracovníka – „z toho má člověk dobrej pocit“



Obr. 5.12: Grafické znázornění motivace pracovníka

Všichni participanti se shodují na tom, že **zažít si úspěch** a mít dobré výsledky patří mezi zdroje motivace k další spolupráci s rodinami klientů. V rozhovorech je patrná schopnost participantů nalézat i v tak náročné práci leckdy nepatrné, jindy zlomové úspěchy a mít z nich radost:

A: „von nemůže bejt sám ...a teď klient je doma sám ...docela velkéj úspěch“

B: „sou zisky nenahraditelný pro ty rodinný příslušníky ...se asi nedá ani vyčíslit, když se to povede ...když se to daří ...to je hodně dobrý“; „z toho má člověk dobrej pocit ...se něco povedlo“; „třeba teď se mi to povedlo, osvědčilo“

C: „se to fakt hezky ukázalo ...kolegyně tohle vnímaj hodně podobně ...příkladem úspěšným“; „setkáváním neustálím ...je na tom líp ...ty věci se povedly“

D: „je fajn, když se povede“; „najednou vlastně uslyší ...bomba ...je prostě skvělej“; „mám pak radost z toho, naberu syna, naberu tátu ...sedí a poslouchá“; „práce se nějak zúročila“; „vysloveně mám radost ...vidim, že je nák spokojenej ...pěkný ...přináší benefity“

E: „fajn ...spolupráce funguje ...je ten přínos“; „se mi podařilo ...společněma silama ...zrehabilitovali ...spolupráce byla skvělá celý rodiny“; „se povedlo nám všem ...spolupráce byla fakt jako super“

F: „to je právě ten dobrej příklad, že dcera neměla náhled, ale maminka vod začátku jo, byla vlastně edukovaná“

G: „nás to těší ...ta práce začne dařit a najednou se změní život tý rodiny a toho klienta“; „zažití těch úspěchů, kde se to prostě podařilo ...výsledek stojí za to“

H: „fajn pocit mívám často ...vau u té maminky ...sem z toho byla tak jako příjemně překvapena“

Dalším faktorem přispívajícím k motivaci pracovníka pokračovat v práci s rodinou, na kterém se participanti shodují, je její **smysluplnost**. Všichni participanti věří, že práce s rodinnými příslušníky klientů je důležitou součástí psychosociální rehabilitace klienta a je třeba se o ni stále znovu a znovu pokoušet:

A: „ta práce dává smysl ...naplňuje ...fascinuje“; „někdo stojí pořád za to to jako někdo zkoušet“

B: „dycky se dá najít nějaká společná řeč“; „víra v to, že to k něčemu bude“; „opečovanéj, ošetřenéj, s nadějí, tak to je prostě dycky dobrý“; „se třeba něco změní, podaří, si oddechnou ...dobrý“

C: „mně se to líbí ...má nějakou účinnost ...se vytváří i pro ně nějaký společenství“; „mě překvapuje, jakou cenu má dlouhodobá spolupráce ...nakonec se možná něco stane“; „nikdy nevím, co sem udělal ...se to někdo změnilo ...dává i naději, že se to změnit může“; „je to systém ...to má smysl“; „sem rád, že s ní jako pracuju, že se to pořád zintenzivňuje a že je to dobrý, že je to dobrá cesta“

D: „přesvědčení, že je to dobrý, že se to osvědčilo ...klient je jako jedna částka toho rodinného systému ...dává někdo celý smysl“; „naděje, že nikdy neříkej nikdy ...se to stane a dobře“; „hrozně přínosný a dobrý“; „připadá užitečný“

E: „víra v to, že to tam snad někdo zlomím ...se pokouším někdo motivovat“

F: „u všech těch klientů ...v dobrým stavu a ta rodina je někdo do toho zapojená a funguje to“; „smysl ...dobřej vliv, když ta rodina je do toho zapojená, a podporuje toho člověka“

G: „fakt jako vnímám jako důležitý ...vlastně se začnou dít zázraky“; „u každého klienta ...pracovat s rodinou, vnímám to jako důležitou součást té spolupráce“

H: „z posledního kurzu si dycky vzpomenu: najít co, co v té rodině funguje a posílit to“

Uznání významnosti role, kterou **rodina v životě klienta** zastává, považují participanti (kromě B, E a G) za podstatnou součást jejich motivace k práci s rodinami klientů. A to i v případech, kdy je rodina odmítající nebo tzv. patologická:

A: „rodina ...patří do toho života toho klienta“; „sou nesmírně důležitý pro toho klienta ...pořád stojí ...klientem o té rodině mluvit, ptát se ...téma velký ...často o tom mluvěj ...loučí s tím životem ...chce být s tou rodinou a chce ty vztahy někdo narovnat“

C: „sou ta rodina a můžou nakonec udělat mnohem víc ...je podpoříme ...spoustu věcí nemůžem udělat a ta rodina jo“

D: „větší důvěru ...pocit většího bezpečí ...není sám“; „nemocnej k tomu potřebuje ...rodina je prostě neodmyslitelná ...nejde odstříhnout od ...klienta“

F: „bez toho to ...nefunguje, když ta rodina ...není zaangażovaná“; „všichni ...edukovaný, schopný, tak ji motivovali, povzbuzovali ...se to nakonec povedlo“

H: „rodina vyplave ...je to téma ňáký, důležitý“; „vona za ni stejně bude ...je to prostě její mamka ...pouto nejde jako úplně rozbít ...to potřebuje“

Ocenění jejich práce a pozitivní zpětná vazba **od rodin** klientů, které se case manažerům dostává, povzbuzuje participanty (kromě A, C, F) k opětovnému navazování a pokračování v práci se sociálním okolím klientů:

B: „spousta těch rodinných příslušníků děkuje vlastně nám“

D: „voni to voceňujou ...někdy i řeknou“

E: „rodiny sou za nás jakoby vděčný“

G: „strašně hezký ...byl rád, že nás vidí a ptal se mě, jak se mám ...řikal, že je to fajn a sám reflektoval ...tomu už vůbec nevěřil“; „zpětný vazby sou vlastně dost často dobrý ...řikaj, sme vůbec rádi, že něco takovýho existuje“

H: „máme jako dobrou zpětnou vazbu“

Participanty (kromě C, E, F a G) v rozhovorech připouštějí, že jedním z důvodů, proč se práci s klienty se závažným duševním onemocněním a jejich rodinami věnují, je jejich osobní **zájem o lidi a jejich příběhy**:

A: „mě ty příběhy ňák zajímaj ...psychika nebo ty duševní nemoci ...dycky nějak zajímalo“

B: „mě zajímaj ty příběhy těch klientů ...setkat se s tím rodinným příslušníkem ...zajímavá zkušenost ...jeho příběh“; „to mě baví ...pokaždý jiný ...vzrušo ...bejt kreativní“

D: „jeho příběh z mého pohledu posouvalo ...fajn směrem ...mý nadšení pro tu věc“; „mám ráda příběhy ...klientů“

H: „mám ráda konkrétní příklad ...osobní příběhy z praxe“

6 Shrnutí výsledků

Výzkumná otázka:

Jak přistupují sociální pracovníci k práci s rodinou lidí s duševním onemocněním?

Sociální pracovníky, se kterými jsem měla možnost vést v rámci výzkumu rozhovory, charakterizovalo několik společných znaků. Vizuálním zkoumáním jsem pozorovala, že všichni bez ohledu na jejich věk, sociální status či vzdělání byli usměvaví, otevření a vstřícní lidé. Vystupovali profesionálně, sebevědomě a ochotně se vyjadřovali k otázkám kladeným k jednotlivým tématům. Během rozhovorů se však na povrch dostávaly i pocity nespokojenosti spojené s vyčerpáním, zklamáním a přetrvávajícím nedostatečným respektem od ostatních profesionálů. Ačkoli bylo součástí jejich sebeprezentace příjemné a podporující vystupování, bylo za ním patrné i rozmanité spektrum emocí, spojených převážně s vybavováním si jednotlivých případů.

V rozhovorech si sociální pracovníci k nalézání odpovědí často pomáhali uváděním konkrétních příběhů spolupráce s rodinami klientů, a to dle charakteru otázek buď úspěšných či neúspěšných. Jejich emoční ladění bylo těmito vzpomínkami ovlivňováno. Střídavě projevovali radost z úspěchu či naopak frustraci z marně vynaloženého úsilí. Škála jejich zkušeností byla rozmanitá a vedla k zajímavým výsledkům.

Přístup sociálních pracovníků je dle výsledků analýzy ovlivňován převážně dosavadními zkušenostmi. Jednou ze zásadních zkušeností, která měla vliv na postoj pracovníků ke spolupráci s rodinami klientů, byla „dobrovolně povinná“ účast v projektu RACT. Přes některé výhrady k metodice hodnotí pracovníci svou účast v projektu jako velmi přínosnou, neboť jim nejen umožnila rodiny asertivně a cíleně oslovovat s odvoláním na plnění svých pracovních povinností, ale byli k tomu i nepřímo nuceni. Před započítím projektu se kontakt s rodinnými příslušníky klientů omezoval na představení poskytované sociální služby a případný občasný kontakt, tzv. dát o sobě vědět. Pracovníci přistupovali k rodinným příslušníkům s respektem k jejich soukromí, snažili se je nezatěžovat, a pokud sami rodinní příslušníci nepožádali o spolupráci, tak neprobíhala. Projekt RACT otevřel pracovníkům nejen dveře ke spolupráci v rámci individuálního plánování s klientem, ale přizval rodinné příslušníky i do nově vzniklých aktivit: psychoedukace pro rodinné příslušníky a svépomocná rodičovská skupina. Obě aktivity organizované Fokusem MB byly hojně navštěvovány a staly se jednou z cest vedoucích

k leckdy izolovaným rodinám. Velmi prospěšnými se ukázaly především při navazování spolupráce s rodinami, které se s onemocněním setkaly poprvé.

Sociální pracovníci se v průběhu zmiňovaného projektu potýkali během oslovování rodin s mnoha rozličnými reakcemi od naprostého odmítnutí, přes výmluvy, strachu ze stigmatizace až po vstřícnost a vděčnost rodin za pomoc vnímanou jako „podanou ruku“.

Pokud rodina i klient se spoluprací souhlasili, byla to paradoxně pasivita klienta, která spolupráci s rodinou umožňovala. Čím byl klient pasivnější, tím více prostoru zbývalo pro navázání a průběh spolupráce case manažera a rodiny klienta. Sociálním pracovníkům k navázání a udržení spolupráce napomáhá dovednost asertivního kontaktování, jejich odbornost, dosavadní profesní i osobní zkušenosti, spolupráce s ambulantními psychiatry a psychiatrickou nemocnicí, týmová spolupráce a v neposlední řadě využívání supervize. Dalšími nápomocnými faktory jsou schopnost vyvolat zájem rodiny o službu a její možnosti, partnerský přístup k rodině, schopnost a ochota rodině naslouchat a s tím související i trpělivost pracovníka. Za jeden z nejdůležitějších faktorů v navázání a trvání dobré spolupráce s rodinami považují case manažeři zapojení dalšího člena týmu a to peer konzultanta – rodiče. Právě na peer konzultantovi v některých týmech spočívá převážná část práce s rodinou.

Oproti tomu naprosto znemožňuje navázání spolupráce s rodinou výslovný nesouhlas klienta a to v jakékoli fázi třeba již započaté spolupráce. Pracovníci si stěžují na chybějící čas na práci s rodinou pro zahlcenost individuální prací s klienty. Chybějící dovednosti především v oblasti vedení rozhovoru při práci se skupinou, která mnohokrát nabývá podob rodinné terapie, pracovníky znejišťuje a zatěžuje. Obtížně se jim navazuje kontakt s rodinami, ve kterých se objevuje patologické chování jako je závislost na návykových látkách, násilí či nějaké skryté a neléčené duševní onemocnění. Podobně náročná je spolupráce s rodinami zahlcujícími či zneužívajícími službu, nebo s rodinami, které nemají náhled na onemocnění člena jejich rodiny či jeho nemoc skrývají. Časová a místní nedostupnost některých rodin, stejně tak jejich vyčerpání a rezignace po leckdy mnohaletém vynaloženém úsilí o péči nemocného, bývá vážnou překážkou v navázání a trvání spolupráce se sociální službou.

Přes veškerá úskalí vnímají case manažeři spolupráci s rodinou jako velmi přínosnou. Práce s rodinou je jim nejen cenným zdrojem informací doplňujících pohled na situaci klienta, ale především jim zapojení rodinných příslušníků do spolupráce usnadňuje směřování ke společnému cíli, kterým by mělo být zlepšení sociálního fungování klienta.

Sociální pracovníci spatřují svůj přínos pro rodiny především v zavedení a učení zdravější komunikace v rodině a v úlevě, kterou podělením se o náročnou péči o nemocného rodině přináší. Další přínosem je pomoc s předcházením krizí v podobě relapsu a pomoc se stabilizací vztahů mezi jednotlivými členy rodiny. Rodině také poskytují vyslechnutí a možnost sdílet s někým důvěrným jejich příběh. Sociální pracovníci jsou často jedinými, kteří dosavadní starost a péči rodiny o nemocného uznají a ocení. Jedním z důležitých přínosů spolupráce je pro rodinu získání potřebných informací o onemocnění, službách a možnostech pro lidi s duševním onemocněním. Navázání dobré spolupráce s rodinami je nápomocné na cestě vedoucí k osamostatnění klienta.

Sociální pracovníci se opakovaně setkávají s potřebami rodin, které jim nemohou, ať už z omezených pravomocí či nedostatku dalších služeb, pomoci naplnit. Rodiny často volají po chybějících odlehčovacích službách, stěžují si na nedostatek sociální bytů, na nedostatek vhodného zaměstnání pro duševně nemocné a na nízké finanční zajištění lidí se SMI. Finanční a místní dostupnost rodinné terapie považují case manažeři za jednu z důležitých nenaplněných potřeb rodin, ačkoliv rodiny ji sami nekomunikují.

Sociální pracovníci se během snažení o navázání spolupráce s rodinami, které od nich vyžaduje asertivní přístup, leckdy dostávají do vnitřního konfliktu s vlastním nastavením, které je více tolerantní a respektující. Vzbouřené emoce v nich vyvolává také chování některých rodinných příslušníků, kteří svou hyperprotektivní péčí ztěžují psychosociální rehabilitaci klienta. Case manažeři připouštějí, že jsou chvíle, kdy se při práci s rodinami potýkají s různými negativními pocity a emocemi, mezi které patří vnitřně prožívaná agrese a hněv. V dlouhodobějším horizontu práce se objevují i pocity frustrace a rezignace. Prožívání negativních emocí však pracovníkům nebrání v tom, aby i nadále přistupovali ke klientům a jejich rodinám s laskavostí, pochopením a podporou.

Potřeby sociálních pracovníků se v rozhovorech objevovaly ojediněle. Převážná většina volala po dalším vzdělávání, především v rodinné terapii či kurzech spojených s tematikou práce se skupinou, někteří si přejí více času na práci či větší podporu a péči jejich týmu.

Motivace pracovníků k pokračování v práci s rodinami klientů je vedena jednak pracovními dílčími úspěchy, ale i vnímáním smysluplnosti práce s rodinou klientů a uvědomování si důležitosti přítomnosti rodin pro samotné klienty. Neopomenutelná a posilující je pozitivní zpětná vazba od rodin a vlastní zájem pracovníků o příběhy lidí s duševním onemocněním.

7 Diskuze

V této kapitole se budu zabývat diskuzí nad výsledky této práce, neopomenu se podívat na limity výzkumu a doplním ji o podkapitolu, ve které uvedu přehled doporučení pro praxi vycházející z výsledků tohoto výzkumu. Výsledky analýzy rozhovorů se v mnoha oblastech shodují s tvrzeními uvedenými v teoretické části. Zejména výsledky týkající se motivace sociálních pracovníků, mezi něž patří zažívaný úspěch, ocenění od rodiny a vnímání smysluplnosti jejich práce, se shodují s výsledky výzkumu Houškové (2018). Oba výzkumy se shodují také v přínosu vzájemné spolupráce, kterým je získání oboustranně cenného zdroje informací. Výskyt prožívaných pocitů frustrace a rezignace koresponduje s výsledky výzkumu provedeným Solomonem a kolegy (2010), který potvrdil výskyt těchto pocitů nejen u rodinných příslušníků, ale také u profesionálů.

Jedním z předpokladů této rigorózní práce bylo, že sociální pracovníci budou nahlížet na práci s rodinou primárně jako na zatěžující, budou rodinu vnímat jako patologickou a konečně, že jejich postoj k práci s rodinou bude odmítavý. Tento předpoklad se potvrdil pouze z části. Práce s rodinou je pro sociální pracovníky něčím tzv. navíc, něčím, co v náplni své práce doposud neměli automaticky začleněné. Z tohoto pohledu si stěžují na nedostatek času, který by na práci s rodinou potřebovali. Čas se jim nedostává nejen v rámci jejich pracovní doby, ale potýkají se i s nedostatkem času rodinných příslušníků. Jedním z faktorů je časová dostupnost služby, která je omezena na běžnou osmihodinovou pracovní dobu. Pro mnohé rodinné příslušníky, především zaměstnané, se tak služba stává téměř nedostupnou. Další zátěží, na kterou si sociální pracovníci stěžují, je nedostatek dovedností při práci se skupinou. Jejich nejistota pramení především ze situací, kdy rodina chce pracovat na tématech, které jsou více psychologická a sociální pracovníci vnímají, že jsou v tomto ohledu nedostatečně vzdělaní a nemohou s nimi na takových tématech pracovat. Z tohoto důvodu se snaží odesílat rodiny do psychoterapeutické péče. Tento přístup koresponduje s tvrzením Nepustila a Szotákové (2013), že práce s rodinou je opomíjena a často odkazována do rodinné terapie. Absence psychoterapeutického vzdělání či rodinného terapeuta v týmu je sociálními pracovníky považována za jeden z důvodů, proč je pro ně práce s rodinou zatěžující.

Dalším předpokladem bylo, že sociální pracovníci nahlíží na rodiny lidí se SMI primárně jako na patologické prostředí. Výsledky výzkumu toto nepotvrdily, neboť pokud se o tom sociální pracovníci zmínili, jednalo se pouze o dílčí zkušenosti v rámci jednotlivých případů, nikoliv jako zevšeobecňující pohled na rodiny lidí se SMI.

Poslední předpoklad, že postoj sociálních pracovníků k práci s rodinami bude odmítavý, se také nepotvrdil. Přes veškeré výhrady k projektu zaměřeného na práci s rodinami, přes výtky k jednotlivým rodinám a prožívání negativních pocitů, postoj sociálních pracovníků k práci s rodinami se ukázal nejen jako velmi pozitivní, ale dokonce proaktivní.

Zajímavostí je, že přestože výsledky projektu RACT dokládají, že raktové intervence nevykázaly žádný přidaný efekt proti stávající standardně poskytované péči terénních týmů, výsledky této práce dokládají jistý přínos. Přestože se jeho efektivita neprojevila v době trvání projektu v práci s klienty služby, sociální pracovníci jej považují za přínosný. Umožnil jim, či je dokonce „donutil“, naučit se asertivně oslovovat rodinné příslušníky klientů, motivovat je ke spolupráci, navazovat ji a udržovat s nimi dlouhodobější vztahy. Navázaná práce s rodinami po ukončení projektu neskončila, stala se automatickou součástí práce s klienty. Jedním z cílů projektu bylo i zavedení pravidelných psycho-edukačních programů pro rodiny lidí se SMI a založení svépomocné rodičovské skupiny. Obě aktivity se ukázaly jako užitečné a jsou součástí nabízených služeb i po ukončení projektu. Domnívám se, že výsledky této práce se mohou lišit od výsledků projektu RACT pravděpodobně proto, že výsledný efekt intenzivnější spolupráce rodin se službou se může u klientů s vážným duševním onemocněním projevit až v horizontu několika let.

Závěrem se blíže podívám na téma, které se objevilo ve výsledné analýze, a považuji jej za další přínos této práce. Konkrétně jde o zdůraznění důležitosti role peer konzultanta v týmech. K podobným výsledkům došla ve svém zkoumání Dudová (2017), která se zabývala kompetencemi pracovníků v multidisciplinárním týmu. Peer konzultant je v její práci však zastoupen pouze jako člověk s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Přínosem této práce je zjištění, že při práci s rodinou lidí se SMI se mnohem významněji uplatňuje role peer konzultanta – rodiče (pečovatele), který je jakýmsi „vrstevníkem“ s vlastní zkušeností právě rodičů lidí se SMI. Pokud jej sociální pracovníci v týmu měli, všichni se nezávisle na sobě shodli na jeho velkém přínosu při práci s rodinami lidí se SMI. Peer konzultant – rodič je díky svým podobným zkušenostem rodinám blíže a stává se jakýmsi přemostěním mezi nimi a sociální službou. Jeho roli v týmu považují case manažeři za nezastupitelnou.

Výsledky analýzy rozhovorů přinesly požadavek sociálních pracovníků na rozšíření multidisciplinárního týmu o profesi rodinného psychoterapeuta, kterou jsou aktuálně „nuceni“ suplovat case manažeři. Toto zjištění koresponduje s výsledkem Dudové (2017) dokládající potřebu sociálních pracovníků rozšířit multidisciplinární tým o rodinného

terapeuta, který by přispěl k vyšší efektivitě sociální práce s rodinami. Jak upozorňuje Pecháčková (1993); rodinná terapie může nejen pomoci, ale také uškodit, pokud pracovník není teoreticky a prakticky připraven na terapeutickou práci s rodinou.

7.1 Limity výzkumu

Za důležité považuji upozornit na limity tohoto výzkumu. První skupinou limitů je charakteristika výzkumného vzorku, která byla výrazně ovlivněna omezeným výběrem souboru. Výběr participantů se skládal z case manažerů sice čtyř na sobě nezávislých týmů sociální rehabilitace, přičemž však všichni byli zaměstnanci jedné organizace. Ve vzorku se sešli sociální pracovníci splňující kritéria výběru související s jejich účastí v projektu RACT, využívaným modelem práce (CM) a s nastavenou minimální délkou jejich praxe v práci s rodinami lidí se SMI. Nebyl však vzat v potaz sociální status, věk a vzdělání participantů, jehož vliv nelze opomenout. Všechny tyto faktory měly vliv na různé prožívání participantů. Otázkou zůstává, jestli bych dospěla k jiným výsledkům, kdybych zvolila homogennější výzkumný soubor, anebo do výzkumu zapojila i participanty, kteří se neúčastnili projektu zaměřeného na podporu práce s rodinami lidí se SMI.

Dalším faktorem ovlivňujícím výsledky byla momentální psychická a fyzická kondice participantů v době, kdy výzkum probíhal. Je možné, že opakováním rozhovorů, např. po delším časovém období, by u jednotlivých participantů mohlo dojít ke změně postojů a přístupů a tudíž i odlišným výsledkům. Rozdílné dosavadní pracovní a osobní zkušenosti a délka praxe v sociálních službách také výrazně ovlivňuje postoje participantů. Alespoň výběrem klidného a bezpečného prostředí pro rozhovory jsem se snažila umožnit a podpořit psychické naladění se participantů na téma tohoto výzkumu.

Nelze také opomenout můj subjektivní pohled výzkumníka, který měl vliv jednak na uskutečněné rozhovory a analýzy získaných dat, ale i na celkové výsledky výzkumu. Významným limitem výzkumu byla má osobní motivace ke zvolení tohoto tématu, které jsem si byla vědoma, a která mě vedla k cílenému upozadění mého profesního zaměření sociálního pracovníka. Volba výzkumných otázek byla výrazně ovlivněna mou dosavadní zkušeností s prací s rodinami lidí s duševním onemocněním a tím i mým subjektivním prožíváním této problematiky. Již během několika prvních rozhovorů jsem zjistila, že některé otázky byly málo srozumitelné a bylo třeba je více vysvětlovat. Např. již úvodní otázka týkající se využívaných metod sociální práce vyvolávala u participantů viditelné

znejistění. Bylo třeba je uklidnit, že otázka se netýká zjišťování a posuzování jejich odborných znalostí, ale jen výčtu a popisu činností, ve kterých se s rodinami klientů v rámci case managementu setkávají.

Cílem tohoto výzkumu nebyla snaha o zobecnění, ale kontextuální porozumění, což s sebou přináší omezení v podobě nemožnosti závěry generalizovat. Pro možnost generalizace by bylo třeba dalšího kvalitativního šetření rozšířeného o kvantitativní výzkum, například formou dotazníkového šetření, který umožňuje zapojení většího počtu respondentů.

7.2 Doporučení pro praxi

V rámci analytické fáze a v následné diskuzi se objevilo několik témat, která sociální pracovníci – case manažeři v jednotlivých týmech řeší. Následná doporučení pro praxi vzešla z výzkumného šetření této práce, přičemž některá jsou podložena také odbornou literaturou. Konkrétní návrhy jsou určeny jednak metodikům, ale především managementu organizací. Jedná se o doporučení v oblasti personálního zajištění profesí v rámci multidisciplinárních týmů sociální rehabilitace, dalšího vzdělávání case manažerů a podpory týmů. Jsem si vědoma, že případné zavedení zmiňovaných opatření do praxe je závislé na mnoha faktorech.

- **Vzdělávání – kurzy**

Sociální pracovníci jsou při práci s rodinou vystaveni nové zkušenosti a tou je práce s větší skupinou lidí, kteří bývají sice spřízněni, ale přesto jde často o velmi heterogenní skupinu s rozličnými postoji a zájmy. Z analýzy vyplývá, že právě tyto nové intervence bývají pro sociální pracovníky zdrojem stresu, neboť na zvládnání např. konfliktních situací nejsou dostatečně připraveni. Užitečnost dalšího vzdělávání sociálních pracovníků např. v rodinné terapii dokládají také výsledky výzkumu Dudové (2017).

Navrhuji rozšířit spektrum vzdělávacích aktivit o nácvikové několikadenní kurzy zaměřené na zvládnání konfliktních situací, na práci s emocemi a s agresí ve skupině. Dále alespoň základní kurzy mediace a facilitace. Nejméně jeden pracovník týmu by měl absolvovat komplexní psychoterapeutický výcvik v rodinné terapii. Uplatnil by se především u náročných rodinných setkání, která by spolu s case manažerem mohl facilitovat.

- **Dostupnost péče**

Sociální pracovníci jako jednu z příčin neprobíhající práce s rodinou uvádějí nedostupnost služby v čase běžné pracovní doby, která u zaměstnaných rodičů koresponduje s pracovní dobou case manažerů. Zlepšení dosažitelnosti sociálně-zdravotních služeb je také doporučeno v rámci probíhající reformy psychiatrické péče, která hovoří o dostupnosti služeb CDZ v režimu 24 hodin 7 dní v týdnu (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013).

Dle mého názoru by bylo možné, vzhledem k množství úvazků v multidisciplinárním týmu, zavést např. dva dny v týdnu dvousměnný provoz. Odpolední směna by mohla končit kolem 19 hodiny. FACT týmové porady by byly posunuty do doby, kdy by se obě směny překrývaly tak, aby si pracovníci mohli předat potřebné informace. Tímto by byla částečně řešena nejen dostupnost služby pro zaměstnané rodinné příslušníky, ale i pro klienty služby pracující tzv. na volném trhu.

- **Rodinný terapeut**

Z analýzy i diskuze vyplývá, že sociální pracovníci nemají kam odesílat rodiny, u kterých je indikovaná rodinná terapie. Tato služba je rodinám, ať z ekonomických, místních tak i časových důvodů, nedostupná. Sociální pracovníci by v multidisciplinárním týmu uvítali psychoterapeuta vzdělaného v rodinné terapii. V rámci reformy psychiatrické péče je do poskytovaných služeb denní péče také zahrnuta rodinná terapie (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013).

Navrhuji rozšíření týmu o rodinného terapeuta s pracovním úvazkem 0,3. Rodině, kde by byla indikována rodinná terapie, by mohlo být hrazeno např. pět sezení v rámci poskytované služby. Vzhledem k orientaci rodinné terapie na krátkodobost by mělo jít o dostačující počet sezení. Dalším řešením by mohlo být nasmlouvání organizací hrazené rodinné terapie mimo organizaci, opět v omezeném počtu sezení (např. tři sezení). Aby byla rodina motivována k docházení, bylo by vhodné začlenit absolvování rodinné terapie do rehabilitačního plánu klienta (rodiny), který by společně vytvořili.

- **Peer konzultant – rodič**

Z výsledků této práce vyvstává důležitost zastoupení pracovní pozice peer konzultanta – rodiče v týmu. Sociální pracovníci by ve svých týmech uvítali více než jednoho peer konzultanta – rodiče. Důvodem je jeho nezastupitelnost jiným členem týmu v případě, že dlouhodoběji absentuje. Peer konzultant se zapojuje do mnoha dalších intervencí, např.

vede skupinu orientovanou na zotavení. Veldhuizen a Bähler (2017) se domnívají, že peer konzultant by měl být plnohodnotným členem každého multidisciplinárního týmu.

Doporučuji rozšířit multidisciplinární tým sociální rehabilitace o celkem dva peer konzultanty – rodiče (pečovatele) s pracovním úvazkem 0,5. Ve směnném provozu by mohli pokrýt téměř celou osmihodinovou pracovní dobu s tím, že by se jejich pracovní doba překrývala tak, aby mohli být oba přítomni na FACTových poradách celého týmu. Sekundární přínos dvou peer konzultantů – rodičů v týmu sociální rehabilitace shledávám v možnosti vzájemně se podporovat, sdílet, předávat zkušenosti a být zastupitelní.

- **Rodina klientem**

Základním předpokladem pro spolupráci s klientem a případně dalšími subjekty je udělení písemného souhlasu klienta se zpracováním osobních údajů podle GDPR. Bez souhlasu klienta nemohou sociální pracovníci navázat spolupráci s rodinou, případně ji musí ukončit kdykoliv si to klient přeje a to i v případě, že toto rozhodnutí učiní ve fázi relapsu onemocnění. Mahrová (2008) upozorňuje na potřebu uvědomit si, že v širším kontextu je klientem služby celá rodina, neboť je vždy duševním onemocněním ovlivněna. Domnívá se, že každý její člen potřebuje nějakou formu péče, a ta by mu měla být poskytnuta.

Navrhuji variantu, především v případech, kdy duševně nemocný žije ve společné domácnosti s dalšími členy rodiny, aby byla za klienta služby považována a přijímána celá rodina nemocného. Od počátku by bylo možné pracovat s celým rodinným systémem.

- **Podpora – opora práce s rodinou**

Výsledná analýza dokládá užitečnost zapojení v projektu RACT, který sociální pracovníky „nutil“ učit se pracovat s rodinou, pomáhal v oslovování rodin tím, že se o něj mohli metodicky „opřít“. Také z evaluace projektu RACT vyplývá, že v pravidelné organizaci setkávání klientů s rodinami spatřují case manažeři potenciál k navázání lepší spolupráce s klienty a jejich blízkými (FOKUS Mladá Boleslav a NÚDZ, 2019).

Bylo by přínosné vytvořit pro case manažery takové pracovní podmínky, které by jim poskytli oporu při oslovování a zapojování rodinných příslušníků do spolupráce. Jednou z forem by mohlo být metodické zakotvení spolupráce s rodinou jako nedílné součásti psychosociální rehabilitace v rámci individuálního plánování s klientem. Další možností by mohlo být zapojení do dalšího projektu vycházejícího z evaluace projektu RACT, tedy již vhodněji uzpůsobeného potřebám case manažerů, klientů a jejich rodinám.

Závěr

Jedním z důležitých cílů probíhající reformy psychiatrie v České republice je proces deinstitucionalizace psychiatrické péče. Tento proces spočívá v postupném systematickém rozvíjení komunitních služeb, které by měly být schopny pomoci v přenesení části péče o lidi se závažným duševním onemocněním z psychiatrických zařízení do komunitního prostředí. Tím vzniká vyšší nárok na rozvoj a fungování komunitních sociálně-zdravotnických služeb. Sociální pracovníci, kteří jsou členy multidisciplinárních týmů zaměřených na práci s lidmi se závažným duševním onemocněním, se tak setkávají s novým konceptem poskytovaných služeb. Jedná se o intenzivnější zapojování rodinných příslušníků do spolupráce. Sociální pracovníci, kteří se doposud soustředili především na individuální práci s klientem, jsou postaveni před nové výzvy; zaměřit se více na sociální okolí klienta a zvládat práci s celým rodinným systémem.

Předložená rigorózní práce si kladla za cíl přiblížit postoje sociálních pracovníků k práci s rodinami lidí se závažným duševním onemocněním. Snahou bylo více porozumět faktorům, které v procesu navazování kontaktů a v průběhu spolupráce s rodinami hrají důležitou roli, což může usnadnit nejen efektivnější spolupráci s rodinami klientů, ale i samotnými klienty.

První kapitola teoretické části rigorózní práce uvádí do problematiky etiologie závažných duševních onemocnění, nahlíží možnou souvislost s rodinným prostředím, a závěrem neopomíná zmínit výsledky nezávislých studií těchto onemocnění v souvislosti s psychosociálním prostředím. Další kapitola se věnuje možnostem sociální práce s lidmi se SMI a s jejich rodinami, konkrétně popisu organizačního modelu case management a psychosociální rehabilitace. Kapitola přináší také popis podpůrných služeb pro rodiny klientů, mezi které patří rodinná terapie a psychoedukace rodinných příslušníků, včetně svépomocných a podpůrných skupin. Teoretickou část uzavírá popis dvou projektů, které se věnovaly problematice práce s rodinami lidí se SMI v České republice.

Před započítím výzkumného šetření bylo v rámci předvýzkumu realizováno mapování forem poskytované péče pro rodinné příslušníky lidí se SMI v ČR, jehož výsledkem byl ucelenější přehled o rozšířenosti a formách služeb pro rodiny, týkající se především psychoedukačních programů, rodičovských skupin a dalších možností práce s rodinami, které jednotlivé týmy sociální rehabilitace v ČR nabízejí. Samotné výzkumné šetření této práce si v návaznosti na teoretickou část kladlo za cíl přiblížit postoje sociálních

pracovníků, které zaujímají k práci s rodinami klientů. Výzkum přinesl pohledy case manažerů zapsaného spolku Fokus Mladá Boleslav, kteří byli zapojeni v projektu zaměřeném na posílení schopnosti týmů pracovat s rodinnými systémy klientů (RACT). Z výzkumného šetření vyvstaly jednotlivé tematické oblasti vycházející ze zkušeností s navazováním a udržováním kontaktu s rodinami, např. soubory faktorů umožňujících a naopak znesnadňujících spolupráci s rodinami. Výsledná analýza také upozornila na další témata vztahující se k prožívání pocitů a postojů, vznikajících potřeb a motivace sociálních pracovníků v kontextu práce s rodinami klientů.

Z výsledků předložené rigorózní práce je zřejmé, že sociální pracovníci mají k sociální práci s rodinami klientů pozitivní přístup a považují ji za důležitou součást psychosociální rehabilitace. Sociálním pracovníkům (case manažerům) by však pomohlo, kdyby byly v jejich týmech zastoupeny profese, které by sami nemuseli suplovat, neboť k nim nejsou odborně vybaveni a cítí se v nich nejistě. Dalším usnadněním by bylo takové metodické zakotvení práce s rodinami klientů, které by podpořilo jejich kompetence k aktivnímu kontaktování a zapojování rodin do spolupráce. Součástí této práce jsou i další doporučení pro praxi, která vycházejí z výsledků výzkumného šetření.

Výsledky rigorózní práce dokládají, že proces navazování spolupráce s rodinami klientů je nesnadným úkolem. Sociální pracovníci se setkávají nejen s přijetím, ale často s odmítáním jakéhokoliv kontaktu. Přestože se zamýšlí nad správnou mírou asertivního kontaktování, nenechávají se odradit a pokud spolupráci považují za užitečnou, opakovaně se o ni pokouší. Sociální pracovníci přistupují k rodinám klientů s respektem a pochopením pro jejich tíživou situaci. Závěrem je nutno říci, že sociální pracovníci, kteří se účastnili výzkumné části této práce, mají svou práci skutečně rádi.

Seznam použitých zdrojů a literatury

ANTHONY, A. William et al. *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, 2002, 432 pp. ISBN-13: 978-1-878512-11-6.

ATKINSON, Jacqueline M. and Denise A. COIA. *Families Coping with Schizophrenia: A Practitioner's Guide to Family Groups*. New York: John Wiley & Sons, 1995. 284 pp. ISBN 0-471-94181-6.

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie et al. *Preventivní a rehabilitační programy v terapii schizofrenie a jejich uvedení do klinické praxe. Věcná část závěrečné zprávy projektu NS 10366*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2012, 63 s. Projekt: NS10366-3. 2011.

BAUER, Joachim. *Proč cítím to, co ty: intuitivní komunikace a tajemství zrcadlových neuronů*. Přeložila Iva MICHŇOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2016, 176 s. ISBN 978-80-247-5737-7.

BEZPALCOVÁ, Denisa. *Životní příběhy mužů s diagnózou paranoidní schizofrenie, kteří zabili svého rodiče*. Praha, 2015. Bakalářská práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce: Mgr. Johana Růžičková.

BEZPALCOVÁ, Denisa. *Příběhy žen, jejichž synové onemocněli paranoidní schizofrenií*. Praha, 2017. Diplomová práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce: Mgr. Johana Růžičková.

BOWLBY, John. *Ztráta: Smutek a deprese*. Překlad Ivo MÜLER. Praha: Portál, 2013, 424 s. ISBN 978-80-262-0355-1.

CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Přeložila Denisa ŠMEJKALOVÁ. Praha: Portál, 2012, 144 s. ISBN 978-80-262-0062-8.

CORNEAU, Guy. *Anatomie lásky: vztahy otec - dcera, matka - syn a jejich vliv na budoucí partnerské vztahy*. Přeložila Miroslava CAMUTALIOVÁ. Praha: Portál, 2013, 248 s. ISBN 978-80-262-0402-2.

ČERMÁK, Ivo a Irena ŠTĚPANÍKOVÁ. *Kontrola validity dat v kvalitativním psychologickém výzkumu. Československá psychologie: Časopis pro psychologickou teorii a praxi*, Praha: Academia, roč. 1998, č. 1, s. 50-62. ISSN 0009-062X.

ČEŠKOVÁ, Eva. U řady duševně nemocných můžeme dosáhnout návratu do běžného života, tvrdí přednostka psychiatrické kliniky. *Sociální práce: Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*, České Budějovice: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, roč. 2008, č. 1, s. 24. ISSN 1213-6204.

DOUBEK, Pavel, Ján PRAŠKO, Erik HERMAN a Jaromír HONS. *Psychóza v životě – život v psychóze*. Praha: Maxdorf, 2008, 63 s. ISBN: 978-80-7345-156-1.

DÖRNER, Klaus. *Osvobozující rozhovor: psychicky nemocný v rodině*. Přeložil Petr SEDLÁČEK. Praha: Grada, 1999, 132 s. ISBN 80-7169-892-X.

DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. *Bláznit je -lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada, 1999, 356 s. ISBN 80-7169-628-5.

FOITOVÁ, Zuzana et al. *Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví - manuál*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2016, 97 s. Projekt: CZ.1.04/5.1.01/77.00385.

GJURIČOVÁ, Šárka a Jiří KUBIČKA. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2009, 288 s. ISBN 978-80-247-2390-7.

GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada, 2011, 208 s. ISBN 9788024733791.

HEJZLAROVÁ, Eva. Svépomocné a podpůrné skupiny v Česku: mapa terénu, rizika dalšího vývoje a možnosti veřejné politiky. *Sociální práce: Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*, České Budějovice: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, roč. 2011, č. 1, s. 51-59. ISSN 1213-6204.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

HOLLANDER, Dirk den, Jean Pierre WILKEN. *Podpora zotavení a začlenění. Úvod do metodiky CARE*. Překlad v rámci projektu S.U.P.R. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016, 191 s. ISBN 978-80-260-9945-1.

JAROLÍMEK, Martin. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Občanské sdružení BAOBAB, 2006, 26 s.

- KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015, 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.
- LOUCKÁ, Pavla, Ludmila TRAPKOVÁ a Vladislav CHVÁLA. *Žena a muž v rodině*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2014, 240 s. ISBN 978-80-7429-479-2.
- MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, 176 s. ISBN 978-80-262-0697-2.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MENTZOS, Stavros. *Dynamika duševní nemoci*. Přeložil Jan LORENC. Praha: Portál, 2005, 127 s. ISBN 80-717-8992-5.
- MAHROVÁ, Gabriela et al. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MOŽNÝ, Petr. *Když se řekne psychóza*. Praha: Galén, 1999, 30 s.
- NEPUSTIL, Pavel. Případové vedení/ case management ve světle posmoderního kolaborativního přístupu. *Sociální práce: Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*, České Budějovice: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, roč. 2011, č. 1, s. 74-80. ISSN 1213-6204.
- NEPUSTIL, Pavel a Markéta SZOTÁKOVÁ. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek: metodická příručka*. 1. vyd. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013. Metodika (Úřad vlády České republiky), 100 s. ISBN 978-80-7440-076-6.
- NOLL, Richard. *The Encyclopedia of Schizophrenia and Other Psychotic Disorders (Facts on File library of health and living)*. NY: Infobase Publishing 2009, 409 pp. ISBN-13: 9780816075089.
- PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, 264 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
- PECHÁČKOVÁ, Soňa. *Zpráva o systemické terapii*. Praha: Institut pro systemickou zkušenost. 1993, 169 s.

- PIDRMAN, Vladimír a Jiří MASOPUST. Psychoedukační program Prelapse. *Psychiatrie pro Praxi*, 2002, 4: 161-167. ISSN 1335-9584.
- PONCET-BONISSOL, Yvonne. *Psychický nátlak v rodině*. Praha: Portál, 2012, 112 s. ISBN 978-80-262-0153-3.
- PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton, 2012, 220 s. ISBN 978-80-7387-547-3.
- PRAŠKO, Ján et al. *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical Tribune CZ, 2005, 96 s. ISBN 80-239-5482-2.
- PRAŠKO, Ján et al. *Psychotická porucha a její léčba: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2001, 90 s. ISBN 80-85912-65-1.
- PROBSTOVÁ, Václava. Sociální pracovník v oblasti komunitní péče o duševní zdraví a jeho potřeby vzdělávání. *Sociální práce: Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*, České Budějovice: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, roč. 2008, č. 1, s. 70-73. ISSN 1213-6204.
- PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014, 246 s. ISBN 978-802-6207-313.
- RABOCH, Jan a Barbora WENIGOVÁ. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost, 2012, 224 s.
- RUFO, Marcel. *Pusť mě, ale neopouštěj! : utváření zdravé vazby mezi rodiči a dětmi*. Přeložila Pavla LE ROCH. Praha: Portál, 2009, 142 s. ISBN 978-80-7367-616-2.
- ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2013, 304 s. ISBN 978-80-262-0532-6.
- SATIR, Virginia a Michele BALDWIN. *Terapie rodiny: krok za krokem podle Virginie Satirové*. Přeložil Matěj ČERNÝ. Praha: Portál, 2012, 152 s. ISBN 978-80-262-0179-3.
- SEIKKULA, Jakko a Tom Erik ARNKIL. *Otevřené dialogy. Setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Přeložila Jitka BALÁŠOVÁ a Kateřina NOVOTNÁ. Narativ: Brno, 2013, 220 s. ISBN 978-80-260-4346-1.
- SCHEINOST, Miroslav et al. *Kriminalita očima kriminologů*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2010, 238 s. ISBN 978-80-7338-096-0.

STUHLÍK, Jan. *Asertivní komunitní léčba & case management*. Praha: Fokus Praha, 2001, 87 s.

STYX, Petr. *Zacházení s bláznem: interakční psychiatrie*. Ilustroval Josef DANĚK. Brno: Společnost pro reklamu a tisk R & T, 1992, 127 s.

VINAŘ, Oldřich. *Schizofrenní onemocnění: informace pro nemocné a jejich blízké*. Praha: Galén, 2002, 15 s. ISBN 80-7262-202-1.

WATZLAWICK, Paul, Janet Beavin BAVELAS a Don D. JACKSON. *Pragmatika lidské komunikace: interakční vzorce, patologie a paradoxy*. Přeložila Barbora JANEČKOVÁ a Zbyněk VYBÍRAL. Brno: Newton Books, 2011, 283 s. ISBN: 9788087325001.

ZAKOUŘILOVÁ, Eva. *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Praha: Portál, 2014, 191 s. ISBN 978-80-262-0583-8.

Internetové zdroje:

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie et al. Rodinná psychoedukace u schizofrenie: demografické charakteristiky a kvalita života příbuzných. *Psychiatrie*. 2009, 13(4), 136-139. ISSN 1211-7579. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2009/04/03%20Motlova%20psychiatrie%204-2009.pdf>

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. Rodinná psychoedukace v léčbě závažných duševních onemocnění. *Psychiatrie pro praxi*. 2019, 20(3), 111-113. [cit. 2020-08-05]. Dostupné z: doi: 10.36290/psy.2019.025

BATESON, Gregory et al. Veterans Administration Hospital, Palo Alto, California; and Stanford University Toward A Theory Of Schizophrenia. *Behavioral Science*. 1956, 1(4): 251-254. ©1999 – 2017. [cit. 2019-09-27]. Dostupné z: doi: 10.1002/bs.3830010402

BIRKBECK UNIVERSITY OF LONDON. About IPA. *Interpretative Phenomenological Analysis*. 14.9.2011 [cit. 2020-09-14]. Dostupné z: <http://www.ipa.bbk.ac.uk/about-ipa>

CANAVAN, James. The Role of the Family in Schizophrenia. *Trinity Student Medical Journal*. 1999, Vol. 1, 31-39. ©2000. [cit. 2020-03-21]. Dostupné z: [https://www.tcd.ie/tsmj/2000/2000 PDF/Schiz.PDF](https://www.tcd.ie/tsmj/2000/2000%20PDF/Schiz.PDF)

DUDOVÁ, Monika. *Kompetence pracovníků v multidisciplinárním týmu v oblasti péče o duševně nemocné* [online]. Praha, 2017 [cit. 2020-01-11]. Rigorózní práce. Univerzita

Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce. Vedoucí rigorózní práce: PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/193128>

FARINA, Amerigo and Jules D. HOLZBERG. Interaction Patterns of Parents and Hospitalized Sons Diagnosed as Schizophrenic or Nonschizophrenic. *Journal of Abnormal Psychology*. 1968, Vol 73, No 2, 114-118. ©2017. [cit. 2019-02-21] Dostupné z: doi: 10.1037/h0020117

FOKUS Mladá Boleslav a NÚDZ. Práce s rodinami dlouhodobě duševně nemocných. Závěrečná zpráva z evaluace dopadu projektu. *Fokus Mladá Boleslav z.s.* [online]. Projekt: CZ.03.2.60/0.0/0.0/15_022/0001004. 2019. [cit. 2020-08-05]. Dostupné z: http://www.fokus-mb.cz/produkty/soubory/46/Evaluacni_zprava_RACT.pdf

GLICK, D. Ira, Anya H. STEKOLL and Spencer HAYS. The Role of the Family and Improvement in Treatment Maintenance, Adherence, and Outcome for Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2011, Vol. 31, No. 1, 82-85. [cit. 2020-09-15]. ©2011. Dostupné z: <http://www.nysfamilyinstitute.org/wp-content/uploads/2011/12/Glick-I.-D.-Stekoll-A.-H.-Hays-S.-2011.pdf>

GROVER Sandeep, Triveni DAVULURI, and Subho CHAKRABARTI. Religion, spirituality, and schizophrenia: a review. *Indian J Psychol Med*. 2014; 36(2):119-124. [cit. 2020-09-28]. Dostupné z: doi:10.4103/0253-7176.130962

HANZAWA, Setsuko et al. Burden and Coping Strategies in Mothers of Patients with Schizophrenia in Japan. *Psychiatry* [online]. 2008, 62(3), 256-263 [cit. 2020-06-12]. ISSN 13231316. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1440-1819.2008.01791.x

HOUŠKOVÁ, Hana. *Postoj sociálních pracovníků, klientů s duševním onemocněním a rodinných příslušníků klientů ke spolupráci s rodinami v organizacích zabývajících se sociální prací s duševně nemocnými lidmi* [online]. Brno, 2018 [cit. 2020-08-12]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra sociální politiky a sociální práce. Vedoucí práce: prof. PhDr. Libor Musil, CSc. Dostupné z: <https://theses.cz/id/1mcj50>

CHEN, Fang-pei. Working With Families in Assertive Community Treatment (ACT): The Case Manager's Perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2008, Vol. 78, No. 4, 456-465. ©2012. [cit. 2019-11-18]. Dostupné z: doi:10.1037/a0014380

CHEN, Lifen et al. The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2019; 19(1):75. Published 2019 Feb 20. Dostupné z: doi: 10.1186/s12888-019-2052-4

CHRZAŚTOWSKI, Szymon and Marta ZAGDAŃSKA. Mother's Perception of their Closeness-caregiving and Intrusiveness Toward Adult Sons with a Diagnosis of Schizophrenia or Drug Addiction. *Archives of Psychiatry* [online]. 2009, 11(1), 45-52 [cit. 2020-06-12]. ISSN 15092046. Dostupné z: <https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3326e35b-364e-474d-87f0-bf392b0cbddb%40sessionmgr4004&vid=5&hid=4212>

KOCMAN, David. Přirozená podpora a nezávislý života lidí s postižením. *Quip – Společnost pro změnu* [online]. 30. 9. 2016 [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/030/003894.pdf?seek=1475212393>

KONDRÁTOVÁ, Lucie et al. Práce s rodinami dlouhodobě duševně nemocných. *Fokus Mladá Boleslav z.s.* [online]. Projekt: OPZ/2.1/022/0001004. Verze 4, 16. 2. 2018, [cit. 2020-08-05]. Dostupné z: <http://www.fokus-mb.cz/produkty/soubory/46/metodika%20RACT%20v%204.pdf>

KOOLAE, Anahita Khodabakhshi and Ahmad ETEMADI. The Outcome of Family Interventions for the Mothers of Schizophrenia Patients in Iran. *International Journal of Social Psychiatry*. 2010, 56(6), 634-646. ISSN 00207640. Dostupné z: doi: 10.1177/0020764009344144

MAGAÑA, Sandy and Subharati GHOSH. Latina Mothers Caring for a Son or Daughter with Autism or Schizophrenia: Similarities, Differences and the Relationship Between Co-Residency and Maternal Well-Being. *Journal of family social work* [online]. 2010; 13(3): 227-250. Dostupné z: doi: 10.1080/10522150903514009

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče*. verze 1.0, 2013, 77 s. Dostupné z: https://formulare.kr-ustecky.cz/materialyzukver/6_ZUK_2017-06-26/pdf/6_ZUK_MAT_09_3_priloha_5.pdf

MITCHELL, Kevin M. An Analysis of the Schizophrenogenic Mother Concept by Means of the Thematic Apperception Test. *Journal of Abnormal Psychology* [online]. Dec 1968, Vol. 73 (6), 571-574. © 2016, [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: doi: 10.1037/h0026592

MPSV ČR. *Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách*. www.mpsv.cz. [online] 30.9.2017. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/pravni-predpisy-pro-socialni-sluzby>

NEPUSTIL, Pavel. Předvánoční seminář o case managementu je za námi aneb pro ty, kdo tam nebyli. *Case Management ČR* [online]. 19.12.2012 [cit. 2014-11-25]. Dostupné z: <https://casemanagementcr.wordpress.com/2012/12/19/predvanocni-seminar-o-case-managementu-je-za-nami-aneb-pro-ty-kdo-tam-nebyli>

NEILL, John. Whatever Became of the Schizophrenogenic Mother? *American Journal of Psychotherapy*, 1990, Vol. XLIV, No. 4, 499-505. ©2012. [cit. 2016-06-12]. Dostupné z: <http://www.psychodyssey.net/wp-content/uploads/2012/05/Whatever-Became-of-the-Schizophrenogenic-Mother.pdf>

PITSCHER-WALZ, Gabi et al. The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia: A Meta-Analysis. Vol. 2, Issue 1, January 2004, pp. 78-94. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. [cit. 2015-01-29]. Dostupné z: doi: 10.1176/foc.2.1.78

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. Malý průvodce reformou psychiatrické péče. *Psychiatrická společnost ČLS JEP*. Praha, 2017. [cit. 2020-08-18]. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

PROUT, Curtis T. and Mary Alice WHITE. A Controlled Study of Personality Relationships in Mothers of Schizophrenic Male Patients. *The American Journal of Psychiatry*. 2006. Vol. 107, Issue 4, October 1950, pp. 251-256. Dostupné z: doi: 10.1176/ajp.107.4.251

RABSTEJNEK, Carl V. An Overview of Expressed Emotion. *Semantic Scholar*. 2012 [cit. 2016-12-15]. Dostupné z: <https://www.semanticscholar.org/paper/An-Overview-of-Expressed-Emotion-Rabstejnek/80f2d5d16d75326b0a2a1e023545ab27cf8fd6ce>

READ, John., J. van Os, A.P. MORRISON, C.A. ROSS. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand*. 2005, 112: 330–350. Blackwell Munksgaard. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x

SAUNDERS, C. Jana. Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24:175–198, 2003. Dostupné z: doi: 10.1080/01612840390160711

- SMITH M. J. and J. S. GREENBERG. The effect of the quality of sibling relationships on the life satisfaction of adults with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2007; 58(9):1222–1224. [cit. 2019-06-12]. Dostupné z: doi: 10.1176/ps.2007.58.9.1222
- SOLOMON, Phyllis, Leslie ALEXANDER and Stacey UHL. The relationship of case managers' expressed emotion to clients' outcomes. *Soc psychiatr epidemiol* [online]. 2010, 45:165–174. © 2012. Dostupné z: doi: 10.1007/S00127-009-0051-3
- SPANIOL, Le Roy, Anthony M. ZIPPLE and Doris LOCKWOOD. The Role of the Family in Psychiatric Rehabilitation. 1992. *Schizophrenia bulletin*. [online]. 2011, Vol. 18, No. 3: 341-348. Dostupné z: https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/spaniol_1992.pdf
- VELDHUIZEN, J. R. van and M. BÄHLER. *Manuál Flexible ACT [Manual Flexible ACT]* [online]. 1. vydání. Z anglického originálu přeložila Martina Vavřínková. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s., 2017. Dostupné z: www.cmhcd.cz a www.factfacts.nl
- VENKATASUBRAMANIAN, Ganesan and Anekal C. AMARESHA. Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. *Indian Journal of Psychological Medicine*. [online]. 2012, vol. 34, issue 1, 12-20. [cit. 2016-08-19]. Dostupné z: <http://www.ijpm.info/article.asp?issn=0253-7176;year=2012;volume=34;issue=1;page=12;epage=20;aualast=Amaresha>
- WASHINGTON, A. Milton. A study of attitudes and personality traits of mothers of male schizophrenic children. 1961. *ETD Collection for AUC Robert W. Woodruff Library*. [online]. 19.11.2015 [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <http://digitalcommons.auctr.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2595&context=dissertations>
- WHO. Mental health action plan 2013-2020. *Www.who.int*. [online]. 2013. [cit. 2019-10-12]. Dostupné z: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/bw_version.pdf?ua=1.pdf
- WILLINGER, Ulrike et al. Maternal bonding behaviour in schizophrenia and schizoaffective disorder, considering premorbid personality traits. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* [online]. 2002, 36(5), 663-668 [cit. 2016-06-12]. ISSN 00048674. Dostupné z: doi: 10.1046/j.1440-1614.2002.01038.x

Seznam grafů, tabulek a obrázků

Graf 1: Mapování poskytovaných služeb pro rodiny klientů v rámci ČR k červenci 2020

Tab. 1: Souhrnná data participantů

Tabulka T1 – Formy práce s rodinami

Tabulka T2 – Reakce rodin na oslovení ke spolupráci

Tabulka T3 – Faktory umožňující spolupráci

Tabulka T4 – Faktory znesnadňující spolupráci

Tabulka T5 – Přínos spolupráce

Tabulka T6 – Nenaplněné potřeby rodin

Tabulka T7 – Postoje a pocity pracovníka

Tabulka T8 – Potřeby pracovníka

Tabulka T9 – Motivace pracovníka

Obr. 5.1: Grafické znázornění forem práce s rodinami

Obr. 5.2: Grafické znázornění reakcí rodin na oslovení

Obr. 5.3: Grafické znázornění faktorů umožňujících spolupráci – na straně klienta

Obr. 5.4: Grafické znázornění faktorů umožňujících spolupráci – na straně pracovníka

Obr. 5.5: Grafické znázornění faktorů znesnadňujících spolupráci – na straně pracovníka

Obr. 5.6: Grafické znázornění faktorů znesnadňujících spolupráci – na straně rodiny

Obr. 5.7: Grafické znázornění přínosů spolupráce – pro spolupráci s klientem

Obr. 5.8: Grafické znázornění přínosů spolupráce – pro rodinu a klienta

Obr. 5.9: Grafické znázornění nenaplněných potřeb rodin

Obr. 5.10: Grafické znázornění postojů a pocitů pracovníka

Obr. 5.11: Grafické znázornění potřeb pracovníka

Obr. 5.12: Grafické znázornění motivace pracovníka

Seznam příloh

Příloha č. 1: Tabulková analýza rozhovoru (vzor tabulky)

Příloha č. 2: Informovaný souhlas pro rozhovor (vzor dokumentu)

Příloha č. 3: Žádost o spolupráci – mapování poskytovaných služeb pro rodiny
(vzor dotazníku)

Příloha č. 1: Tabulková analýza rozhovoru

Tabulka T1 – Formy práce s rodinami

Téma	Souřadnice	Citace
<i>projekt RACT</i>		
<i>svépomocná skupina</i>		

Tabulka T2 – Reakce rodin na oslovení ke spolupráci

Téma	Souřadnice	Citace

Tabulka T3 – Faktory umožňující spolupráci

Téma	Souřadnice	Citace
<i>na straně klienta</i>		
<i>na straně pracovníka</i>		

Tabulka T4 – Faktory znesnadňující spolupráci

Téma	Souřadnice	Citace
<i>na straně klienta</i>		
<i>na straně pracovníka</i>		
<i>na straně rodiny</i>		

Tabulka T5 – Přínos spolupráce

Téma	Souřadnice	Citace
<i>pro spolupráci s klientem</i>		

Tabulka T5 – Přínos spolupráce - pokračování

Téma	Souřadnice	Citace
<i>pro rodinu a klienta</i>		

Tabulka T6 – Nenaplněné potřeby rodin

Téma	Souřadnice	Citace

Tabulka T7 – Postoje a pocity pracovníka

Téma	Souřadnice	Citace

Tabulka T8 – Potřeby pracovníka

Téma	Souřadnice	Citace

Tabulka T9 – Motivace pracovníka

Téma	Souřadnice	Citace

Příloha č. 2: Informovaný souhlas pro rozhovor

Informovaný souhlas pro rozhovor

Vážený pane, vážená paní,

v souladu se Všeobecnou deklarací lidských práv, zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a dalšími obecně závaznými právními předpisy (*jakož jsou zejména Helsinská deklarace, přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964 ve znění pozdějších změn; Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zejména ustanovení § 28 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.) a Úmluva o lidských právech a biomedicině č. 96/2001, jsou-li aplikovatelné*), Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu rigorózní práce.

Hlavním cílem výzkumu je:

Zkoumání pohledu sociálního pracovníka na práci s rodinou lidí s duševním onemocněním.

V této souvislosti se na Vás obracím s prosbou o rozhovor. Předpokládám, že Vaše názory a zkušenosti přispějí k řešení problémů, kterých se výzkum týká. Na Vaše doplňující otázky, související výzkumem Vám před provedením rozhovoru ráda odpovím.

Předpokládaná délka rozhovoru: 60-90 minut.

Rozhovor není zatížen žádným rizikem. Pokud by Vám však některá otázka byla nepříjemná, nemusíte na ni odpovídat. Máte také právo, kdykoliv rozhovor přerušit a i bez uvedení důvodů v něm nepokračovat.

Ujišťuji Vás, že rozhovor je důvěrný. Rozhovor bude nahráván, aby Vaše informace, která v něm zazní, mohly být odborně zpracovány. Vaše identita bude známa jen výzkumníkovi, který s nimi bude pracovat v souladu se zákonem o ochraně dat (každý rozhovor bude zpracován pod unikátním kódem). Výsledky celého výzkumu budou použity výhradně pro účely projektu a případně publikovány v odborném tisku, a pouze v anonymní podobě.

Aby bylo možné kvalifikovaně zpracovat všechny informace, které mi sdělíte, prosím, abyste k takovému zpracování udělil/ udělila svůj dobrovolný souhlas.

Děkuji.

Stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a ústně informován/a o cílech výzkumu ZDE. Také jsem měl/a možnost ptát se na všechno, co mě v souvislosti s připravovaným rozhovorem zajímalo. Byl(a) jsem poučen(a) o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí. Dále potvrzuji, že mi byl předán jeden originál vyhotovení tohoto informovaného souhlasu.

Jméno a příjmení účastníka Podpis:

Datum:

Jméno a příjmení výzkumníka: Mgr. Denisa Sachomská

Příloha č. 3: Žádost o spolupráci – mapování poskytovaných služeb pro rodiny

Vážení,

obracím se na vás s prosbou o spolupráci. V oblasti péče o duševní zdraví se aktivně pohybuji již několik let a zájem o tuto problematiku mě motivoval k jejímu dalšímu zkoumání.

Neboť jsem donedávna pracovala jako case manager v terénním týmu Fokus Mladá Boleslav, rozhodla jsem se v rámci rigorózního řízení na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy zabývat zkoumáním pohledu sociálních pracovníků na práci s rodinou duševně nemocných. V rámci předvýzkumu bych chtěla zmapovat nejen počet poskytovatelů sociálních služeb v oblasti duševního zdraví, ale především jejich praxi ve spolupráci s rodinami lidí se SMI.

Ráda bych vás tedy požádala o odpovědi na pár otázek.

Spolupráce s rodinou lidí s duševním onemocněním ve vašem týmu probíhá formou:

1. Psychoedukace pro rodinné příslušníky – pravidelně/jednorázově/neprobíhá
2. Case management (RACT, FACT) – ano/ne
3. Svépomocná (podpůrná) rodičovská skupina – ano/ne
4. Jiná forma spolupráce – jaká?
5. Spolupráce s rodinami – neprobíhá/dříve ano (projekt) apod. – jak?

Předem Vám děkuji za součinnost na výzkumu.

Mgr. Denisa Sachomská