

UNIVERZITA KARLOVA
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Diplomová práce

Etická dilemata v asertivní péči

Bc. Michaela Spálenková

Katedra teologické etiky

Vedoucí práce Ing. Ondřej Fischer, MA, Ph.D.

Studijní program Komunitní krizová a pastorační práce

Studijní obor Diakonika

Praha 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem „Etická dilemata v asertivní péči“ napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

V Praze dne 17. 6. 2021

Michaela Spálenková

Anotace

Ve své diplomové práci se zaměřuji na asertivní péči o lidi s duševním onemocněním, která představuje komplexní službu v dané oblasti. Pojem „asertivní péče“ představuje způsoby profesionálního pomáhání, pro něž je charakteristické, že probíhají v komunitě, a že obnáší do určité míry i přebírání odpovědnosti za člověka. Uvažuji o člověku a lidské důstojnosti a o tom, co znamená respekt k člověku. Zabývám se výchozími pojmy člověk jako pomáhající pracovník a člověk, který čerpá pomoc. Těžištěm mé práce je popis přístupů k člověku, které se orientují primárně na člověka v jeho jedinečnosti s jeho konkrétními přáními a potřebami v životě. Současně ukazuji, jakým přínosem může být pro člověka Centrum duševního zdraví v praktickém popisu jeho služby. V práci se opírám o lidství, respekt k člověku a lidskou důstojnost, zakotvenou jak biblicky, tak filozoficky. Etická dilemata rozpracovaná v praktické části práce, jsou důsledkem nároku na úctu a respekt k člověku a vedou dotyčného k tomu, aby hledal osobitá řešení pro jedinečného člověka v jeho konkrétní situaci a jednal pro něj výhodným a cenným způsobem.

Klíčová slova

člověk, sociální pracovník, etika, dilemata, asertivní péče, zotavení, otevřený dialog, lidská důstojnost, Centrum duševního zdraví.

Summary

In my diploma thesis I focus on assertive care for people with mental illness, which is a comprehensive service in the field. The term "assertive care" refers to the ways in which professional care is provided, which is characterized by the fact that it takes place in the community and that it also includes, to a certain extent, taking responsibility for the person. I think about man and human dignity and what the respect for man means. I deal with the basic concepts of man as a helping worker and a person who draws help. The focus of my work is the description of approaches to man, which focus primarily on man in his uniqueness with his specific wishes and needs in life. At the same time, I show how the Center for Mental Health can be a benefit for a person in a practical description of his service. In my work I rely on humanity, respect for a man and human dignity, biblically and philosophically rooted. The ethical dilemmas elaborated in the practical part of the work are a consequence of the right to esteem and respect for a person and the dilemmas lead the person to looking for special solutions for a unique person in his/her specific situation and for acting in an advantageous and valuable way for him.

Keywords

Human, social worker, ethics, dilemmas, assertive care, recovery, open dialogue, human dignity, Center for Mental Health

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce Ondřejovi Fischerovi za trpělivost a zaměření myšlenek správným směrem. Děkuji Nele Beranové za podporu, nadhled a nevyčerpatelný optimismus a mým dětem Terezce, Benediktovi a Matějovi.

Obsah

Obsah	6
Seznam použitých zkratk:	9
Úvod	10
1. Přístup k lidem s duševním onemocněním Zotavení, CARE, Open dialog.....	13
1.1 Zotavení	14
1.1.1 Fáze Zotavení.....	16
1.1.2 Pilíře zotavení	18
1.2 Přístup CARE	19
1.2.1 Teoretické rámce CARE	20
1.2.2 Tři pilíře CARE	21
1.3 Otevřený dialog.....	28
1.3.1 Principy OD	33
1.3.2 Otevřený dialog v České Republice	36
2. Přístup k lidem v systému asertivní péče – Člověk na prvním místě.	40
2.1 Co je asertivita?.....	40
2.2 Co je asertivní péče?	41
2.2.1 Historie asertivní péče	41
2.2.2 Nedobrovolná hospitalizace.....	44
2.3 Centrum duševního zdraví jako příklad asertivní péče.....	45
2.3.1 Vznik CDZ.....	46
2.3.2 Popis služby CDZ	47
2.3.3 Hodnoty a principy prakticky uplatňované v CDZ.....	48

2.3.4	Přístup k člověku v CDZ	49
2.3.5	Komplexní péče v CDZ	51
3.	Pohled na člověka a jeho důstojnost	55
3.1	Biblický pohled na člověka - Člověk jako obraz Boží.....	55
3.2	Příkázání lásky	57
3.3	E. Lévinas a jeho pohled na člověka	58
3.3.1	Tvář.....	58
3.3.2	Odpovědnost	60
3.4	Lidská práva a lidská důstojnost	62
3.4.1	Přirozeně právní teorie a křesťanství	62
3.4.2	Immanuel Kant a jeho odůvodnění lidské důstojnosti	63
4.	Lidská důstojnost a instrumentalizace člověka	65
4.1	Jak poznáváme lidskou důstojnost?	66
4.1.1	Respekt k člověku za všech okolností	67
5.	Výzkumná část	69
5.1	Etická dilemata.....	69
5.2	Etické problémy a etická dilemata	69
5.3	Metoda výzkumného šetření	73
5.3.1	Výzkumné otázky	74
5.3.2	Výzkumný soubor.....	75
5.3.3	Velikost souboru a popis metody výzkumu.....	75
5.3.4	Charakteristiky výzkumného souboru	76
5.4	Narativní způsob výzkumu a narativní etika.....	77
6.	Etická dilemata v asertivní péči	79
6.1	Petra – ochrana člověka versus upřímný vztah důvěry?	80
6.2	Josef – opatrovnice, nebo sestřenice?	84
6.3	Veronika – matka versus nemoc	87
6.4	Hugo - znovunalezený život versus zodpovědnost vůči právu	91

6.5	Ladislav – právo versus umění vyjednávat	94
6.6	Bára – jistota za zdmi versus naděje na „obyčejný“ život	96
6.7	Quido - svoboda na hraně versus bezpečí v nemocnici	99
6.8	Výsledek diskuze nad výsledky dotazování.....	102
6.9	Kategorie dilemat a hodnoty v dilematech	103
6.9.1	Společné rysy dilemat.....	107
	Závěr	111
	Seznam použité literatury:	114
	Elektronické zdroje:.....	118
	Seznam příloh	125
	Přílohy:	126

Seznam použitých zkratek:

ACT – assertive community treatment

CDZ – Centrum duševního zdraví

OD – Otevřený dialog

IPS – Individual placement and support

LD – Lidská důstojnost

OSPOD – Orgán sociálně – právní ochrany dětí

CARe - Comprehensive approach to psychosocial rehabilitation

DZR – Domov se zvláštním režimem

MHD – Městská hromadná doprava

Úvod

Název práce: “Etická dilemata v asertivní péči“ naznačuje, že se budeme zabývat především problematikou péče o člověka, který má v důsledku duševního onemocnění, v některých oblastech svého života omezené možnosti fungování. Pojem „asertivní péče“ představuje způsoby profesionálního pomáhání, pro něž je charakteristické, že probíhají v komunitě, a že obnáší do určité míry i přebírání odpovědnosti za člověka. Usilujeme o to, zjistit dle jakých hodnot a s jakým úmyslem se pracovníci rozhodují při práci s člověkem, který je obnažený a zranitelný ve své lidskosti a ne/důstojnosti. V práci ukážeme méně obvyklým způsobem formy a přínosy komunitního působení (asertivní péče), například v rámci spolupráce členů týmu v Centru duševního zdraví.

Ve své práci sociální pracovnice se každý den setkávám se situacemi, kdy je třeba velmi citlivě přistupovat k člověku a řešit etická dilemata, proto jsem toto téma zvolila pro svou diplomovou práci, abych mohla poznatky zde získané ve své profesi aplikovat. Profesionál má vždy minimálně dvě možnosti: Podpořit člověka, aby udělal to, co sám chce, nebo jít cestou bezpečí a ochrany jeho zdraví.

Pravděpodobně se každý z nás někdy zabýval otázkou: Jak mám jednat, aby mé chování bylo respektující k druhému člověku a nezpůsobilo mu újmu? V této diplomové práci uvažuji o člověku a lidské důstojnosti a o tom, co znamená respekt k člověku. Zabývám se výchozími pojmy člověk jako pomáhající pracovník a člověk, který čerpá pomoc. Jak být dostatečně citliví k lidem a jednat s nimi v duchu hodnot, které považujeme za nosné? Hodnoty jsou pro nás stěžejní v tom smyslu, že nám umožní chovat se k člověku tak,

abychom jej co nejuvěrněji respektovali a podíleli se na zásadní opoře pro člověka tak, jak jsme profesně schopni v naší každodennosti.

Jak tyto hodnoty vhodným způsobem komunikovat s kolegy v týmu? Co všechno je v našich silách? A za co můžeme či máme brát zodpovědnost?

Hledám odpovědi na otázky, které mě napadají v souvislosti se vztahem k člověku k lidské bytosti, s člověkem, který je (stojí) vedle nás. Cílem práce tedy je na základě zkušenosti řešení etických dilemat, ukázat potřebnost přístupu pomáhajícího pracovníka k člověku jako k člověku obzvlášť v péči o lidi s duševním onemocněním.

Naléhavost a tíživost těchto otázek není pro každého samozřejmá. Stává se neodkladnou až tehdy, když vedle nás jsou lidé, kteří se často ocitají v situacích, které hraničí s jejich lidskou důstojností, kteří jsou z nejrůznějších důvodů obnaženi ve svém lidství a kteří jsou z nejrozmanitějších důvodů ohroženi nelidským zacházením. Právě v osobním setkání s takto znevýhodněnými lidmi, skrze profesionální péči a podporu, která vede k nevyhnutelnému propojení našich osudů s jejich, na pozadí konkrétních situací dostávají výše uvedené otázky až palčivě zřetelné obrysy. Odhalují nám oblasti lidského života, které jinak nebývají přímo zřejmé, prozrazují, v čem může spočívat nejhlubší vyjádření našeho lidství.

Pokud jsme ve svém přístupu k lidem obzvlášť citliví, opíráme se o etiku, filozofii, křesťanské pojetí lidské důstojnosti a hodnoty, lidskosti, zodpovědnosti a autonomie, tak se v důsledku zasažení životy druhých, dostáváme do situací dilemat. V kontextu těchto hodnot a ve snaze respektovat člověka s jeho omezeními vznikly systémy péče Recovery, CARE a Otevřeného dialogu, které ukazují, jak je také možné přistupovat k člověku.

Etická dilemata jsou důsledkem nároku na úctu a respekt k člověku, která s sebou nese asertivní péče. Tedy, jednat s člověkem tak, aby zůstal svobodný, a abychom mu současně mohli skrze asertivní péči přispět a přitom

ho neomezili způsobem, který by nerespektoval jeho důstojnost. Tento nárok souvisí s bytostnou snahou pomáhajícího jednat ve svém vztahu k člověku svobodně a se zodpovědností vůči sobě, i vůči druhému, když přemýšlí, o metodách a podobách podpory, které si volí v rámci spolupráce s konkrétním člověkem. Ve snaze o skutečnou podporu těchto lidí v každodenní profesní praxi se otázky po nejvhodnějším způsobu jednání ve prospěch druhého proměňují v etická dilemata, která jsou konkrétně popsána a přibližují profesní roli terénního pracovníka v rámci týmové spolupráce Centra duševního zdraví.

1. Přístup k lidem s duševním onemocněním

Zotavení, CARE, Open dialog

Kdo je člověk s duševním onemocněním? A jak bychom k člověku s duševním onemocněním měli přistupovat? Takové otázky si klademe na počátku našeho zkoumání přístupu k lidem s duševním onemocněním. Lidé s duševním onemocněním jsou vždy na prvním místě lidmi a jejich nemoc je něčím, s čím se musí naučit fungovat v životě, podobně jako člověk, který se potýká s jinou nemocí nebo postižením. Téměř každý se během svého života potýká s nějakou nemocí, důležité je, jaký zvolíme k nemoci přístup a především k člověku se kterým se v jeho nemoci setkáváme.

V této kapitole se budu zabývat systémy Zotavení, Care a Otevřený dialog. Všechny tři systémy vycházejí z přístupů orientovaných na člověka a jeho prospěch. Zaměřím se na vystižení jejich specifík při péči a podpoře lidí s duševním onemocněním. Hodnoty a koncepty vycházející z těchto přístupů poskytují prostor a podporu pro pomáhajícího pracovníka v orientaci a řešení každodenních etických dilemat.

1.1 Zotavení

„Zotavení je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí.“¹ V této zkrácené definici zotavení Anthony nemluví o tom, že by se zotavení mělo týkat pouze lidí s duševním onemocněním. Vnímám proces zotavení u každého člověka, ať už je nazýván „klientem, pacientem, nebo pracovníkem“. Každý z nás prochází v životě krizemi a nemocemi, ze kterých se může zotavit. Mark Ragins, autor knihy „Cesta k zotavení“ připodobňuje zotavení adaptivnímu procesu po ztrátě: „Mnoho lidí popisuje, že součástí procesu se pro ně stalo prožítí pěti fází smutku (popření, zlost, smlouvání, deprese a přijetí)². Zotavení je něco jiného, než vyléčení. Vyléčení by znamenalo návrat k původnímu stavu před započítím nemoci, ale pro mnoho lidí nemoc znamená nevratnou, celoživotní změnu.³

Zotavení je termín užívaný a skloňovaný v posledních asi deseti letech v péči o lidi s duševním onemocněním. Poslední dobou, kdy je slovo zotavení

¹ Anthony 1993. Profesor Bill Anthony, v roce 1979 založil s kolegy v Bostonu Centrum pro psychiatrickou rehabilitaci. Je nazýván otcem psychiatrické rehabilitace. Byl psychologem v tomto centru až do roku 2011. Přeloženo z Father of psychiatric rehabilitation: Sargent's William A. Anthony spent his career advocating for people who live with mental health conditions. *Bostonia: Boston Universitys Alumni Magazine* [online]. 2020, november 19, 2020 [cit. 2021-03-07]. Dostupné z: <http://www.bu.edu/articles/2020/william-a-anthony-father-of-psychiatric-rehabilitation/>

² Fáze smutku dle Elisabeth Kübler-Ross, americké psycholožky, které zveřejnila v roce 1969. *Psychologické aspekty smrti a umírání (model podle Küblerové-Rossově)* [online]. 2017, 1 [cit. 2021-5-4]. Dostupné z: <https://web.archive.org/web/20171020034048/http://www.specialni-pedagogika.cz/news/umirani-smrt-kubler-ross-kublerova-rossova-model/>

³ Srov. HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. Str. 23

často slyšet, se může se zdát, že už dochází k úplnému vyprázdnění tohoto pojmu. Zotavení je založeno na přednostech člověka (Strengths Model), z výzkumů vyplývá, že pokud se soustředíme na přednosti člověka, pomáhá to lidem v plánování péče, zkvalitnění života a dosahování úspěchů v rolích, ve kterých chtějí uspět.⁴

Zotavení je v ideálním případě žitou zkušeností, individuální životní cestou a procesem, který je u každého člověka jeho individuální cestou.

Příklad zotavení je dobře patrný v příběhu Báry: „*Podpořit Báru by znamenalo, dobře promyslet možnosti návratu do nemocnice, (v případě, že by Bára potřebovala bezpečí nemocnice) uspokojivě se dohodnout s lékaři a opatrovníkem. Vysvětlit jim možnost, že Bára může „selhat“ a není to v žádném případě pohroma, ale pouze její krok na cestě vpřed do života. Připravíme se na různé varianty a budeme počítat s tím, že nastane i varianta, kterou jsme si neuměli představit. S otevřeností a pochopením (lidskostí), že selhání je něco co patří k životu všech lidí a není důvod Báru nijak znevažovat, nebo „hodnotit“ přísněji než sami sebe jen proto, že má duševní onemocnění“⁵*

Žítí a „cesta“ (proces) zotavení (úzdavy) je to primární na co by se člověk, který se chce zotavit a pracovník, který ho v zotavení podporuje, měli společně zaměřit. Principy a hodnoty zotavení jsou nedílnou součástí přístupu k lidem obecně, a k lidem s duševním onemocněním obzvlášť. Zranění, která si zvláště lidé s duševním onemocněním nesou, plynou i ze zkušenosti, že je mnoho lidí nebere vážně, nevyslechne je, nenaslouchá jim, když jsou ve zhoršeném, nebo akutním stavu.

⁴ Srov. RIDGWAY, Priscilla, Diane MC DIARMID, Lori DAVIDSON, Julie BAYES a Sarah RATZLAFF. *Cesty k zotavení*. Lawrence, USA: University of Kansas School of Social Welfare, 2014. ISBN 9781503171916. Str. 3

⁵ Srov. Kazuistika Bára - jistota za zdmi versus naděje na „obyčejný“ život

1.1.1 Fáze Zotavení

„Zotavení má čtyři fáze, tou první je naděje, druhou zplnomocnění, třetí přijetí odpovědnosti a čtvrtou nalezení smysluplné životní role.“⁶

První fází zotavení je **naděje**, která je neopominutelnou hodnotou celé sociální práce. Bez naděje a víry, že se věci/stavy/lidé mohou měnit k lepšímu, bychom nemohli pracovat. O naději mluvil i Václav Havel.⁷ Bez naděje není možné věřit v úzdravu a v zotavení. Naděje je velkým motivačním prvkem, ale musí nabývat vizí, aby nebyla pouhým ideálem. Když chceme začít nějakou cestu, potřebujeme vizi.⁸ Jak, ale naději získat, pokud jsme zoufalí a na dně? Existuje mnoho cest, po kterých lidé mohou jít, dobré však je, pokud mají průvodce, který „je a není na“ jejich cestě, někdy jde kus cesty s člověkem, jindy se na čas odpojí, ale důležité je, že se nikdy úplně neztratí. Společně s průvodcem může člověk ověřovat a zkoušet své kroky a vize a získat představu o svých budoucích možnostech.⁹

Druhou fází je **zplnomocnění**. *„K tomu, aby lidé dělali pokroky, je třeba, aby věřili ve své vlastní schopnosti a byli si vědomi své vlastní moci.“¹⁰*

Zplnomocnění je velkou výzvou pro lidi s duševním onemocněním, ale v mnoha případech i pro jejich průvodce. Pracovníci často řeší ochranu lidí a někdy zbytečně moc „pomáhají“. Ze zkušeností víme, že v některých případech je lépe chvíli nedělat nic, aby si člověk sám zkusil prožít úspěch nebo neúspěch. *„Přijetí sebe sama v procesu zotavení je definováno schopností člověka a ochotou přijmout, že je člověk kvůli duševní nemoci v současné chvíli*

⁶ M. Ragins, str. 20

⁷ „Naděje není to přesvědčení, že něco dobře dopadne, ale jistota, že má něco smysl - bez ohledu na to, jak to dopadne.“ Václav Havel

⁸ Srov. Ragins str. 20

⁹ Srov. Tamtéž str. 20

¹⁰ M. Ragins, str. 20

omezen. *Nová realita přijetí sebe sama je rozhodujícím faktorem v tomto procesu.*¹¹ Přijetí nemoci se ovšem nemá stát něčím, co nás na cestě k zotavení bude blokovat, možná nás na chvíli zdrží, ale má být prvním krokem na cestě, abychom mohli kráčet dál.

Pro mnoho lidí je rozhodování o vlastním životě novinkou. Někdy nemoc v životě lidí působí i takovým způsobem, že v koloběhu hospitalizací a užívání léků a vyrovnávání se s tím, že jsou nemocní, lidé zapomenou, že vůbec mají možnost se rozhodovat, že mají právo na vlastní sny, přání a názory. *„Lidé musejí často nejprve zažít úspěch, než uvěří tomu, že mohou být úspěšní.*¹² V roce 2021 byl proveden výzkum zabývající se faktory, které ovlivňují proces zotavení. *„Z výsledků výzkumu vyplynula důležitost více typů sociálních vazeb, včetně sociální podpory, zapojení do komunity, vnímaného sociálního statusu a stigmatu, a také duševní stav každého člověka při vnímání zotavení z duševní nemoci. Hypotéza výzkumu, která hledala souvislost mezi čtenářskou gramotností a zotavením, nebyla výzkumem podpořena.*¹³

Odpovědnost za sebe sama je třetí fází zotavení, která může být velmi obtížná, protože je to v některých případech po velmi dlouhé době, kdy člověk přichází na to, že odpovědnost je na něm a ne na lékaři, průvodci, rodičích. Převzít odpovědnost v důsledku znamená „...začít riskovat, zkoušet nové věci a

¹¹ GARVERICH, Suzanne, Christopher G. PRENER, Margaret E. GUYER a Alisa K. LINCOLN. What matters: Factors impacting the recovery process among outpatient mental health service users. *Psychiatric Rehabilitation Journal* [online]. 2021, 44(1), 77-86 [cit. 2021-5-4]. ISSN 1095158X. Dostupné z: doi:10.1037/prj0000407 str. 83 (Do ČJ přeloženo autorkou diplomové práce.)

¹² M. Ragins, str. 21

¹³ GARVERICH, Suzanne, Christopher G. PRENER, Margaret E. GUYER a Alisa K. LINCOLN, str. 84

*učit se ze svých chyb a selhání, ale také odpoutat se od pocitů viny, hněvu a zklamání...*¹⁴

Poslední fází zotavení je **smysluplná životní role**, kterou by v ideálním případě měl člověk nalézt a neměla by mít nic společného s jeho nemocí.

*„Nově získané postoje jako jsou naděje, důvěra a větší odpovědnost za sebe sama, se musejí uplatnit v „normálních“ rolích zaměstnance, syna, matky, souseda.*¹⁵ V českých podmínkách je někdy problémem nepochopení okolí a omezený přístup na otevřený trh práce, složitější podmínky bydlení, nebo nedostatečné finance při uznání invalidity bez výplaty invalidního důchodu. Lidé se potom nemohou cítit začlenění, pokud nemají uspokojenou jednu, nebo dokonce více ze základních potřeb jako je práce, bydlení, dostatečné finance. Fáze zotavení mohou být pro člověka mapou, která mu ukazuje cestu, a průvodci jdou s člověkem, pomáhají a také se spolu učí jak v mapě hledat, které cesty už prošli a nevedou ke správnému cíli. Člověk hledá nové cesty, které chce zkusit. Proces zotavení je u každého člověka jedinečný. Každý pokračuje svým tempem, nelze předvídat časový rámeček a rozsah zotavení. Proces je to nepochybně náročný.

1.1.2 Pilíře zotavení

Wilken popisuje faktory ovlivňující zotavení v pěti pilířích:

„Motivace, hnací motor zotavení, například naděje, přání, touhy

Identita: rozvoj osobní identity prostřednictvím budování vlastního životního příběhu a objevování vlastních silných stránek.

Znalosti a dovednosti včetně schopnosti vyrovnat se s postižením a rozvíjet svoji nezávislost.

¹⁴ M. Ragins, str. 21

¹⁵ M. Ragins, str. 21

Status a vytváření smyslu: rozvoj smysluplných aktivit, hodnotných společenských rolí a pozitivních vztahů.

*Sociální a materiální podpora včetně kontaktů s lidmi s podobnými zkušenostmi, bydlení, zaměstnání, odborné péče a podpory.*¹⁶

Motivace je každému člověku „palivem“ na cestě zotavení, po které chce jít. Vedou nás naše přání a naděje, že náš život přes všechna zklamání a zvraty může přinést naši jedinečnou životní cestu. Hledáním vlastní identity rozpoznáváme své silné stránky a učíme se přijímat své slabé stránky a sebe sama. Tím, že pochopíme vlastní hodnotu, a nalézáme svoji identitu a autenticitu jsme schopni i více tolerovat odlišnost ostatních lidí. Když se vydáme na cestu zotavení, postupně získáváme nové dovednosti a znalosti a rozvíjíme svoji nezávislost, která se později odrazí v aktivitách, které nám dávají smysl a nalézáme v nich svoji jedinečnou a smysluplnou roli. K tomu, abychom mohli dojít k cíli, a najít svoji cestu k zotavení potřebujeme mít dostatečné zázemí, mít svoje místo k bydlení, práci, nebo jiný dostatečný příjem, ze kterého můžeme žít. Současně hledáme podporu v lidech kolem nás a v lidech kolem nás, kteří s námi sdílí své zkušenosti a provází nás na naší cestě.

1.2 Přístup CARE

CARE (Comprehensive approach to psychosocial rehabilitation) je zkratka pro komplexní přístup v psychosociální rehabilitaci. Vyvinuli jej za posledních třicet pět let Jean Pierre Wilken a Dirk den Hollander z Nizozemska a nyní se používá ve více než patnácti zemích i v České republice.¹⁷ Inspirace CARE,

¹⁶ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. Str. 28

¹⁷ Srov. *The CARE Model* [online], 1 [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: <https://www.care-academy.com/the-care-model>. (Přeloženo autorkou diplomové práce.)

pochází ze čtyř zdrojů, zde uvádíme dva: britský, který upozornil na okolní prostředí člověka. Holandský přístup představuje psychiatr Detlef Petry, který byl příkladem v lidském přístupu ke svým pacientům a jejich dlouhodobým doprovázením.

Model CARE je určen k podpoře osob v situacích, kdy jsou obzvláště zranitelní v důsledku psychiatrických stavů, závislostí, bezdomovectví, chudoby a marginalizace v procesu jejich zotavování. Model CARE je zaměřen na zvýšení kvality života, zlepšení soběstačnosti jednotlivců a zapojení komunity v péči o člověka.

1.2.1 Teoretické rámce CARE

CARE, zahrnuje teorie, základní vizi, praktickou pracovní metodu a nástroje. Jeho základní podstata se v průběhu let nezměnila.¹⁸ CARE se primárně zaměřuje na podporu lidí, na zlepšení jejich úrovně kvality života. Metodologie CARE se postupem času vyvíjela pod vlivem nových vědeckých poznatků a sociálních hnutí. Dále bylo, CARE uplatněno i v jiných oblastech, např. v oblasti opětovného začlenění do práce. „*CARE se používá v zařízeních chráněného bydlení, ve službách péče o duševní zdraví, v sociálních službách, ve službách pro lidi bez domova, v týmech ACT, v podporovaném bydlení, v péči o mládež, forenzní péči a v péči o lidi se závislostí.*“¹⁹

Model CARE, zahrnuje i vzdělávací program, který podporuje účastníky, aby se stali nositeli nového přístupu a „činiteli změny“ ve své zemi. Rozvíjením znalostí vytvářením komunitních služeb a služeb založených na zotavení a nových iniciativ v oblasti reforem duševního zdraví, za využití procesu zotavení a sociálního začlenění.

¹⁸ Srov. The CARE Model.

¹⁹ The CARE Model.

1.2.2 Tři pilíře CARE

Metoda CARE, obsahuje tři pilíře – zotavování, zaměření na přítomnost a zplnomocňování.²⁰ Ve výzkumu z roku 2015 uvádějí autoři pět bodů (faktorů, které mají vliv na zotavení), které je třeba prozkoumat a posílit při práci s lidmi, kteří se zotavují. Popisovala jsem je již v předchozí kapitole o zotavení. Jsou to: motivace, identita, znalosti a dovednosti, sociální status, sociální a materiální zdroje.²¹

Systém CARE se orientuje na hodnotný život lidí zranitelných v oblasti duševního zdraví i v sociálních souvislostech.²² V metodě CARE, nacházejí pracovníci nástroj k podpoře lidí. Jsou s lidmi na cestě a hledají s nimi jejich kvalitu života, tak, jak si lidé přejí. V situaci, kdy člověk prožil velké trauma například psychózu, je zotavování směřováno na vyrovnání se s onemocněním a na návrat k běžnému životu, který člověk vnímá jako smysluplný.²³

„Ústředním cílem metodiky CARE je zlepšování kvalita života lidí s psychologickou nebo sociální zranitelností. Tento cíl řeší metodologie CARE třemi způsoby: (1) V realizaci přání a cílů klienta; (2) řešení zranitelnosti a posílení silných stránek; a (3) získání přístupu do člověkem požadovaného prostředí a zlepšení kvality životního prostředí klienta a sociálních sítí.“²⁴

²⁰ Srov. HOLLANDER, WILKEN. Str. 13

²¹ BITTER, Neis A., Diana P. K. ROEG, Chijs VAN NIEUWENHUIZEN a Jaap VAN WEEGHEL. Effectiveness of the Comprehensive Approach to Rehabilitation (CARE) methodology: design of a cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* [online]. 2015, 15(1), 1-11 [cit. 2021-5-4]. ISSN 1471244X. Dostupné z: doi:10.1186/s12888-015-0564-0 str. 4 (Přeloženo autorkou diplomové práce.)

²² Srov. HOLLANDER, WILKEN. Str. 13

²³ Srov. HOLLANDER, WILKEN. Str. 13

²⁴ BITTER, Neis A., Diana P. K. ROEG, Chijs VAN NIEUWENHUIZEN a Jaap VAN WEEGHEL. Str. 4

Proces zotavování je dvojitý. Osobní a v širším kontextu i sociální. Nejprve se člověk vyrovnává se svou situací (nemocí, postižením, krizí) a později se svým okolím, znovu se začleňuje a má podíl na životě ve své komunitě. Velký podíl při znovu začlenění nese komunita, proto je metoda CARE zaměřená také na práci s okolím člověka.²⁵

Dirk den HOLLANDER, a Jean Pierre Lambert WILKEN považují psychosociální rehabilitaci za: „...proces zahrnující aktivity zaměřené na pomoc osobě s psychickými, sociálními a dalšími omezeními s cílem maximalizovat kvalitu jejího života na osobní i sociální úrovni tak, aby tato osoba mohla uspokojivě fungovat doma, v zaměstnání a v dalších prostředích, která si sama zvolí.“²⁶ Tato definice velmi dobře vystihuje respekt k člověku v systému rehabilitace a postoj užívaný vzhledem k člověku i v multidisciplinárních týmech, které pracují s lidmi s duševním onemocněním. Metoda CARE v sobě rovněž obsahuje komplexní přístup k člověku v první řadě jako k lidské bytosti, která ovšem nežije ve vzduchoprázdnu, ale ve společenství lidí, v komunitě, v sousedství. Při práci s lidmi je proto potřeba nezapomínat na faktory jako jsou kvalita života, bezpečí a pracovní příležitosti. „...základní princip CARE je prostý: navázání osobně – profesionálního vztahu, v jehož rámci jsou co možná nejlépe naplněna klientova přání a jeho potřeby.“²⁷

Metoda CARE se v posledních letech výrazněji zaměřila na podporu zotavení a na další dva přístupy – přístup založený na přítomnosti a přístup založený na silných stránkách. Pracovník je člověku k dispozici svojí přítomností a zároveň se spolu s člověkem zaměřuje na posilování silných stránek (schopností, možností) a hledání příležitostí ke zplnomocnění

²⁵ Srov. HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. Str. 13

²⁶ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. Str. 15

²⁷ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. Str. 16

člověka.²⁸ Podstatným prvkem v metodice CARE je zjišťování toho, jak jednotlivý člověk vnímá kvalitu svého života a hledání aktivit, které člověku dávají smysl. Kvalita života souvisí v rámci CARE s osobními a životními doménami, mezi něž patří sebe péče, zdraví, bezpečí, a sociální vztahy. Smysluplnost je zásadním způsobem obsažena ve všech doménách a spojena s osobními hodnotami. Pocit smysluplnosti je potvrzován tím, že nám naše okolí, (sociální síť) dává najevo, že pro něj něco znamenáme.

1.2.2.1 Zotavení v CARE

Zotavení v systému CARE, znamená návrat do života a nalezení nového smyslu po prožitém traumatu.²⁹ Patricia Deegan popisuje podstatné charakteristiky zotavení. Charakterizuje zotavení jako z velké části vnitřní proces, který není přímočarý, ale vede cestou, která je lemována mnoha pády a opětovnými vzestupy. Klíčem k zotavení je dle Patricie přijetí skutečnosti, že co je pryč, již nelze vrátit. Toto přijetí je aktivním procesem, který vyžaduje značné osobní úsilí. Současně je proces zotavení především procesem učení a zrání. Podporou pro člověka v aktivní snaze o překonání následků onemocnění mohou být další lidé zapojeni např. v roli partnera či učitele.³⁰ Při zotavování oplakáváme ztráty a je to součástí procesu, kterým se dostáváme sami k sobě. Jdeme k jádru naší bytosti, odkládáme všechny masky. Cestou nacházíme svá zranitelná místa a loučíme se starou identitou. Hledáme strategie, jak se vyrovnat s břemenem stigmatu, které si pod vlivem nemoci a minulých událostí neseme. Pokud se držíme hledání silných stránek, vede nás to k posílení nezávislosti. Nalézáme vlastní identitu, která nesouvisí s nemocí.³¹

²⁸ Srov. HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. Str. 16

²⁹ Srov. HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. Str. 19 – 21.

³⁰ Srov. HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. Str. 22

³¹ Srov. HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. Str. 23

Významnou součástí zotavení je zpracovávání traumat a ztrát. „...výzkumy potvrzují významnou souvislost mezi psychotickými poruchami, traumatem a ztrátou. Ukazuje se například, že třicet procent všech psychóz vedoucích k hospitalizaci na psychiatrii má reaktivní charakter...“³² Důležité pro pomáhající pracovníky je mít otevřenou mysl a hledat s člověkem původ jeho smutku, nebo dlouhodobě „špatné nálady“. Rovněž být otevřený různým možnostem a způsobům řešení a nezapomínat na to, že diagnóza je důležitá, ale primárně je nejméně stigmatizující a nejvíce partnerské zjišťovat si informace od člověka, se kterým spolupracujeme.³³ „Spaniol a kol. zkoumali fáze zotavení a uvádějí, že člověk během zotavování prochází čtyřmi fázemi: „...ochromení postižením, zápas s postižením, život s postižením, život přesahující postižení...“³⁴ Fáze dle Spaniola jsou vymezeny z jiného úhlu pohledu než u M. Raginse, popisují „postižení“. Je to jemný detail v terminologii, ale pro člověka, který hledá své silné stránky je přiléhavější a méně stigmatizující popis fází dle M. Raginse. Zotavení je ve své podstatě intenzivním hledáním smyslu, které se nedá nijak urychlit. Události, které se staly, je třeba vidět v kontextu a důležitou součástí někdy bolestivého procesu je porozumění. Na pracovnících je, aby podpořili člověka v nechání si dostatečného prostoru a času k přijetí, pochopení a prožití toho, co se stalo, aby mohli v zotavení pokračovat do další fáze.³⁵ Při procesu zotavení nebývá člověk sám, čerpá ze svého přirozeného prostředí, v CARE to nazývají „systémem osobní podpory“, kde rozlišují peer podporu – podporu lidí, s nimiž máme blízký vztah, protože mají podobné zážitky, nebo jsou v podobné situaci.

³² HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. Str. 24

³³ Srov. HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. Str. 25

³⁴ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. Str. 28

³⁵ Srov. HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. Str. 30

A přirozenou sociální sít' – přátelé rodina, sousedé, kolegové.³⁶ Dále zdroje, které jsou dostupné ve společnosti (Školy, obchody, komunitní centra, pracovní příležitosti, finanční zdroje, nebo zdroje v okolním prostředí.) K hledání dostupných zdrojů v komunitě nás vedou i české Standardy psychosociální krizové pomoci „... přesvědčení „nejsme na to (a v tom) sami“, „i my můžeme pomoci druhým“, „společně to zvládneme“ a „na příště se připravíme“; vychází z předpokládaných a vyjádřených potřeb a hodnot zasažených lidí, rodin, obcí a organizací v oblastech sociální, psychické, duchovní a tělesné a aktivně povzbuzuje osobité strategie zvládnání zátěže a zacházení s vlastními silami a zdroji se zdůrazněním primárních (= neformálních) zdrojů sociální opory....“³⁷ Strategie pomoci druhým, i když sám potřebuji pomoci, pomáhá člověku na cestě ke zplnomocnění.

1.2.2.2 Přítomnost

Dalším zdrojem v CARE je přístup zaměřený na přítomnost vycházející z výzkumu A. Baarta realizovaného ve vyloučených oblastech. Ukázalo se, že pokud jsou lidé dlouhodobě ostrakizováni a „společensky nepotřební“ nabývají zkušenost, že na nich nezáleží. Baart si kladl otázku: Jak přistupovat k těmto vyloučeným lidem? Jak s nimi navázat kontakt? Na základě svých pozorování vyvinul teorii přítomnosti.³⁸ „Přítomnost“ - být a zůstat přítomen v životě lidí specifickým způsobem a využít tuto přítomnost jako odrazový můstek pro další smysluplné jednání.“³⁹

³⁶ Srov. HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. Str. 35

³⁷ *Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek.* Praha: Ministerstvo vnitra - generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR, 2010. ISBN 978-80-86640-51-8. Str. 6

³⁸ Srov. HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. Str. 35 - 36

³⁹ Tamtéž Str. 36

Být přítomen znamená být druhému k dispozici, být s ním v situacích na počátku i bez řešení problémů, a uznávat situaci člověka a zároveň ujišťovat druhého, že nám na něm záleží a přijímáme ho s jeho zvláštnostmi i odlišnostmi. To na čem záleží, je hodnota člověka jako člověka a péče o něj. Je třeba nikam nespěchat a šetrně a pozvolna hledat spolu s člověkem jeho silné stránky a schopnosti bez toho, že bychom druhého odepisovali. (I když se jeho schopnosti někdy tak jeví.)

Princip přítomnosti se dobře uplatnil v přístupu k Ladislavovi: *„Schizofrenie se u Ladislava projevuje hlavně tím, že má nedostatek vůle při téměř všech činnostech, nejraději by jen ležel, nemá sílu nic dělat. Ladislavovi bylo nabídnuto chráněné bydlení, ale nakonec tuto možnost odmítl s tím, že nechce mít organizovaný život.*

Do Centra duševního zdraví byl Ladislav navázán v lednu 2019, ale první navázání se nezdařilo. Až při další hospitalizaci Ladislava v roce 2020 Ladislav souhlasil, že bude v péči CDZ. Už mu nevadily naše návštěvy v nemocnici a navázal se na klíčovou pracovníci z týmu.“⁴⁰

Primární myšlenka přítomnosti spočívá ve vytvoření rovnocenného vztahu, mezi dvěma lidmi. Setrvávání s člověkem, bez zaměření na problémy. *„Důležité postoje v přístupu k přítomnosti jsou trpělivost, bezpodmínečná pozornost a vnímavost.“⁴¹* Teorie přítomnosti je v první řadě založena na vztahu a blízkosti a na tom, že jsme v první řadě všichni lidé. Pokud má být péče přínosná, musíme nejprve vybudovat vztah, a poté začít řešit ostatní věci.

„Základní charakteristiky přítomnosti:

- *Každá lidská bytost má právo na normální život*
- *Každá lidská bytost si zaslouží pomoc na své cestě za normálním životem.*
- *Každá lidská bytost má hodnotu, dokonce i ta, která je nepříjemná, komplikovaná, trpí poruchou, nebo má problémy se zákonem.*

⁴⁰ Srov. Kazuistika Ladislav příloha č. 3

⁴¹ BITTER, Neis A., Diana P. K. ROEG, Chijs VAN NIEUWENHUIZEN a Jaap VAN WEEGHEL. Str. 4

• *Každá lidská bytost je zpravidla schopna sama za sebe činit správná rozhodnutí.*⁴²

V přítomnosti se zaměřujeme na člověka a jeho život z různých hledisek, Baart hovoří o specializaci na úlohu „ne specialisty“.⁴³ První věc, kterou hledáme, je lidská bytost nikoliv problém. Někdy se zdá, že problém, který dotyčný člověk má, vyžaduje rychlé řešení. Po vyřešení základních věcí je, ale třeba vrátit se k člověku a zpomalit. *„Čas nehraje roli a to ani v době krize. Osobní historie nakonec vždy zvítězí nad odbornou anamnézou a akutní krizi lze správně pochopit pouze z hlediska komplexní biografie jedince.*⁴⁴

1.2.2.3 Zplnomocňování

Třetím pilířem CARE je zplnomocňování. *„Je to proces posilování, v rámci, kterého se jednotlivci vyrovnávají s vlastní situací a prostředím získáváním kontroly, zdokonalováním kritického myšlení a odvahou se zapojit.*⁴⁵ Klíčovým prvkem zplnomocnění je proces posilování, kdy je kladen akcent na všechny oblasti života – silné stránky, osobní pohodu, zdraví, vlivy okolního prostředí. Vědomí zranitelnosti nám nesmí bránit hledat potenciál a silné stránky člověka. Vyhledávání pozitivních a silných stránek má za cíl zmírňovat negativní hlediska dané situace.⁴⁶

Zplnomocnění, jako jeden z pilířů CARE, se ukázalo jako nosné v příběhu Quida: *„Quido se během několika dní sám dostal do bodu, kdy pochopil, že hospitalizace je na spadnutí/blízko a tím pádem si mohl uvědomit, že to nechce. Řekl nám, že nechce být hospitalizovaný, a začal se podle toho chovat. Začal brát léky, probíhal schůzky i s psychiatrem. Psychiatr je pro Quida autorita a to také zafungovalo. Byl tam jeden*

⁴² HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. Str. 38

⁴³ Srov. HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. Str. 39

⁴⁴ Tamtéž str. 42

⁴⁵ Tamtéž., Str. 44

⁴⁶ Srov. HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. Str. 45

*moment, kdy všichni byli připraveni volat RZS, ale Quido se choval velmi rozumně. Najednou měl kontakt s realitou, pochopil, že jeho chování má důsledky.*⁴⁷

CARe je komplexní metoda, která podporuje silné stránky člověka a v systému CARe je dáván velký důraz na lidskou důstojnost a respekt k člověku. Pozoruhodným prvkem CARe je bezesporu pilíř „přítomnost“, který v sobě zahrnuje přístup k člověku bez hodnocení, bez hledání problémů, vycházející ze silných stránek člověka a směřující k bytí s člověkem, „umožnění“, aby se věci děly. Přítomnost uvádí profesionála do zdánlivého stavu bezmoci. Opak je však pravdou, protože ve chvíli kdy je důraz kladen na navazování vztahu, je přítomnost a poznávání jeden druhého nejlepší cestou k nastartování procesu zotavení.

1.3 Otevřený dialog⁴⁸

Otevřený dialog (dále jen OD) je terapeutický přístup, nebo terapeutická metoda vycházející z pojetí vývojového psychologa Vygotského, který navázal na M. Bubera a E. Lévinase. *„Idea dialogu není v psychoterapii, nebo v psychosociální práci ničím novým. Lze prostě namítnout, že dialog je v jádru, pokud tedy není dokonce samotným jádrem, veškeré práce zaměřené na zplnomocňování.*⁴⁹ Idea dialogu tedy není v psychoterapii neznámá, ale v praxi se setkáváme s potížemi profesionálů, kteří řeší, jak tuto ideu aplikovat na běžné, nebo krizové situace, jak být respektující, nehodnotit člověka, ale spíše ho vyslechnout, neinterpretovat, ale citlivě se doptávat na situaci člověka. Dialog je tedy nosným prvkem psychoterapie a tedy i terapeutického přístupu

⁴⁷ Srov. Kazuistika Quido - svoboda na hraně versus bezpečí v nemocnici.

⁴⁸ V originále „Open dialog“.

⁴⁹ SEIKKULA, Jaakko a Tom Erik ARNKIL. *Otevřené dialogy: setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Vyd. 1. v českém jazyce. [Brno]: Narativ, 2013. ISBN 9788026043461. Str. XX.

otevřeného dialogu, kde je kladen důraz na svobodu a vlastní rozhodování člověka v situaci krize.

Lidé ve Finsku, při své práci s lidmi s duševním onemocněním hledali, jak začít „jinak“ pracovat s lidmi s duševním onemocněním. Pochopili, že pokud se člověk musí adaptovat na systém, (nechat se hospitalizovat, adaptovat se na systém v nemocnici, včetně užívání medikace) výsledky nejsou uspokojivé. Vytvořili obrat v chápání péče o člověka a přizpůsobili systém člověku v krizi. Vedla je otázka „Co můžeme udělat, abychom zlepšili vztah lidí, kterým chceme pomoci, k pomáhajícím pracovníkům?“ Postup vyvíjeli společně, nebylo lehké prokázat, že má smysl přizpůsobit systém jednotlivcům. (Většinový systém je stále založen na přijetí systému, do kterého jako lidé vstupujeme. V nemocnicích, na úřadech apod.)

OD začali vytvářet přibližně od poloviny osmdesátých let. Metodu tvoří model léčby přizpůsobený potřebám, rozšířený o dialogickou teorii, sociální konstrukcionismus a postupy rodinné terapie. Jde o styl organizace léčby a specifickou podobu rozhovoru při setkání.⁵⁰ Jedná se o konkrétní typ psychoterapeutické práce a současně charakteristický styl uspořádání péče o osoby v akutní psychosociální krizi. Koncept OD vede k nastolení otevřenější a spontánnější výměny mezi rodinou a pracovníky s využitím konceptu „dialogismu“ filologa Bachtina.⁵¹ Spolupráce v otevřeném dialogu *“...je založena na multidisciplinární práci mobilních týmů, které organizují setkání s pacienty a jejich blízkými primárně v jejich přirozeném prostředí.”*⁵² Multidisciplinární týmy fungují primárně v terénu (v komunitě). Členové týmů jsou schopni flexibilně reagovat na situaci člověka. Přizpůsobují

⁵⁰ Srov. Tamtéž str. 10

⁵¹ Srov. Tamtéž str. XIII

⁵² *Otevřený dialog* [online]. Praha [cit. 2021-04-11]. Dostupné z: <http://www.otevrenedialogy.cz/index.php/otevreny-dialog/puvod>

se na prvním místě konkrétnímu člověku s jeho konkrétními potřebami. V tom tkví zjevný obrat oproti původnímu nastavení, kdy se člověk přizpůsoboval pevně organizovanému systému v instituci.

Negativní zkušenost se „systémem“ si zažila i Veronika: „*Po této události byla svolána případová konference OSPOD. Pro nás jako tým, který se snaží pracovat s principy otevřenosti a řešit věci s lidmi, za jejich přítomnosti, to byl jeden z velmi nepříjemných zážitků. Veronika byla ke konferenci přizvána, ale nakonec celá schůzka probíhala o ní, bez ní.*“⁵³

Dle výzkumů jsou doloženy výsledky otevřeného dialogu v oblasti léčby krizí (z okruhu psychóz). „*...okolo 75 % léčených je schopno vrátit se do dvou let do práce nebo ke studiu, přitom jen asi 1/3 dostává v průběhu léčby antipsychotickou medikaci a jen asi 20 % zůstává po dvou letech dlouhodobě na této medikaci.*“⁵⁴

Přístup OD je velmi přirozený, ale pro mnoho lidí, i těch, kteří se pohybují v systému péče o lidi s duševním onemocněním, značně nezvyklý, a může působit složitě. Jako princip založený na „nevědění“ je v přímém rozporu popisu práce například lékaře, který „*má vědět*“. Australský výzkum poukázal na dilemata v práci psychiatrů: „*...Nutnost psychiatrů mít kontrolu a odpovědnost, pokud jsou v případě úmrtí klienta odpovědní, se ukázala jako dilema pro upřednostnění hlasu a autonomie uživatele služby.*“⁵⁵

Ve své práci jsme ve většině profesí školeni v tom, abychom věděli a znali odpovědi, ale to nám může nakonec bránit v tom poznat druhého člověka bez hodnocení, bez analýz, které nám často běží hlavou při rozhovorech s lidmi. Skorunka popisuje svoji zkušenost ze stáže kde kolegové z týmu v Jorvi Hospital analyzovali překážky, které při realizaci OD museli překonávat:

⁵³ Srov. Kazuistika Veronika – matka versus nemoc

⁵⁴ Srov. *Otevřený dialog* [online]. Praha [cit. 2021-04-11]. Dostupné z: <http://www.otevrenedialogy.cz/index.php/otevreny-dialog/puvod>

⁵⁵ Srov. SCHUBERT, RHODES a BUUS (Přeloženo autorkou diplomové práce.)

„• *Zajištění kontinuity, aby stejný tým pracoval s jedincem/rodinou po celou dobu léčby.*

- *Schopnost tolerovat značnou míru nejistoty.*
- *Zvyknout si na to, že s klientem/pacientem/ rodinou se pracuje v týmu, nikoli individuálně.*
- *Zachovat si vnímavost k pozitivnímu, nevidět jen symptomy a patologie.*
- *Vyhnout se obviňování a expertnímu interpretování.*
- *Schopnost slyšet, vidět a tolerovat různé perspektivy.*
- *Rozvíjet a udržet dialogický přístup v přísně hierarchickém prostředí.*⁵⁶

Všechny tyto body s sebou nesou velký nárok na facilitátory⁵⁷, kteří vedou setkání. Už první bod „zajištění kontinuity“ se může stát problematickým při onemocnění jednoho z facilitátorů. Pokud má „člověk v centru dění“ paranoidní prožívání, mohou pro něj být jakékoliv změny v množství lidí na setkání, nebo ve výměně facilitátorů velmi nepříjemné. Velké změny mohou vést až k ukončení setkávání.

Celý systém OD je založen na předpokladu, že člověk sám je expertem na svůj život a pokud má prostor říci svůj názor a je vyslyšen, pomůže mu to najít správná řešení. Když se lidé dostávají do problémů, řešení je v nich, a úkolem přítomných je pomoci řešení se vynořit. OD je tím vytvořením prostoru, kde lze mluvit o věcech, o kterých dříve mluvit nešlo. V centru pozornosti je vztah, případně vztahy lidí, kteří jsou s námi na setkání.

Tématu otevřeného jednání s člověkem se budeme věnovat ve výzkumné části práce v kazuistice Petry: *“Po této schůzce za námi druhý den matka přišla, a chtěla situaci Petry řešit. Vyhodnotili jsme její požadavek jako střet zájmů, protože klíčová pracovnice s matkou mluvit nechtěla z respektu k Petře a pracovnice ani neměla souhlas podávat informace*

⁵⁶ SEIKKULA a ARNKIL, str. XI

⁵⁷ Facilitátor je v otevřeném dialogu moderátor setkání, ideálně bývají na setkání OD dva facilitátoři.

matce a za druhé naše setkání mají sloužit k tomu, abychom si to co chceme říci, řekli na schůzkách k tomu určených.“⁵⁸

Rostoucí důkazy o otevřeném dialogu a kompatibilita modelu s přístupem k duševnímu zdraví založeným na lidských právech (von Peter et al., 2019) dále vedou ke zvýšené implementaci otevřeného dialogu na mezinárodní úrovni.⁵⁹

Jedním ze základních pravidel OD je přítomnost člověka (který prožívá psychózu, nebo podobný stav) u veškerého dění, od samého počátku léčby. Podstatným momentem v péči o člověka, který je v akutní fázi své nemoci je preference anxiolytik před neuroleptiky. V minulosti (V České republice dodnes v mnoha případech.) bylo běžné „pomoci“ člověku podáním neuroleptik a po „zlepšení“ jeho stavu, přicházelo na řadu přemýšlení o tom, z jakého důvodu došlo ke zhoršení stavu člověka. V případě OD dochází k „opačnému“ řešení, které je dle výzkumů⁶⁰ průkazně více vyhovující pro člověka a jeho rodinu/ okolí/ sociální síť. *„Dalším krokem bylo vybudování psychiatrického systému zaměřeného na rodinu a síť. Uvědomění si důležitosti dodržování prvních setkání, hned jak je to možné poté, co nastala krize. To vedlo k rychlému poklesu potřeby hospitalizovat člověka.*“⁶¹

Plánování postupu péče se děje vždy za přítomnosti člověka a rodiny, případně všech lidí, které si na setkání daný člověk přeje mít.⁶² Hospitalizace

⁵⁸ Srov. Kazuistika Petra - ochrana člověka versus upřímný vztah důvěry?

⁵⁹ Srov. SCHUBERT, RHODES a BUUS v části výzkumu „introduction“

⁶⁰ „Nezřídká se psychotické chování dramaticky zmírnilo, již během jednoho setkání.“ SEIKKULA a ARNKIL, str. XIV

⁶¹ SEIKKULA, ARNKIL a ERIKSSON str. 6

⁶² „Rodina přestala být pouhým objektem léčby naplánované profesionály.“ SEIKKULA, JAAKKO, TOM ERIK ARNKIL a ESSA ERIKSSON. *Postmodern Society and Social Networks: Open and Anticipation Dialogues in Network Meetings* [online]. Léto 2003, 19 [cit. 2021-04-11]. Dostupné z:

se stala důvodem k přizvání sítě člověka, bez nutnosti předchozích analýz, zda je rodinné terapie třeba.⁶³ Členové týmu na setkáních otevřeně mluvili o svých názorech na péči, a o tom, co slyšeli od člověka. Ukázalo se, že se člověk (klient) začal chovat jinak. Pochopili, že nejlepším způsobem plánování je společné plánování. Úhel pohledu pracovníků na jejich profesní identitu se změnil. Viděli, že jejich vlastní změna podpořila změnu rodiny i člověka.⁶⁴

Z výzkumu, který byl proveden v letošním roce v Austrálii, při zavádění otevřeného dialogu do praxe vyplývá, že: „*Někteří psychiatři hovořili o mocenské nerovnováze mezi lékařem a pacientem. Poukázali na své hluboké odhodlání podporovat důstojnost klienta, spíše než zdůrazňovat patologické potíže.*“⁶⁵

1.3.1 Principy OD

Otevřený dialog má svá pravidla, nebo principy, které zformuloval Jaako Seikkula. Na tomto místě uvádím sedm principů, ale existuje i dvanáct „kritérií věrnosti“⁶⁶ dle kterých mohou facilitátoři po proběhlém setkání usuzovat do jaké míry se drželi pravidel při setkání. Pravidla OD se zdají být jednoduchá,

https://is.muni.cz/el/1423/podzim2008/PST433/um/Seikkula_and_Arkill.pdf str. 6 (Přeloženo autorkou diplomové práce.)

⁶³ Srov. SEIKKULA a ARNKIL str. 23

⁶⁴ Srov. SEIKKULA, ARNKIL Str. 23

⁶⁵ SCHUBERT, Samantha, Paul RHODES a Niels BUUS. Transformation of professional identity: an exploration of psychologists and psychiatrists implementing Open Dialogue. *Journal of Family Therapy* [online]. 2021, 43(1), 143-164 [cit. 2021-04-11]. ISSN 01634445. Dostupné z: doi:10.1111/1467-6427.12289 v části textu *Pre-existing position one: distancing oneself from the medical model as a 'fixer' of mental illness.*

⁶⁶ Viz. Příloha č. 1

ale při uvádění do praxe můžeme narážet na různé překážky. (Například někdy není možné sejít se s člověkem v krizi do dvaceti čtyř hodin, nebo nejsou k dispozici dva facilitátoři.) Současně se může ukázat, že ne u každé krize je potřeba, aby byla zastoupena (využita) všechna pravidla. Nyní popíšu sedm principů, kterými se OD řídí, poslouží nám při představě, za jakých okolností setkání probíhají, jak jsou rozdělené zodpovědnosti jednotlivých lidí na setkání, a znázorní se nám tím i základní přístup OD k člověku.

1.3.1.1 Okamžitá pomoc

Prvním principem je „okamžitá pomoc“, která má být člověku v krizi poskytnuta do 24 hodin. (V nejzazším případě do 48 hodin.) Lidé, kteří svolávají setkání, zjišťují, co je důležité pro člověka, který je v krizi. Koho chce na setkání mít a koho už ne? V jakém prostředí chce dotyčný, aby setkání proběhlo? K přáním „člověka v centru dění“⁶⁷ se přistupuje s respektem a úctou. Jedním z důležitých cílů OD je předcházet hospitalizaci člověka. I když může projev člověka v psychóze působit nekonzistentně, po čase se může ukázat, že člověk mluvil o reálných událostech ze svého života. Může se jednat o děsivé události, které člověk nemohl sdělit před tím, než se rozpoutala krize.⁶⁸

1.3.1.2 Zapojení sociální sítě

Druhý princip spočívá v „zapojení sociální sítě člověka“, který se ocitá v centru dění. Od okamžiku, kde se dozvíme, že někdo potřebuje pomoci, přemýšlíme, kdo by to mohl být. Všichni lidé, kterých se to týká, by měli být přizváni na setkání, se souhlasem osoby, kvůli které se setkání koná.

⁶⁷ Člověk v centru dění je ten, kvůli kterému je setkání svoláváno. Zajímavé však je, že osoba, kterou v tu chvíli nazýváme v krizi, nebo nemocnou může být člověkem, který je v tu chvíli nositel „problému“, ale sám se v krizi necítí.

⁶⁸ Srov. SEIKKULA a ARNKIL, str. 51

Stanovíme si, kdo má být ten, kdo přizve další lidi. Jestliže se někdo nemůže zúčastnit, hledáme jiné možnosti, aby mohl zaznít jeho hlas.

1.3.1.3 Flexibilita a mobilita

Třetím principem je „flexibilita a mobilita“. V OD reagujeme na potřeby člověka a rozhodujeme se o nejvhodnějších postupech. Pokud se chceme setkávat s lidmi tam, kde jim to vyhovuje, musíme být mobilní. Léčba je šitá na míru člověka v krizi. Místo setkávání se určuje dle potřeb člověka, ale nejčastěji probíhá v domácím prostředí. Přirozené zdroje rodiny jsou zde dostupnější.⁶⁹

1.3.1.4 Přijetí odpovědnosti

„Přijetí odpovědnosti“ je čtvrtým principem OD. Odpovědnost je kladena na pracovníka, který první přijme informaci o situaci člověka. Nikomu nereferuje, nesděljuje informace o situaci člověka, pouze pozve lidi, které je třeba přizvat na setkání. Přebírá zodpovědnost za svolání prvního setkání a přizvání týmu. Pracovníci musí dobře zvážit koho na setkání přizvat, na koho nezapomenout.

1.3.1.5 Psychologická kontinuita

Pátý princip představuje „psychologickou kontinuitu“, která tkví v zodpovědnosti, být s člověkem tak dlouho, jak je třeba. Obtížné je, že nevíme, jak dlouho krize bude trvat a nebezpečí je v předávání do jiných služeb, kde se poté ztrácí kontinuita péče. Psychologická kontinuita má zajistit, aby člověk v krizi, nemusel vyprávět, co prožívá, několikrát za sebou několika lidem. V OD je možné využívat různé terapeutické metody, které spolu zde nesoupeří, ale navzájem se podporují.

⁶⁹ Srov. SEIKKULA a ARNKIL, str. 54

1.3.1.6 Tolerance nejistoty

Princip „tolerance nejistoty“ bývá největší výzvou pro pomáhající pracovníky, (facilitátory). Během své praxe čerpáme mnoho informací a vědomostí, ale málokdo z nás ví, kdy tyto vědomosti relevantně použít. Princip tolerance nejistoty nás učí respektovat, že nevíme, co je pro druhého dobré, a proto také šetříme radami, klademe otázky a hledáme cestu. Při setkávání ve fázi krize se neuzavírá kontrakt, ale domlouváme se, zda a kdy se setkáme příště.

1.3.1.7 Dialogismus

Posledním principem je „dialogismus“. Dialogismus v tomto smyslu znamená, že mají zaznít všechny hlasy přítomných lidí. Každý účastník setkání na začátku promluví. První otázky klademe otevřené: „S čím přicházíte?“ Veškeré diskuze odborníků patří na setkání. Respekt ke druhému člověku nás vede k opatrnosti a zřeknutí se interpretací a parafrázování, protože pak by se mohlo zdát, že naše parafráze jsou „lepšími“ slovy, než jak to řekl člověk v krizi. Na závěr je důležitá pozitivní zpětná vazba a poslední slovo pro člověka v centru dění.⁷⁰

1.3.2 Otevřený dialog v České Republice

Otevřený dialog se v České republice používá například v organizaci Zahrada 2000. Od roku 2018 zaváděli metodu otevřeného dialogu do přímé praxe s klienty i do procesu řízení v jejich organizaci. Zahrada 2000 od roku 2019 nabízí i akreditovaný výcvik v rozsahu 150 hodin. Spolek Narativ Brno se zabývá „...*různými aktivitami, které jsou všechny spojené s postmoderními*

⁷⁰ Srov. Materiály z výcviku v Otevřeném dialogu viz Příloha č. 2

přístupy k terapii, vzdělávání a dalším praxím.“⁷¹ Narativ je ... “vztahová či sociální platforma se záměrem šířit postmoderní praxi v České republice, a na Slovensku.“⁷² Narativ od listopadu 2018 pořádá akreditované roční výcviky v rozsahu 128 hodin. Narativ a Zahrada 2000, získaly v lednu 2021 akreditaci k pětiletému psychoterapeutickému výcviku v OD. V terénní práci se OD v Praze využívá v centrech duševních zdraví a v komunitních týmech Fokusu Praha z.ú.⁷³ V roce 2020 vznikla „Pražská skupina pro otevřený dialog“, která se schází jedenkrát měsíčně. Jsou zde zastoupeni lidé s výcvikem v OD i bez zkušeností s OD a společně se učí aplikovat OD do své praxe v práci s lidmi s duševním onemocněním.

Principy Zotavení, CARE a Otevřeného dialogu se k lidem obrací primárně jako k lidem a pokud jsou správně uchopeny, (s pomocí pracovníků – průvodců) pomáhají nacházet člověku jedinečnou cestu k zotavení. Dávají podněty k objevení svého vlastního smysluplného místa v životě i s obtížemi, které si každý člověk nese. Prezentují, jak postupovat při řešení krizových situací, (nebo při síťových setkáních) s co největším respektem a ohledem na člověka. Zotavení je zde principem, který je základem respektující péče o člověka s duševním onemocněním, dává mu naději a směr na jeho životní

⁷¹Narativ: *vztahová sociální platforma* [online]. [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <http://www.narativ.cz/cs/o-nas>

⁷²Tamtéž. Web Narativ.

⁷³ Fokus Praha z. ú. je jednou z největších neziskových organizací v ČR, jejíž posláním je podpora lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Pro tyto lidi nabízí komplexní komunitní péči v neustavních podmínkách, prostřednictvím komunitních týmů, Psychoterapie, a dalších služeb zaměřených zejména na sociálně-rehabilitační a volnočasové aktivity. Od roku 2018 Fokus Praha z. ú. spolu s PN Bohnice zakládá Centra duševního zdraví v Praze. Aktivně se podílí na realizaci reformy péče o duševní zdraví. Fokus Praha je členem Fokusu ČR a řady dalších platform v rámci ČR v rámci mezinárodní spolupráce. (*Fokus Praha* [online]. Praha [cit. 2021-5-23]. Dostupné z: <https://fokus-praha.cz/pomahame4>)

cestě, s pomocí „průvodce“ (pracovníka) pomáhá člověku nalézat své vnitřní zdroje a silné stránky. Zotavení nestaví na diagnózách, které člověk „dostane“, ale může pomoci člověku, který se ztratil v koloběhu nemoci najít opět sám sebe. Zotavení se táhne jako červená nit péčí o člověka s duševním onemocněním a prostupuje do systému CARE, kde nalézáme jeho principy v konkrétní péči o člověka v systému sociální rehabilitace. Základním pilířem je zde navázání vztahu s člověkem s respektem k jeho přáním a k jeho lidské důstojnosti bez ohledu na situaci, ve které se právě nachází. Princip přítomnosti zahrnutý v CARE nám ukazuje, jak důležité je zůstat trpěliví a čekat a dokázat nedělat „nic“. Celý přístup otevřeného dialogu vede (pracovníky) až téměř k popření sebe sama z důvodu respektu k člověku, protože nevíme co je pro druhého to nejlepší. Princip OD ponechává velkou svobodu a přijímá člověka takového jaký je, ve své konkrétní situaci. Podpora člověka netkví v okamžitém řešení situace, ale v naslouchání a společném hledání bez ovlivňování člověka, bez interpretování, bez doptávání se na věci, které nás zajímají, (ale pro člověka mohou být irelevantní). Vynořuje se potřeba být opatrný v jednání s druhým, promýšlet způsob jakým například pracovník sdělí člověku svůj názor na službu, kterou doporučí. Názor pracovníka může člověka ovlivnit natolik, že už se nerozhoduje podle sebe. Podobně, velmi záleží na způsobu, jakým lékař sdělí diagnózu člověku, který onemocněl. Jestli sám sebe určí do role experta, který svým sdělením a zdůrazněním patologie ovlivní život člověka na několik let, (Uvede člověka do bezmoci a ztráty své důstojnosti, protože kým nyní je? Už jen „diagnózou“?) nebo jestli zvolí partnerský a otevřený přístup bez stigmatizace a nabídne člověku různé pohledy a varianty jak smysluplně žít i s nemocí. V následující kapitole se budu věnovat problematice asertivní péče, která je založena na porozumění člověku, který chce žít život podle svých představ. Asertivní péče stejně jako otevřený dialog přizpůsobuje systém péče člověku a nenutí člověka

přizpůsobovat se vybudovanému systému. Vychází z potřeb a přání člověka a zahrnuje v sobě jedinečný, individuální přístup ke každému člověku. Asertivní péče a služba Centra duševního zdraví, je uvedena jako příklad toho, jak péče o člověka v komunitě může vypadat, bude představena v další kapitole. Centrum duševního zdraví řeší i situace člověka, kdy je třeba, (ideálně dle předem domluvených dohod) volit hospitalizaci. V ideálním případě domácí hospitalizaci s intenzivními návštěvami týmu, v opačném případě hospitalizaci v nemocnici, která ovšem může přinést i pozitivní zkušenosti.

2. Přístup k lidem v systému asertivní péče – Člověk na prvním místě.

Člověk je bytost určená pro život ve společenství (komunitě) a realizující se ve vztazích. Vzájemné vztahy nám pomáhají nést každodenní radosti i bolesti, ale současně narážíme na limity své i ostatních lidí. Řešíme, jak se zachovat v situacích kdy už o sobě druhý člověk nerozhoduje, protože se dostal do stavu nemoci, ohrožení, omezení svých schopností a dovedností a potřebuje naši pomoc, nebo naše rozhodnutí, jak postupovat dál. To jsou chvíle, kdy potřebujeme svá rozhodování opírat o lidskou důstojnost, respekt k člověku a právo člověka, vědět co se děje, právě proto, že nemůže projevit svoji vůli.

Filozofie přístupu asertivní péče vychází z názoru, že člověk má právo, žít kde chce, a s kým chce. Za předpokladu, že život člověka bude naplněnější, pokud si ho uspořádá podle svých představ.

2.1 Co je asertivita?

Na začátku této kapitoly se dotknu pojmu asertivita, který je v komunitní péči zmiňován. Vališová asertivitu definuje jako „... způsob komunikace a jednání, kterým člověk vyjadřuje a prosazuje upřímně, otevřeně a přiměřeně své myšlenky, city, názory a postoje jak pozitivní, tak i negativní podoby. Postupuje tak, aby neporušoval asertivní práva svá, ani ostatních lidí.“⁷⁴ V asertivní péči jde o stejné principy, které popisuje definice, tedy o upřímnost, otevřenost a respekt k právům a důstojnosti druhého člověka. Asertivitu

⁷⁴ VALIŠOVÁ, Alena. *Asertivita v rodině a ve škole aneb Zásady přímého jednání mezi dětmi, rodiči a učiteli*. Praha: H & H, 1992. ISBN 808546702x.str. 11

v kontextu komunitní péče vnímám jako způsob vyjití z „pracovny“ za člověkem do jeho přirozeného prostředí, do komunity, do jeho domova, kde má své blízké, přátele, sousedy. Do prostředí, kde zná „své“ lidi v trafice, v obchodě s potravinami, v knihovně. V této souvislosti se jedná i o „nechtěnou péči“, o jemné, ale otevřené a respektující přesvědčování lidí a navazování vztahů s lidmi, kteří mají s přijetím pomoci, nebo se začleněním v komunitě problémy.

2.2 Co je asertivní péče?

Asertivní péče je péče, která probíhá v komunitě, na místě, kde člověk žije. Komunita je pro člověka místo, kde hledá podporu a kam by mohl patřit, člověk zde může nacházet společné zájmy s ostatními. Komunita je místo kde fungují úřady, a kde operuje komunitní tým. Péče, která probíhá v komunitě, je její součástí, dále jí rozvíjí a posiluje. Péče může být lůžková, ambulantní, sociální, zdravotní, svépomocná. *„Komunitní péče je navržena tak, aby poskytovala služby v oblasti duševního zdraví, které jsou zaměřené na člověka a individualizované tak, aby vyhovovaly potřebám každého člověka.“*⁷⁵

2.2.1 Historie asertivní péče

Počátky asertivní (komunitní) péče sahají do západní Evropy a Spojených států padesátých a šedesátých let 20. Století.⁷⁶ *„Dva nejsilnější faktory, které*

⁷⁵ GANS, Steven. *The Basics of Assertive Community Treatment* [online]. 2019, duben 2019 [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: <https://www.verywellmind.com/assertive-community-treatment-4587610>. (Přeloženo autorkou diplomové práce.)

⁷⁶ Srov. ŘÍČAN, Pavel. *Úvod do komunitní péče o duševně nemocné* [online]. In: Leden 2007, s. 8 [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: https://www.crpdz.cz/dokumenty/uvod_do_komunitni_pece_pavel_rican.pdf

vedly k rozvoji komunitního principu v péči o duševně nemocné, byly pravděpodobně za prvé, poznatek, že dlouhodobý pobyt v uzavřené instituci je sám o sobě škodlivý, (hovoří se o hospitalismu).⁷⁷ Za druhé skutečnost, že se objevily nové léky (antipsychotika).⁷⁸ Pobyt člověka v psychiatrické léčebně, dnes již v psychiatrické nemocnici je jistě velkým zásahem do života člověka. Tím, je ale pobyt v každé nemocnici. V oblasti psychiatrie se, ale setkáváme s velkou stigmatizací⁷⁹, delším výpadkem ze života, práce, rodiny. Pokud člověk nemá zázemí, žije sám, bez rodiny vlivem delší hospitalizace se v jeho životě může změnit mnoho věcí. (Ztráta bydlení, práce i přátel.) Pokud jsme hospitalizováni za účelem operace appendixu, nebudeme mít takové zábrany mluvit o tom před druhými, ale i plánovaná hospitalizace na psychiatrii může být důvodem k tomu, že o tom nebudeme chtít mluvit vůbec.

Komunitní péče ovšem přináší možnost nebýt v nastalé situaci sám a na základě dohod s pracovníkem komunitního týmu řešit situaci svého zhoršeného stavu navýšením léků, nebo „domácí hospitalizací“ s intenzivními návštěvami psychiatra a pracovníků komunitního týmu.

Se situací člověka ve zhoršeném stavu jsme společně (jako tým) prošli s Quidem: „*Stále jsme se pohybovali na hraně, zda hospitalizovat Quida, nebo ne. Probíhaly schůzky několikrát týdně, abychom věděli, jak na tom Quido je. Šli jsme krok za krokem s člověkem. Provedli jsme ho tím stavem, a on to přijal. Dva měsíce byly na hraně, ale v CDZ je na to prostor, kdyby v této situaci byla klíčová pracovnice sama, neměla by oporu týmu, a nejspíš*

⁷⁷ „Hospitalismus“ – úplná závislost na léčebné instituci, neschopnost fungovat samostatně“. In KEMÉNYOVÁ, Zuzana. *Dva a půl tisíce pacientů se už díky reformě dostaly z léčeben domů* [online]. 21. 1. 2021 [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: <https://archiv.ihned.cz/c1-66871750-dva-a-pul-tisice-pacientu-se-uz-diky-reforme-dostalo-z-leceben-domu>

⁷⁸ ŘÍČAN, leden 2007, str. 1

⁷⁹ Stigmatizace je dle sociologické encyklopedie...“Jde o zvl. případ soc. předsudku vůči určitým osobám, jimž jsou pak díky tomu připisovány různé negativní vlastnosti (podle J. Hohmeiera, 1975 Dostupné z. <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Stigmatizace>

by se mnohem dříve rozhodla pro hospitalizaci. Quido se během několika dní sám dostal do bodu, kdy pochopil, že hospitalizace je na spadnutí/blízko a tím pádem si mohl uvědomit, že to nechce“⁸⁰

V šedesátých letech tedy nastalo postupné rušení velkých a z finančního hlediska neudržitelných zařízení. Původní myšlenka byla spojena s předpokladem, že komunitní péče přinese úspory, což se ve výsledku nepotvrdilo.⁸¹

Z evaluace probíhající psychiatrické reformy v České republice, vyplývá, že nové služby v rámci reformy například Centra duševního zdraví výrazně zvyšují kvalitu života člověka. Vyhovující nastavení financování služeb, které podporují člověka v jeho přirozeném prostředí s ohledem na jeho přání a autonomii je další výzvou pro psychiatrickou reformu v Čechách.

Z výzkumů z následných let po zavedení ACT (2011), bylo zjištěno, že ACT (Assertive community treatment)⁸² je klinicky efektivní přístup k řízení péče o těžce duševně nemocné lidi v komunitě. Pokud je správně zaměřen na uživatele, kteří vysoce využívají ústavní péči, může podstatně snížit náklady na nemocniční péči a zároveň zlepšit výsledek a spokojenost pacientů. Politici, lékaři a ti, kteří využívají péči, by měli podporovat vytváření týmů ACT.⁸³

Zakladateli ACT byli Leonard I. Stein, Mary Ann Test, a další kolegové z Mendota Mental Health Institute v Madisonu ve Wisconsinu (státní psychiatrické nemocnice).⁸⁴ Vymysleli program připravující na život po

⁸⁰ Srov. Kazuistika Quido – svoboda na hraně versus bezpečí v nemocnici.

⁸¹ Srov. ŘÍČAN, leden 2007, str. 1

⁸² Asertivní komunitní léčba.

⁸³ Srov. MARSHALL, Max a Austin LOCKWOOD. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. [cit. 2021-02-28]. ISSN 14651858. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD001089.pub2, (Přeloženo autorkou diplomové práce.)

⁸⁴ Srov. GANS, Steven. 2019. (Přeloženo autorkou diplomové práce.)

propuštění, protože byli frustrovaní z fenoménu „otáčecích dveří“.⁸⁵ Ukázalo se, že pouze klienti jedné pracovnice se do nemocnice vracejí mnohem méně. Porovnali tedy, jak se liší její péče od ostatních pracovníků a zjistili, že se lidem věnovala mnohem více, než bylo zvykem. Při propuštění je odvezla vlastním autem domů, pomáhala se zabydlením, zařizováním na úradech, učila je používat pračku, telefon, jezdit MHD, dbala na vyzvedávání a užívání léků, byla pro ně k dispozici na svém telefonu.⁸⁶

Podobným způsobem od devadesátých let dvacátého století fungují komunitní a později multidisciplinární týmy v České republice. Asertivní péče je způsob práce s lidmi s duševním onemocněním v jejich přirozeném prostředí. Do asertivní péče patří péče o lidi, kteří mají významné problémy se sociálním fungováním v komunitě. Většinou je asertivní péče zaměřená na pomoc a reintegraci lidí, kteří jsou nějakým způsobem znevýhodněni. V případě dlouhodobého uzavření se člověka před světem, ze strachu, úzkosti, vlivem nemoci nastupuje asertivnější přístup týmu. (Zintenzivní se péče o člověka, probíhá více návštěv týdně, proběhne návštěva lékaře.)

2.2.2 Nedobrovolná hospitalizace

Významným prvkem v asertivní péči je i nedobrovolná hospitalizace, kdy je obzvláště nutné myslet na respekt a úctu k člověku. Multidisciplinární týmy

⁸⁵ Člověk je hospitalizován, dostane léky, které mu pomohou, je propuštěn z hospitalizace, ale bez podpory doma, se po nějaké době opět vrací zpět do nemocnice.

⁸⁶ „Celý tým oddělení se proto rozhodl začít pracovat podobným způsobem. Během následujících 2 let se toto oddělení uzavřelo a personál se přestěhoval do kanceláře v centru města, odkud poskytoval své služby 24h denně, 7 dní v týdnu. Postupně se tento model rozšířil po celých Spojených státech, do Kanady, Evropy, Austrálie i Japonska a vícero studií prokázalo jeho efektivitu“. Srov. prezentace z přednášky MUDr. Miroslava Pastuchy Asertivní komunitní péče na IPVZ v roce 2014

v rámci asertivní péče, fungují metodou case managementu. Péče je vysoce intenzivní, ale lidé nejsou ve službě uměle udržováni. V ideálním případě je spolupráce postupně rozvolňována a lidé nacházejí své místo v komunitě, jejich zakázka je splněna a na tým se obracejí, pokud se objeví nové věci k řešení, nebo se zhorší jejich zdravotní stav. Lidé vědí, kde najdou pomoc, když ji budou potřebovat.⁸⁷

Asertivní péče se tedy v šedesátých letech dvacátého století ukázala jako převratná v důstojném přístupu k člověku s duševním onemocněním. Její přístup odhalil člověku prostor k tomu, aby mohl znovu nalézt svoji „ztracenou“ svobodu v systému psychiatrické péče. Systém asertivní péče se znovu obrátil k člověku jako jedinečné bytosti a umožnil dívat se na člověka jako na individualitu a přizpůsobit systém člověku a ne naopak. Důležité aspekty a způsoby práce vycházející z asertivní péče si ukážeme v kapitole o Centru duševního zdraví, které je konkrétním příkladem péče o člověka v komunitě.

2.3 Centrum duševního zdraví jako příklad asertivní péče

V této části se budeme věnovat zdravotně – sociální službě Centra duševního zdraví (dále jen CDZ). Konkrétně popíšeme službu CDZ pro Prahu 9 a 18, která působí na území Prahy 9 a 18 a v přilehlých městských částech.⁸⁸

⁸⁷ Srov. *Základní principy péče poskytované v CDZ: (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz)* [online]. In: 8/2019, s. 31 [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha_%C4%8D._6_Metodiky_-_Z%C3%A1kladn%C3%AD_principy_p%C3%A9%C4%8De_poskytovan%C3%A9_v_CDZ.

Popis pdf

⁸⁸ Praha 9 - Prosek, Vysočany, Hrdlořezy, Střížkov, část Hloubětína, Libně a Malešic, Praha 18 – Letňany, Třeboradice, Miškovice Čakovice

Služba CDZ je relativně nová, proto ještě není zakotvena v zákoně o sociálních službách (č.108/2006 Sb.) ani v zákoně o zdravotních službách (č. 372/2011 Sb.). Nicméně již existují návrhy, které by v budoucnu měly být do zákona vloženy a v budoucnu, by měl vzniknout nový zákon zaměřený pouze na CDZ.

2.3.1 Vznik CDZ

V roce 2016 vzniklo první CDZ v Praze 8 v Dolákově ulici, a v roce 2018 vznikl další tým na Praze 9 v rámci psychiatrické reformy⁸⁹ jako pilotní projekt prvních pěti Center duševního zdraví. (CDZ je jedním ze tří pilířů psychiatrické reformy.)⁹⁰ Popíšu nyní službu CDZ z pozice pracovníka, jelikož v CDZ pracuji od jeho vzniku a později jsem pomáhala zakládat i CDZ pro Prahu 9, kde dosud pracuji na pozici sociální pracovníce.

V současné době poskytuje tým CDZ podporu asi 100 lidem s duševním onemocněním, (kteří dosáhli věku 18 let) převážně v jejich přirozeném prostředí. Počet lidí, kteří čerpají podporu CDZ, se proměňuje, jelikož lidé, kteří již službu CDZ nepotřebují, jsou průběžně „propouštěni“. Vstup do CDZ má svá kritéria jedním z nich je věk (18 – 85), dalším kritériem je region Praha 9, 18 a přilehlé městské části) a třetím kritériem jsou diagnózy.⁹¹ Člověk je do CDZ přijímán i na základě dalších kritérií, mezi něž patří potřebnost komplexní péče, dlouhodobé sociální a zdravotní selhávání, anebo první zkušenost člověka s duševním onemocněním.⁹² Samozřejmostí je poskytování základního

⁸⁹ Více informací na www.reformapsychiatrie.cz

⁹⁰ Dalšími pilíři jsou destigmatizace a deinstitucionalizace.

⁹¹ Obecně se jedná o diagnostické okruhy F20-F29 (Schizofrenie a Poruchy s bludy). F30-F39 (Poruchy nálady) nebo F42 (Obsedantně-kompulzivní porucha).

⁹² Jedná se většinou o mladé lidi, u kterých se rozvíjejí první příznaky schizofrenní poruchy. Cílem je rychlé zachycení do péče, aby se ideálně tito lidé nemuseli vůbec dostat na lůžko

sociálního poradenství, v případě, že člověk nesplňuje některá z kritérií vstupu, hledáme pro něj jiné služby, nebo sdílíme kontakty na úřady apod.

2.3.2 Popis služby CDZ

Péče v CDZ je komplexní. V CDZ jsou zastoupeny tyto profese: zdravotní sestry, psychiatr, sociální pracovníci, psychologové, peer konzultant a pracovní konzultant. Služba CDZ zajišťuje péči terénně i ambulantně pět dní v týdnu v době od devíti do devatenácti hodin. Péče v CDZ je individuální a šitá na míru, ale nejčastěji s lidmi, kteří čerpají péči týmu CDZ řešíme otázky zdravotního stavu, bydlení, podporu v péči o sebe, podporu v hledání práce, psychoterapii. Dle zákona o sociálních službách⁹³ poskytujeme tyto základní činnosti při poskytování sociálních služeb: *„nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, sociálně terapeutické činnosti.“*⁹⁴ Za velmi významné považujeme zapojení a spolupráci s okolím klienta. V CDZ pracujeme formou case managementu, která spočívá v koordinaci péče o člověka.⁹⁵ Spolupracujeme s rodinou, ambulantními psychiatry, opatrovníky,

nemocnice, nebo případně pouze na co nejkratší dobu. Snahou je zabránit vytržení z komunity a minimalizovat stigmatizaci.

⁹³ Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

⁹⁴ Výňatek z paragrafu 35 zákona o Sociálních službách.

⁹⁵ „Case management (Případové vedení) je metoda, kdy sociální pracovník vytváří s klientem dlouhodobý vztah, sám poskytuje služby a zároveň koordinuje ostatní služby v sociální síti klienta.“ Srov. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073678180. Str. 141

úřady, pečovatelskými službami, se složkami integrovaného záchranného systému. Garanta kvality poskytované péče v CDZ představují za sociální část standardy kvality sociálních služeb uvedené v příloze č. 2 vyhlášky (č. 505/2006 Sb.). Za zdravotní část dle zákona o zdravotních službách (č. 372/2011 Sb.) v části deváté (§ 98 - § 106) a vyhláškou (č. 102/2012 Sb.), o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.

2.3.3 Hodnoty a principy prakticky uplatňované v CDZ

Hodnoty a principy, ze kterých vycházejí pracovníci CDZ se opírají o Listinu základních práv a svobod, Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením, Etický kodex sociálních pracovníků ČR, Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů a Etický kodex České lékařské komory.

Pracovník CDZ, se pohybuje primárně v přirozeném prostředí člověka, se kterým spolupracuje. Práce v CDZ vyžaduje velkou flexibilitu, chození do nejistých situací, dovednost správně, rychle a svobodně se rozhodovat a nést za svá rozhodnutí zodpovědnost, osobní zralost, schopnost řídit a být řízen (koordinace všech zainteresovaných v rámci případového vedení), spolupracovat v týmu, i pracovat samostatně, umět plánovat (tvořit individuální plány s člověkem, pomáhat s jejich naplňováním a vyhodnocovat je), umět naslouchat, být přítomen s člověkem, podporovat člověka v jeho silných stránkách a zplnomocňovat ho, povzbuzovat člověka při učení sociálních dovedností, respektovat jinakost druhého, nacházet spolu s člověkem jeho cestu, jeho přání, jeho specifický přístup k životu. Schopnost snášet frustraci z toho, že se situace lidí velmi nemění, nebo že se situace stále opakují a i přesto, že pracovník zná nebo tuší řešení ví, že jeho úkolem je nechat rozhodnutí na člověku a hájit jeho zájmy a práva.

2.3.4 Přístup k člověku v CDZ

V zájmu ochrany lidské důstojnosti jedná pracovník týmu s lidmi s respektem, úctou, chrání lidská práva člověka. Člen týmu jedná bez diskriminace, zajímá se na prvním místě o člověka jako člověka a rozpoznává různé aspekty života člověka. Chrání právo na soukromí člověka a neposkytuje informace o člověku bez jeho vědomí a souhlasu.

Z výčtu základních činností poskytovaných CDZ vyplývá, že jsou to často činnosti, při nichž pracovníci vstupují do intimního prostoru lidí např. již při navazování kontaktu s lidmi s duševním onemocněním se toto seznamování děje v psychiatrické nemocnici, lidé jsou vytrženi ze svého přirozeného prostředí, utlumeni léky, a proto je velice důležité přistupovat k člověku s úctou, ať už je v jakémkoli stavu. S vědomím, že každá lidská bytost je nositelem lidské důstojnosti. Často vstupujeme do prostoru, kde lidé, se kterými spolupracujeme, žijí. V jejich prostředí jsme citliví k individualitě každého člověka, a jednáme s respektem k právu člověka žít tak, jak chce. V jednotlivých lidech k nám promlouvá konkrétní člověk s jeho konkrétními potřebami a jedinečným životním příběhem. S člověkem ve službě CDZ jednáme partnersky, nehovoříme o něm (ale k němu), dáváme člověku možnost volby, když navrhujeme jak postupovat v jeho případě, vysvětlujeme, proč nyní považujeme za důležité řešit určité věci (např. dluhy, dávky). Jsme otevření a upřímní. Upozorňujeme na možnosti, vysvětlujeme důsledky, které mohou nastat v různých variantách rozhodnutí člověka. Poukazujeme na paletu možností, jak jednotlivé životní situace řešit. Pravidelně reflektujeme, zda nejsme vpředu před člověkem, zda s ním držíme krok, abychom dali člověku dostatečný prostor k přemýšlení a vlastnímu rozhodování s respektem k jeho svobodné vůli. Henriksen, Vetlesen připomínají, že: *„setkání s druhým člověkem nám vkládá do rukou část jeho života. De facto se naše životy křížují a propojují. [...] Odpovědnost je neoddělitelná od důvěry, kterou nám ostatní*

projevují a od způsobu, jakým zacházíme s vydaností člověka při odhalování niterných záležitostí. [...] Důležité je, aby náš protějšek cítil, že ho bereme vážně, že na jeho důvěru reagujeme adekvátně.“⁹⁶

Člověk má právo naše návrhy odmítnout a jeho rozhodnutí je respektováno. Respekt k osobnosti každého člověka se projevuje i v adekvátním a individuálním přístupu k člověku se zohledněním schopností, vědomostí, dovedností, možností, limitů, přání a potřeb člověka. Specifický přístup přihlíží k osobnosti člověka a hledá možnosti péče nejlépe odpovídající jeho osobnosti.

Vyzdvižením lidské důstojnosti je i zásada „People first,, pocházející z hnutí sebe obhájců ze 70. let 20. Století. Jde o člověka na prvním místě a až poté o jeho postižení či dovednosti.⁹⁷ Neoznačujeme tedy člověka nálepkou jeho nemoci, ale na prvním místě zůstává člověk. „*Postižení tak přestává být posuzováno podle norem majority, ale je definováno na základě potřeb – jejich saturace je právem každého jedince. [...] Příčiny těchto [...] změn lze nacházet v myšlenkových paradigmatech, která kladou důraz na lidskou důstojnost, respekt k lidským právům a snahu o odstranění jakéhokoli způsobu stigmatizace.“⁹⁸*

Při vytváření individuálního plánu pracovníci mapují situaci člověka, podporují člověka ve formulaci jeho přání a potřeb a v samostatném

⁹⁶ HENRIKSEN, Jan-Olav a Arne Johan VETLESEN. Blízké a vzdálené: etické teorie a principy práce s lidmi. Boskovice: Albert, 2000. ISBN 80-85834-85-5, Str. 201-202

⁹⁷ Srov. BROŽOVÁ, Adéla. *Postoj společnosti k osobám s mentálním postižením*. [online]. Chotěšov, 2011 [cit. 2021-04-05]. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/38832/BPTX_2010_1__0_257753_0_96156.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Pavlína Šumníková, Ph. D., Str. 20

⁹⁸ PRÁZDNÁ, Radka. Osoby se zdravotním postižením. In: MARTINEK, Michael. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. 2. vyd. Praha: Jabok, 2010, s. 102-109. ISBN 978-80-904137-6-4, s. 102.

rozhodování. Vycházejí z premisy, že expertem na svůj život je člověk sám, nikoliv pracovník. Pracovníci často promýšlejí, jak pracovat s lidmi, aby je co nejvíce zplnomocňovali. Postupují po malých krocích, a nechávají lidem prostor pro vlastní zážitky úspěchu (i vlastní pády), při nacházení vlastních cest. Jsou průvodci, kteří nadlehčují a nadnáší člověka na jeho cestě. U lidí, kteří jsou již delší dobu nemocní, a uvízli v zastaralém systému psychiatrické péče, nebo jsou vlivem nemoci zneschopňováni vlastní „pečující“ rodinou. Nebo vlivem organizací, které v minulosti nedokázaly dát člověku prostor a respekt k jeho rozhodnutím pomáhají hledat motivaci k vlastnímu rozhodování a autonomii. Dlouhodobá praxe ukazuje, že pokud někoho přesvědčíme, že má něco udělat a není to jeho rozhodnutí, výsledek takového rozhodnutí nemá dlouhého trvání.

Při vytváření plánu zohledňujeme potřeby člověka a hledáme pro jeho případné aktivity místa v komunitě. Nechceme v CDZ vytvářet další místo, kde se sdružují „nemocní lidé“, ale objevujeme s člověkem možnosti v místě jeho bydliště, v komunitě. Pomáháme člověku v začlenění do běžné sítě služeb, aktivit, klubů. (Knihoven, posiloven, bazénů, klubu důchodců, zájmových kroužků pro dospělé.)

2.3.5 Komplexní péče v CDZ

V rámci CDZ má člověk možnost využít komplexní péči, která zahrnuje i spolupráci s pracovním konzultantem, který pracuje metodou IPS.⁹⁹ Důležitým členem týmu CDZ je peer konzultant, který s lidmi sdílí své životní zkušenosti s nemocí. Peer konzultant přináší svůj jedinečný příběh zotavení a využívá

⁹⁹ IPS – individual placement and support. (Individuální umístění a podpora). Tato metoda pochází z U. S. A. a je primárně zaměřena na hledání práce na volném trhu práce s důrazem na osobní přání a kvality člověka.

v práci své dovednosti i psychoterapeutické schopnosti. Sdílená prožitá zkušenost je ovšem součástí práce všech pracovníků v CDZ a může přiblížit člověka k člověku.

Pracovníci se snaží vytvářet v CDZ takové prostředí, aby se zde lidé cítili přijati a v bezpečí. Skutečnost, že je o člověka pracovníkem projeven zájem, je vyslechnutý, přijatý, dává člověku pocit vlastní hodnoty, důležitosti a užitečnosti.

Pracovníci CDZ se musejí umět vyrovnávat se situacemi, kdy dochází k asertivitě ve smyslu nedobrovolné hospitalizace člověka. Jedná se o to, že se každou situaci člověka posuzují pracovníci individuálně a hledají primárně možnosti, nejvíce respektující člověka a jeho přání zůstat ve svém (domácím) prostředí. Balancují na hraně, ale za cenu respektu a spokojenosti člověka. Ujasňují si svoji zodpovědnost za člověka a stále revidují hranici, kdy ještě leží zodpovědnost za vlastní život a nemoc na konkrétním člověku a kdy už má/musí převzít zodpovědnost člověk zvenčí. Jedním z „nástrojů“ pro dobré vyhodnocení situace je i tým CDZ složený nejen z různých profesí, ale také z různých lidí, kteří mají na situace různé názory. Je přínosné, nezůstávat se svými dilematy sám, ale přinášet je do týmu, kde je zastoupena šíře profesí a možný větší odstup a nadhled. Tým, který funguje společně, obzvlášť v krizových situacích, aby při nejlepším vědomí a svědomí nedocházelo ke zbytečnému zacházení nelidským způsobem bez respektu, bez zvážení všech možností, které jsou zjevné, ale i zamyšlení se nad možnostmi, které se zdají neuskutečnitelné.

V krajních situacích se pracovníci odvolávají na zákon, který stanoví, kdy je možné „rozhodovat za člověka“. Dle zákona, se jedná o případy, kdy člověk

začne ohrožovat sebe nebo své okolí. Zákon hovoří jasně¹⁰⁰, ale okolnosti jsou vždy individuální. V této chvíli je třeba obzvláště myslet na člověka, který o sobě nerozhoduje, aby se cítil v největší možné míře respektován a uznáván jako lidská bytost.

Na pracovníky CDZ jsou kladeny vysoké nároky v souvislosti s přístupem k člověku, jejich odhodlání být ohleduplní a obezřetní je pro práci s lidmi nutné. Každý den se pracovníci učí, jak jednat s člověkem. Jednat s člověkem vždy jako s jedinečnou bytostí, s ohledem na to, aby druhý žil svůj život důstojně a plně ve všech aspektech jeho života. Provázení člověka, souvisí i s životem pracovníka. Každý pracovník je také jedinečnou osobností a hranice mezi pracovníkem a člověkem, (který v tu chvíli potřebuje pomoci), se někdy velmi stírá. Můžeme se učit jeden od druhého a všichni jsme lidé. Na jedné straně stojí Ti, co nejspíš měli lepší start do života a na druhé Ti, kteří „bojují“ o svůj život a nic nedostávají „zadarmo“. Ale pro všechny existuje stejná možnost nevzdávat se, a vzít život do svých rukou a dělat to nejlepší, co dokáží. Pracovníci mají v těchto situacích za hlavní poslání učit se a vzdělávat v rozpoznávání oblastí citlivých na život s lidskou důstojností, a osvojovat si adekvátní reakce, které život člověka v důstojnosti podpoří. Pohybujeme se v práci s lidmi na poli uvažování o člověku a o životě druhých lidí a přicházejí nám na mysl různé otázky: „Jak zasahovat do života ostatních jen nejnútnejším způsobem a s velkým respektem k jejich důstojnosti a individualitě? Máme vůbec právo říkat doporučení/hodnocení k životu někoho jiného?“ Kdybychom hledali oporu pro jednání s člověkem v Bibli, najdeme zde například úryvek

¹⁰⁰ Zákon č. 172/2011 Sb. - Hospitalizace pacienta a poskytování zdravotních služeb bez souhlasu a použití omezovacích prostředků

v sedmé kapitole¹⁰¹ Matoušova evangelia, kde se mluví o souzení ostatních a doporučení hledět nejprve na sebe a pak teprve řešit život druhého. Dostáváme zde doporučení poodstoupit od člověka a dívat se z nadhledu a s respektem na jeho život. V této souvislosti nás může napadnout otázka, zda vůbec vidíme? A jakou optikou se vlastně na člověka díváme? V promýšlení, zda to, co vyslovíme, se netýká spíše nás a našeho života, než života člověka se kterým spolupracujeme, je pro práci s člověkem zásadní.

¹⁰¹ *Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona: (včetně deuterokanonických knih) : český ekumenický překlad.* 12. vyd., (3. opr. vyd.). Přeložil Miloš BÍČ, přeložil Josef Bohumil SOUČEK, přeložil Jindřich MÁNEK. Praha: Česká biblická společnost, 2006. ISBN 8085810425. Mt 7,1-5, Str. 9

3. Pohled na člověka a jeho důstojnost

Na člověka, jeho důstojnost a práva můžeme pohlížet z různých úhlů. V první a druhé kapitole jsme představili přístupy k lidem s duševním onemocněním užívané v praxi. Nyní se podíváme na člověka a jeho důstojnost z hlediska teologické etiky a filozofie. Nahlédneme, na jakém základě člověk žije s důstojností a z jakého důvodu máme k člověku přistupovat s respektem a citlivě. V další části práce rozebereme původ Ježíšova přikázání lásky a pohled Emmanuela Lévinase na člověka.

Když se zaměříme na otázku respektu k člověku a jeho důstojnosti najdeme mnoho možností (idejí) o které se opřít při argumentaci ve prospěch respektu a důstojnosti člověka. Tázání se po člověku a respektu k lidem nás provází v každodenním životě, a odpovídáním si na otázky nám pomáhá k hlubšímu pochopení i sebe sama. Zaměříme se nyní na to, co nám říká o člověku Bible.

3.1 Biblický pohled na člověka - Člověk jako obraz Boží

V knize Genesis čteme o tom, jak Bůh tvoří nejprve svět a vzápětí (po stvoření země, viz Gn 1,1 – 2, 6), zcela odděleně od zvířat a ostatního stvoření, přichází na řadu člověk. Člověk je kladen do středu dění a stává se vrcholem Božího díla.¹⁰² Bůh tvoří svět pro člověka – „*Bůh viděl, že všechno, co učinil, je velmi dobré.*“ (Gn 1,31). Člověk je závislý na Bohu, ale zároveň má (dostává od Boha) Božskou důstojnost. Milfait k tomu dodává“... *že Hospodin*

¹⁰² I řekl Bůh: „Učiňme člověka, aby byl naším obrazem podle naší podoby. Ať lidé panují nad mořskými rybami a nad nebeským ptactvem, nad zvířaty a nad celou zemí i nad každým plazem plazícím se po zemi.“ (Gn 2/26)

*Bůh zná člověka už před jeho stvořením.(....) Člověk má účast na božském způsobu bytí (života).“*¹⁰³ Člověk má za úkol posvěcovat sebe a svůj život s myšlenkou, že i ostatní lidé jsou obrazy Boha.¹⁰⁴ Člověk se ve stvoření stává partnerem Božím. Partnerství s Bohem přináší člověku povinnost a odpovědnost za celé stvoření i za ostatní lidi. Člověk ve svém stvoření dostává dar, dar života, dar vztahu s Bohem. Nenabývá, ale nadvládu nad ostatními lidmi a jejich životy, zůstává jedinečným stvořením náležejícím Bohu. „*Každý člověk má specifickou podstatu a vlastní určení: je milovaným Božím dítětem s neodnímatelnou důstojností, kterou mu vtiskl sám Bůh, jenž k němu má nezrušitelný vztah.*“¹⁰⁵ Člověk nalézá „bezprostřední“ vztah k Bohu, nepotřebuje prostředníka, aby mohl s Bohem jednat, nebo s ním mít vztah. Mimořádní schopnost člověka oslavovat, poznávat, a milovat potvrzuje to, že je člověk Božím obrazem.¹⁰⁶ Důstojnost člověka vychází právě a jen z toho, co člověka spojuje s Bohem. Člověk je blízký Bohu, a Bůh s člověkem mluví. Člověk má možnost komunikovat s Bohem. Bůh člověka miluje a ukládá mu přikázání lásky¹⁰⁷, které není omezením, ale podporou člověka „*Tato láska je bezpodmínečná a nedbá na zásluhy a vyznamenání člověka.*“¹⁰⁸ Bůh miluje každého člověka bez rozdílu, miluje i ty na okraji, vyčleněné, ty, se kterými

¹⁰³ MILFAIT, René. *Teologická etika v kontextu sociální a pastorační práce*. Ve Středoklukách: Zdeněk Susa, 2012. ISBN 9788086057781. Str. 70

¹⁰⁴ „*Idea obrazu a podobnosti a na ní vystavěná důstojnost člověka není a nesmí být vázána na nějaké vlastnosti, ctnosti, zvláštní obdarování či úspěchy, ale je spojena s celým jeho bytím.*“ (Milfait str. 71)

¹⁰⁵ ŠTICA, Petr. *Cizinec v tvých branách: biblické podněty pro etickou reflexi migrace*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-2419-8, s. 87.

¹⁰⁶ Srov. SOUSEDÍK, Stanislav. *Svoboda a lidská práva: jejich přirozenoprávní základ: esej*. Praha: Vyšehrad, 2010. Moderní myšlení. ISBN 9788074290367 str. 20

¹⁰⁷ Lv 19,18 – „...budeš milovat bližního jak sebe samého. Já jsem Hospodin.“

¹⁰⁸ Milfait str. 71

nechceme mít nic společného, protože jsou zvláštní, jiní. „*Proto také lidé musejí mít ve vztahu k bližním stále na paměti, že byli stvořeni k obrazu Božímu. Urážka člověka je vlastně urážka Boha.*“¹⁰⁹

3.2 Příkázání lásky

V novém zákoně je příkázání lásky Ježíšem zjeveno a vysvětleno (nejen)¹¹⁰ v podobenství o milosrdném Samaritánovi, který ač je jiné víry, jiných mravů, provokativně (pro tehdejší posluchače) je předkládán jako ten, který jednal správně, tedy pomohl člověku v nouzi, bez ohledu na to, kdo člověk v nouzi je.

Milfait popisuje legalistické chápání zákona, které člověka (bližního) redukuje na objekt, nebo předmět plnění zákona. Bližní se ovšem nedá redukovat na předmět, nebo objekt. Je to v první řadě člověk v nouzi.¹¹¹

V Ježíšově pojetí závazek k lásce „...*platí bez hranic a omezení pro každého (jako subjektu lásky) a vůči každému (jako objektu lásky) a zahrnuje potenciálně každého, kdo je odkázán na mou pomoc.*“¹¹² Příkázání lásky je zde uvedeno jako hlavní princip Božího zákona, tedy člověk naplní svůj život až poté, co naplní příkázání lásky, které je v souladu s Božími záměry a slovem.

¹⁰⁹ COHEN, Abraham. Talmud: (pro každého): historie, struktura a hlavní témata Talmudu. Praha: Sefer, 2006. ISBN 80-85924-49-8, s. 107

¹¹⁰ Další citace o příkázání lásky najdeme v Bibli v těchto úryvcích: Mk 12, 29–31, J 15, 9, Mt 22,34-40 a další.

¹¹¹ Tato zmínka zpředmětnění člověka připomíná zákaz zacházet s člověkem jako s prostředkem: „*Jednej tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak i v osobě každého druhého vždy zároveň jako účel a nikdy pouze jako prostředek.*“ (KANT, Immanuel. Základy metafyziky mravů. Praha, 1990, str. 91) Kde by se v tomto případě člověk stal prostředkem k naplnění věrnosti zákona.

¹¹² Milfait str. 203

Ježíš přistupoval ke každému člověku s respektem a uznával důstojnost každého člověka bez ohledu na jeho pohlaví, společenský statut, s důrazem na zvláštní péči o ty, kteří jsou na okraji společnosti. Projevovat milosrdenství může představovat totéž jako prokazovat respekt k důstojnosti člověka. Činy člověka nejsou to samé co člověk, činy mohou být odpuštěny.¹¹³ Význam Ježíšova odkazu, můžeme chápat tedy tak, že nás vyzývá ke konkrétnímu jednání v konkrétní situaci člověka v nouzi.

Křesťanský pohled na člověka nachází původ důstojnosti člověka, ve stvoření člověka Bohem, a nejen to, stvoření člověka jako obrazu Boha. V novém zákoně Ježíš přináší svobodu v přikázání lásky. Vidí lásku k sobě jako nutný předpoklad a schopnost milovat druhého bez ohledu na to jaký je, odkud pochází, jak na mě působí. Přikázání lásky je platné pro každého a vůči každému, kdo potřebuje moji pomoc.

3.3 E. Lévinas a jeho pohled na člověka

Pokud bychom hledali propojení mezi člověkem jako obrazem Boha a křesťanským pojetím člověka můžeme jej najít například ve filozofii Emmanuela Lévinase a v jeho pohledu na člověka.

3.3.1 Tvář

V Lévinasově nazírání na člověka se dozvídáme o Tváři, setkání s tváří druhého je pro Lévinase veskrze etická záležitost. Mluví o přímosti tváře „...

¹¹³ Srov. HENRIKSEN, Jan-Olav a Arne Johan VETLESEN. *Blízké a vzdálené: etické teorie a principy práce s lidmi*. Boskovice: Albert, 2000. SCAN. ISBN 8085834855. Str. 104

její přímé bezbranné vystavení. Tvář je vystavená, ohrožená, jakoby přímo vyzývající k aktu násilí. A přitom právě tvář je to, co nám brání zabít.“¹¹⁴

Přistoupení k člověku jako ke tváři, kde se zjevuje síla i slabost člověka, kde můžeme vidět důstojnost člověka, která u Lévinase vychází z jeho židovských kořenů. Ve tváři nacházíme bezbrannost člověka a zároveň absolutní autoritu. „*Podvojnost jejího přikázání lásky - v němž nelze navzájem odloučit vztah k Bohu a vztah k člověku – se promítá do Lévinasova vždy v tomto smyslu dvojnásobného pojmu Druhý.*“¹¹⁵ Lévinas zde propojuje úctu k člověku s úctou k Bohu, která vychází z prvního a druhého přikázání.¹¹⁶

Vztah k člověku, přítomnost druhého v našem životě, je naprosto odlišná od věcí (předmětů). Věci, totiž se nám odkrývají v tom smyslu tak, jak je chápeme rozumem, a záleží na člověku a jeho schopnostech, jak věci poznáme. Setkání s druhým člověkem probíhá na zcela odlišné úrovni. „*Druhý se doslova prolamuje a vpadá do prostoru, do mé osobní existence, do mého já...*“¹¹⁷ Setkání s druhým by v tomto smyslu mělo být jako setkání s obrazem Božím, který je nám vydáván ve své obnaženosti a nahosti tváře a zároveň s důstojností a nárokem odpovědnosti za druhého.

¹¹⁴ LEVINAS, Emmanuel a Miroslav PETŘÍČEK. *Etika a nekonečno*. 2. vyd. Přeložila Věra DVOŘÁKOVÁ, přeložil Miloš REJCHRT. Praha: OIKOYMENH, 2009. Oikúmené (OIKOYMENH). ISBN 9788072983940 str. 208

¹¹⁵ POLÁKOVÁ, Jolana. *Filosofie dialogu (Rosenzweig, Ebner, Buber, Lévinas)*. [2. rozš. vyd.]. Praha: Ježek, cop. 1995. Filosofické texty, Velká řada. ISBN 80-85996-01-4. Str. 37

¹¹⁶ Mt 22, 34 – 40, ... On mu řekl: „Miluj Hospodina, Boha svého, celým svým srdcem, celou svou duší a celou svou myslí. To je největší a první přikázání. Druhé je mu podobné: „Miluj svého bližního jako sám sebe.“

¹¹⁷ LEVINAS, Emmanuel, Christoph von WOLZOGEN a Bernhard CASPER. *Být pro druhého: (dva rozhovory)*. Praha: Zvon, 1997. Logos. ISBN 80-7113-217-9. Str. 12

3.3.2 Odpovědnost

Lévinas ve svém nároku odpovědnosti jde až do krajnosti, do vydanosti za druhého, mluví o odpovědnosti za to, co druhý udělá, *Odpovědnost chápu jako odpovědnost za druhého, čili jako odpovědnost za to, co jsem neudělal já, co se mě dokonce ani netýká, nebo co se mě naopak týká, s čím se setkávám jakožto s tváří.* ¹¹⁸ Naše tvář svědčí o tom, kým jsme, ne o tom, co činíme. Ve tváři je nahota vydaná napospas, ve tváři se zjevuje nedostatečnost, odhalenost. Zároveň se ve tváři ukazuje zvláštní síla, může z ní vyzářovat autorita. Tvář není ovlivnitelná vůlí, tvář se „děje“.¹¹⁹ Když se setkáme s druhým, s jeho tváří, ta tvář nás vyzývá, volá nás k činu, pokud se necháme zasáhnout a vnímáme druhého v jeho potřebnosti. Nebezpečí tkví v tom, abychom dokázali rozeznat míru pomoci, kterou druhý potřebuje. Můžeme volit i špatně, tomu se nevyhneme. Pokud vyhodnotíme situaci tak, že naším rozhodnutím v danou chvíli nepomoci vlastně respektujeme člověka, necháváme druhému prostor a svobodu pro vlastní rozhodnutí s úmyslem, že každý člověk nejlépe ví, co je pro něj nejlepší. To je jeden extrémní pól. (Stává se, že si své myšlenky třídíme, právě rozhovorem s druhým a v té chvíli se nám může ujasnit mnohé, právě i to, co chceme, nebo jakým způsobem to chceme.) Druhý extrémní pól je na hranici paternalismu, kdy zanalyzujeme člověka a vyhodnotíme, co potřebuje i když se druhý brání, že naši pomoc nechce. Doslova se vlamujeme do jeho osobního prostoru a nedáváme mu prostor k vlastnímu rozhodování a promýšlení situace. Kde ale najít míru mezi přílišným pečováním a

¹¹⁸ Lévinas, *Etika a Nekonečno* str. 212

¹¹⁹ Srov. HENRIKSEN, Jan-Olav a Arne Johan VETLESEN. *Blízké a vzdálené: etické teorie a principy práce s lidmi*. Boskovice: Albert, 2000. SCAN. ISBN 80-85834-85-5 Str. 171

lhostejností? Dobro pro druhého znamená co největší prostor pro sebeurčení člověka a jeho autonomii.¹²⁰

„*Opravdová odpovědnost nikdy nemůže spočívat v převzetí odpovědnosti druhého.*“¹²¹ Péče o člověka, který je nemocný a v určitou chvíli závislý, by zde neměla končit, ale vždy pokračovat po cestě k jeho uzdravení a nezávislosti. Pracovník musí být stále ve střehu, aby neustrnul v péči, když už má být v postoji podpory a nadlehčování, nadnášení druhého. Slabost druhého na nás klade (morální) zodpovědnost.¹²²

Zranitelnost (slabost) a zároveň síla, se ukazuje v příběhu Báry, která přes všechny obtíže neztrácí naději: „*V rámci hospitalizací bylo nemocnicí požádáno o omezení svépřávnosti z důvodu, že nemá Bára kam jít a nezvládá se o sebe starat, nemá stabilitu, neumí hospodařit s penězi. Klíčová pracovnice se v rámci práce s Bárou snažila předat Báře více kompetencí, aby si mohla nakládat s více penězi, ale zatím se to moc nedaří. Většina pečujících osob (klíčová pracovnice z nemocnice, opatrovník) považuje Báru za „ztracený případ“ navrhuji, aby šla Bára do domova se zvláštním režimem.*“¹²³

Péče o lidi, kteří jsou nejzranitelnější je nejvíce náročná na naši zodpovědnost a citlivost k druhému. ...“*ten, kdo potřebuje péči nejvíce, bývá nejslabší a je snadno přehlédnut, nebo zneužit.*“¹²⁴ Ten kdo poskytuje pomoc, si musí být vědom nebezpečí vzniku závislosti a citlivě vyhodnocovat kdy už je čas, začít vztah rozvolňovat, aby byl více symetrický. Cílem v pomáhání druhému je, aby se stal silným a určitým způsobem nezávislým na pomoci.

Každé setkání s člověkem je jedinečné. Když se na nás někdo obrací s žádostí o pomoc, už v té chvíli činíme rozhodnutí, jak se zachováme, z jaké pozice k člověku přistoupíme. Máme na výběr minimálně dvě možnosti. Být

¹²⁰ Srov. Henriksen, Vetlesen str. 174

¹²¹ Tamtéž str. 174

¹²² Srov. Tamtéž str. 176

¹²³ Srov. Kazuistika Bára příloha č. 3

¹²⁴ Tamtéž str. 177

expert, ten kdo pomáhá, ten kdo je v té chvíli silnější, anebo přistoupit k člověku s respektem a partnersky, brát tu situaci jako jedinečné setkání s člověkem v nouzi, kdy neřešíme nějaký případ, ale člověka samotného. V asertivní péči se posuzování/vyhodnocování stavu člověka, nevyhneme, ale nemělo by se jednat o stigmatizaci a zbytečné zasahování do života člověka.

3.4 Lidská práva a lidská důstojnost

Lidská práva jsou neopominutelnou součástí v uvažování o člověku a v rozhodování při řešení etických dilemat. Proto se nyní pokusíme najít a popsat základní vymezení lidských práv

3.4.1 Přirozeně právní teorie a křesťanství

Sousedík při své obhajobě lidských práv a důstojnosti člověka vychází z Všeobecné deklarace lidských práv (založena na tvrzení, že člověk má lidská práva, právě proto, že je člověkem) a z přirozeně právní teorie, která vyplývá řecké filozofie a je založen na myšlence, že mravní zákony vyplývají z lidské přirozenosti. Tyto zákony následně stanoví jaké má člověk na základě své přirozenosti práva a povinnosti vůči ostatním lidem.¹²⁵ Přirozeně právní teorie zakládá svou argumentaci na rozumu.

Sousedík ovšem poukazuje ovšem na fakt, že zdůvodnit „vymahatelnost lidských práv v dnešní době vůbec není jednoduchý úkol.

Proč vůbec máme dodržovat lidská práva a respekt k lidské důstojnosti?

Křesťanství na to odpovídá již výše zmíněným přístupem k člověku na základě stvoření jako Božího obrazu a tím má člověk bez – prostřední přístup

¹²⁵ Srov. SOUSEDÍK, Stanislav. *Svoboda a lidská práva: jejich přirozenoprávní základ: esej*. Praha: Vyšehrad, 2010. Moderní myšlení. ISBN 9788074290367. Str. 12

k Bohu. Člověk nepotřebuje prostředníka a díky lásce a důstojnosti, kterou čerpá od Boha je schopen žít a rozumem chápat a přijímat Boží zákon.¹²⁶ Člověk nesmí druhému člověku sloužit jako prostředek k uspokojování vlastních potřeb. Na tuto skutečnost později poukázal i Kant ve svém kategorickém imperativu.¹²⁷

3.4.2 Immanuel Kant a jeho odůvodnění lidské důstojnosti.

Kant mluví o člověku jako o rozumové bytosti, která dokáže jednat dle zásad, které si sama určí. Tedy, člověk si sám určuje dle svého praktického rozumu zásady, kterými se později řídí a tím, že se řídí vlastními principy, (zákony) udržuje si člověk svoji svobodu. Člověk je takto svým pánem, jelikož si své zákony formuluje sám a jeho svoboda plyne z jeho schopnosti rozeznat to, co je správné.

Zároveň to, z čeho člověk dle Kanta čerpá svoji důstojnost, je schopnost jednat správně. A respekt k člověku a jeho důstojnosti tedy v důsledku znamená nechat člověka, aby jednal svobodně.¹²⁸ Respekt k lidské důstojnosti je tedy u Kanta těsně spojen s dovedností člověka rozhodovat o sobě. Co když, ale člověk o sobě není schopen rozhodovat? Co když jako v případě lidí s duševním onemocněním nastávají situace ohrožení života, nebo okolí člověka? Na tyto otázky neexistují jednoduché odpovědi, také proto, že záleží nejen na profesionálech, kteří se o tyto lidi starají, ale také na legislativě v dané

¹²⁶ Srov. Sousedík str. 21 *...je-li každý člověk dík svému lidství určen k tomu, aby se vztahoval bezprostředně k Bohu, nesmí nikdy sloužit druhému člověku za pouhý nástroj k uspokojování jeho vlastních potřeb.*“

¹²⁷ „Jednej tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak i v osobě každého druhého vždy zároveň jako účel a nikdy pouze jako prostředek.“ (KANT, Immanuel. Základy metafyziky mravů. Praha, 1990, str. 91)

¹²⁸ Srov. Henriksen, Vetlesen, str. 17

zemi, kde je problematika řešena.¹²⁹ V České republice se přístup k lidem v hospitalizaci vlivem psychiatrické reformy mění, ale pokud je člověk ohrožen na životě tím, že odmítá jíst, personál nemocnice nemůže dle zákona¹³⁰ nechat člověka úplně si rozvrátit organismus, což by mohlo v důsledku vést až ke smrti.

¹²⁹ Například v Norsku nenutí hospitalizované lidi násilím jíst nebo brát léky, brání se všemu, co by nutilo člověka jednat proti jeho přáním, nebo přesvědčení. Předpokladem k tomuto přístupu, ale dle mého názoru musí být intenzivní práce s člověkem a jeho okolím přímo v nemocnici například formou „Otevřeného dialogu.“

¹³⁰ Výňatek ze zákona č. 172/2011 Sb. - Hospitalizace pacienta a poskytování zdravotních služeb bez souhlasu a použití omezovacích prostředků § 38 „1) *Pacienta lze bez jeho souhlasu nebo v případě nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům bez souhlasu zákonného zástupce hospitalizovat, jestliže:*

b) ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak, nebo

c) jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas.“

4. Lidská důstojnost a instrumentalizace člověka

Jiný pohled na lidskou důstojnost (dále jen LD) můžeme najít v práci Vojtěcha Šimka,¹³¹ který se zabývá porozuměním pojmu lidské důstojnosti vztažené k instrumentalizaci člověka. Šimek mluví o vyprázdňení pojmu lidské důstojnosti a porovnává různé názory na lidskou důstojnost. Uvádí názor americké filozofky a bioetičky, která tvrdí, že „...*pojmem LD je zbytečný a může být nahrazen pojmem respektu a autonomie...*“¹³² Australská filozofka S. Killmister, ovšem tvrdí, že názory Macklinové jsou ukvapené.

Šimek dále rozvíjí tezi, že LD existuje pouze ve spojení s konkrétním člověkem a zároveň je LD „něco“ co náleží každému člověku právě proto, že je člověkem. Uvažuje o záměně pojmů LD a lidství, ale nedochází k uspokojivému výsledku. Cituje Hoerstra, který tvrdí, že z faktu, že je člověk člověkem, ještě nevyplývá, k čemu jsme člověku zavázání a jak s člověkem (ne) smíme jednat.¹³³ Popisuje pojmy juspozitivismu a jusnaturalismu¹³⁴ a shrnuje výsledek svého přemýšlení: Člověk pomocí praktického rozumu rozlišuje, co musí, může nebo nesmí, respektive jak má jednat. Pokud je tedy „soud“ o člověku „Toto je člověk.“ pravdivý, co z toho plyne? Ukazuje se, že

¹³¹ ŠIMEK, Vojtěch. Lidská důstojnost a instrumentalizace člověka nejen s ohledem na dárcovství gamet v ČR: Pokus o filozofický komentář. *Studia Theologica* [online]. 2020, 23 [cit. 2021-5-26]. Dostupné z: doi:10.5507/sth.2020.032

¹³² Srov. Šimek str. 161

¹³³ Srov. Šimek str. 162

¹³⁴ Dle juspozitivismu nefunguje rozum normativně, tedy poznání co a jaká věc je nenaznačuje, jak s věcí smíme/nesmíme, máme jednat. Jusnaturalismus vychází ze základní morální zkušenosti, že praktický rozum funguje normativně. Vůle se může rozhodnout, vůle je svobodná, ale může se rozhodnout i proti poznání. Šimek str. 162-163.

pokud poznávám člověka, nepoznávám jen dobro s ním spojené, ale i zlo. Čím více znám člověka, tím více mu mohu pomoci, ale i uškodit.¹³⁵

Tímto problémem se budeme zabývat v empirické části v kazuistice Josefa: „*U soudu se ukázalo, že opatrovnice zamlčela ve vyúčtování Josefovo dědictví ve výši 2,5 milionu korun a nevykazovala tuto částku v hospodaření. Ještě u soudu se opatrovnice snažila rozhodnutí soudu zvrátit a říkala, že vyúčtování dodá, a že peníze investovala do bytu, který ovšem už nebyl Josefa, ale její, takže neoprávněně použila jeho peníze. Na posledním stání tedy souhlasila s předáním opatrovnictví veřejnému opatrovníkovi, i když bylo vidět, že je hodně rozčilená a že okolnosti předávání opatrovnictví nejspíš do budoucna naruší vztah s Josefem.*“

Šimek popisuje příklad zneužití člověka, a vztažením k sobě ukazuje, že zneužití by bylo pro každého člověka situací, které by se snažil vyhnout a každý člověk by zneužití považoval za porušení své LD. Pokud je zneužití nepříjemné pro jednoho člověka, bude s nejvyšší pravděpodobností ponižující pro všechny lidi. Z výše řečeného vyplývá univerzálnost LD v kontextu „Zlatého pravidla.“¹³⁶

4.1 Jak poznáváme lidskou důstojnost?

Lidská důstojnost sama o sobě neexistuje, pouze ve spojení s člověkem, s konkrétním člověkem a úzce souvisí se smyslovým poznáním člověka. Můžeme se tedy ptát „...co z člověka musíme vnímat, abychom poznali LD?“¹³⁷ Šimek dále polemizuje o smyslovém poznání na základě, kterého poznáme člověka a jaké by člověk měl mít atributy? Například kolik částí těla by musel mít, abychom ho ještě považovali za člověka s LD? Nebo jaké schopnosti, činnosti nebo funkce by člověku neměly chybět, aby měl LD?

¹³⁵ Srov. „Kazuistika Josef - opatrovnice, nebo sestřenice?“

¹³⁶ Zlaté pravidlo zní: „Jak chcete, aby lidé jednali s vámi, tak jednejte vy s nimi.“ (Bible, Lk 6,31, srov. Mt 7,12)

¹³⁷ Srov. Šimek str. 166

Žádný člověk není stoprocentní a žádný člověk není vždy stoprocentně zdravý a schopný. Dle Šimka je tedy „*LD nedělitelná esenciální kvalita, není smysluplné ji dělit, ani gradualizovat, není žádnou tělesnou částí člověka, (není hmotná.)*“¹³⁸

Z výše uvedeného vyplývá, že lidskou důstojnost lze, (i když obtížně) definovat. Pochopení LD není dostupné pouze smyslovým poznáním. Jde o poznání diskurzivní, anebo intuitivní.¹³⁹ Dále normativní poznání, kdy z pochopení jaký člověk je poznáme, jak bychom s ním ne/měli jednat. Poznání LD je tedy do určité míry odvozené, nejprve potřebujeme pochopit kdo, nebo co je člověk, abychom mohli poznat, z jakého důvodu mu náleží lidská důstojnost.

4.1.1 Respekt k člověku za všech okolností

Z celého konceptu lidské důstojnosti, (pokud tento pojem akceptujeme) vyplývá respekt k člověku, na který má člověk právo a zároveň je důvodem k tomu, aby člověk nebyl nucen jednat proti svým přáním, nebo proti svému přesvědčení. Uznání důstojnosti člověka nás vede k respektování života člověka, (bez ohledu na to jak člověk žije). A ukazuje nám respekt k rozhodnutí člověka, žít svůj život dle svých přání a představ, kterých si dotyčný člověk cení. Zároveň nás idea důstojnosti vede k definici bezpodmínečnosti a platnosti, (lidské důstojnosti) za všech okolností a k odmítnutí gradualizace.¹⁴⁰ Důstojnost nemůže být podmíněna ani vzděláním,

¹³⁸ Šimek str. 168

¹³⁹ Na základě diskurzu - logického úsudku, nebo na základě intuice - rozhodnutí, které není zprostředkováno vědomým uvažováním a není podloženo zřetelnými důvody.

¹⁴⁰ Lidská důstojnost není závislá na pohlaví, třídě, sociálním statusu, ani na tom zda jde o dítě, nebo dospělého, zdraví nemají větší právo na respekt k jejich důstojnost než nemocní. Srov. Henriksen Vetlesen str. 105

schopnostmi, ale naopak musí být nezávislá na výše zmíněných attributech. Lidská důstojnost (pokud je tedy respektována a uznávána) v důsledku umožňuje člověku v jakékoliv situaci rozhodovat o svém životě autenticky a autonomně.

5. Výzkumná část

5.1 Etická dilemata

V praktické části nejprve vymežíme pojmy „etický problém“ a „etické dilema“ a zamyslíme se nad tím, v jaké situaci se ocitá pracovník při setkání s člověkem. Pokusíme se vymežit alespoň některé vztahy (souvislosti) a koncepty, které pracovníka ovlivňují v jeho rozhodování.

5.2 Etické problémy a etická dilemata

S pojmy etických problémů a etických dilemat se v sociální práci setkáváme stále častěji. Řešení etických situací (dilemat) by mělo být běžnou součástí práce sociálního pracovníka. Neustále však vnímáme, že řešení etických otázek a vůbec citlivost na etická témata závisí také na vzdělání jednotlivých pracovníků, na jejich vlastním hodnotovém systému a také na kultuře organizace, ve které jsou jednotliví zaměstnanci zaměstnáni.¹⁴¹ Pro

¹⁴¹ ...postoje jsou v nás hluboce zakořeněné a je na místě počítat s tím, jaký na nás mají vliv. Nejde o to, který z těchto postojů je lepší, stejně každý pracovník zaujme ten sobě vlastní. Chci poukázat na to, jak hluboce jsme ve své práci ovlivněni tím, co si myslíme o světě a lidech. To je také jeden z důvodů, proč pracovníci v různých profesích zaujímají zcela odlišné postoje a vytvářejí protichůdné teorie. A proč jiní se k nim přidávají a tyto teorie přijímají za své.

Srov. ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-69-9. Str.

114

pomáhajícího pracovníka je velkou oporou práce v multidisciplinárním týmu, kde není na řešení dilemat sám, ale konzultuje situace s kolegy.¹⁴²

*„Etickým problémem je tedy situace, kdy stojíme před morálním rozhodnutím a toto rozhodnutí není jednoznačně a trvale rozhodnutelné – máme na výběr z několika etických principů či argumentací. Současně jde však o situaci, kdy se musíme pro jedno z možných řešení rozhodnout.“*¹⁴³

Naproti tomu etická dilemata „...vznikají tehdy, cítí-li sociální pracovník, že stojí před dvěma, nebo více stejně nevhodnými možnostmi, které představují konflikt morálních principů. Není přitom jasné, které rozhodnutí bude přijatelnější.“¹⁴⁴

*„Do profesionální práce se ovšem promítá celý pracovníkův přístup k životu a lidem.“*¹⁴⁵ Jádrem přístupu k druhým lidem v naší profesionální práci tkví v našem postoji k zodpovědnosti, k sobě samým, k druhým, a vzhledem k požadavkům, které klademe sami na sebe nebo na druhé lidi. V základu dilemat stojí téma respektu a lidské důstojnosti. Při řešení etických dilemat pracovník přijímá povinnost rozeznat své osobní postoje, a své osobní hodnoty od postojů, které představuje jako profesionál. Analogicky je třeba promýšlet

¹⁴² „Když kolegové vznášejí otázky a nápady, které dříve nebyly uvažovány, konzultace s kolegy v týmu dávají příležitost přemýšlet o dohodách s klienty a zkoumat další důsledky rozhodnutí. ... Odborníkům to pomáhá vyvarovat se více etických problémů.“ *Ethical issues in social work practice / Antonio Sandu and Ana Frunza*. 2017. ISBN 9781522530909. Str. 95-97 (Přeloženo autorkou diplomové práce.)

¹⁴³ VESELSKÝ, Pavel. *Filosofie a etika pro sociální pracovníky: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3560-2. Str. 60

¹⁴⁴ MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 9788073675028. Str. 24

¹⁴⁵ Tamtéž, str. 114

situace s ohledem na hodnoty člověka, se kterým spolupracujeme.¹⁴⁶ Člověk současně nemůže podléhat zájmu většiny, svým sklonům k jednání, nebo jiným nelogickým nárokům.¹⁴⁷ Výzkum týkající se kvality sociálních služeb a možných etických dilemat, (v rámci supervize) proběhl v Moldávii a ukázal zajímavé výsledky.¹⁴⁸

Osobní hodnoty jsou primárním východiskem, ze kterého člověk řeší etické dilema sám za sebe. Profesionál ovšem musí zastávat i hodnoty své profese a při řešení dilemat může docházet ke střetu hodnot. Pokud pracovník tento střet neřeší, nebo potlačí svoje hodnoty na úkor zdánlivě důležitějších, může to mít dopad na jeho práci i osobní život. Toto potvrzuje i výzkum

¹⁴⁶ Srov. MILFAIT, René. *Fundamentální eticko-lidskoprávní principy etických kodexů sociálních pracovníků: Objasnění s odpovídajícími povinnostmi a zodpovědnostmi*. In: FISCHER, Ondřej, Petr JANDEJSEK, Alena KROUPOVÁ, Helena KUNSTOVÁ, René MILFAIT a Dana MOREE. *Etika a lidská práva*. Praha: Centrum sociálních služeb Praha, 2008, str. 8

¹⁴⁷ „Kromě toho si musí být odborníci vědomi eticky citlivých situací a uspořádat si seznam svých etických dilemat na základě svých vlastních hodnot. Seznam pomůže při řešení dilemat.“ Srov. Antonio Sandu and Ana Frunza. 2017, str. 97 (Přeloženo autorkou diplomové práce.)

¹⁴⁸ „Ukázalo se, že etický problém, by se ve většině případů rovnal konfliktu mezi klientem a pracovníkem a mezi manažerem a podřízeným. Účastníci výzkumu potvrdili nutnost supervize, aby se předešlo chybám profesionálů a aby mohli řešit etická dilemata. Současně účastníci výzkumu připouštějí, že etická dilemata jsou řešena rozhodnutím nadřízených.“ Srov. Antonio Sandu and Ana Frunza. 2017, str. 253 – 256. (Přeloženo autorkou diplomové práce.)

Na to bychom ovšem nemohli z našeho hlediska přistoupit, protože zde vstupuje do rozhodování moc, která by zde neměla hrát roli. Pracovníci se dostávají do střetu zájmů, když musí komunikovat rozhodnutí, (které není jejich) o svém etickém dilematu s klientem. „Nejzásadnějším problémem se ukázalo, že etická dilemata jsou skrytým fenoménem, který je často nerozpoznaný a zřídka předkládaný k analýze a řešení.“ Srov. Antonio Sandu and Ana Frunza. 2017, str. 256 (Přeloženo autorkou diplomové práce.)

uskutečněný v Turecku.¹⁴⁹ Zachycení konfliktu hodnot a jeho promýšlení pracovníkem je jedním z prvních kroků k hlubšímu pochopení řešení etických dilemat. Pracovník má možnost získat jasnější vhled do komplexní etické problematiky a současně najít odstup, aby se dokázal správně rozhodovat. Má možnost uvědomit si důležité otázky: K čemu mě nutí tato situace? (organizace, etický kodex, právo) Jak se zachovám v této situaci? Zároveň nikdy jeho přemýšlení neslouží jen člověku, který potřebuje pomoc, ale rozšiřuje jeho oblast přemýšlení i na vlastní život osobní dilemata. Ve výzkumu z Botswany z roku 2018 uvádějí autoři pěti krokový etický model rozhodování pro identifikaci a řešení etických problémů a dilemat, který může být inspirací při řešení etických dilemat.¹⁵⁰

¹⁴⁹ Výzkumníci této studie dospěli ke třem důležitým závěrům: „1) *v případech etických dilemat se pracovníci uchylují spíše ke svému vnitřnímu úsudku než k vnějším pravidlům, např. k pravidlům organizace.* 2) *Bylo zjištěno, že na rozhodování v případě etických dilemat, mají vliv: dřívější zkušenosti pracovníků, úroveň jejich profesionálního rozvoje, role na pracovišti a organizační kultura.* 3) *V případě etických dilemat nejsou adekvátní znalosti a dovednosti pracovníka, ale spíše jeho pečlivé přemýšlení i o otázkách odpovědnosti a hodnot.*“ Antonio Sandu and Ana Frunza. 2017, str. 113 (Přeloženo autorkou diplomové práce.)

¹⁵⁰ Z výsledků a doporučení výzkumu vyplývá, že je třeba zkoumat profesionální, klientské, společenské a organizační hodnoty, s ohledem na zákony, etický kodex a klientovu situaci, a vyhodnotit kdo bude pravděpodobně mít z řešení prospěch, nebo kdo bude pravděpodobně poškozen. Pětikrokový model je následující: 1) Prozkoumat podstatné osobní, společenské, organizační, klientské, a profesionální hodnoty. 2) Přemýšlet o tom, jaký etický standard, etického kodexu se vztahuje na danou situaci a také přemýšlet o zákonech a jednotlivých případech. 3) Navrhnout hypotézu o možných důsledcích různých rozhodnutí. 4) Určit, kdo bude mít z daného řešení prospěch a kdo může být poškozen, aby byl vzat v potaz závazek k nejzranitelnějším. 5) Poradit se s kolegy a se supervizorem o nejlépe etické volbě. Srov. Antonio Sandu and Ana Frunza. 2017, str. 98 (Přeloženo autorkou diplomové práce.)

5.3 Metoda výzkumného šetření

Výzkumná část diplomové práce je zaměřená na zpracování kazuistik, ve kterých jsou popsána etická dilemata.

Kapitola znovu prezentuje formulaci hlavního cíle a dílčích otázek, které se s ním pojí. Objasňuje zvolené techniky sběru dat a vysvětluje jejich použití, charakterizuje způsob výběru a velikost průzkumného souboru a průběh výzkumu. Ve výzkumu jsem se zaměřila na analýzu rozhovorů. Na základě rozhovorů s pracovníky jsem popsala řešená etická dilemata. Etická dilemata jsem řešila na základě hodnot klientů a pracovníků, byly vzaty v úvahu vždy dvě neideální možnosti a s pomocí argumentace a zvážení dominantních hodnot a zájmů člověka i pracovníka, jsem došla k návrhu řešení. Právě i ve volbě příběhů a dilemat, se projeví hodnoty pracovníků. Profesionál má vždy minimálně dvě možnosti: Podpořit člověka, aby udělal to, co sám chce, nebo jít cestou bezpečí a ochrany jeho zdraví. Výzkumná část je opřena o sondu ze dvou CDZ, ze kterých čerpám profesní role, cíle a hodnoty.

Cílem práce je: Na základě zkušenosti řešení etických dilemat, ukázat potřebnost přístupu pomáhajícího pracovníka k člověku jako k člověku obzvlášť v péči o lidi s duševním onemocněním.

Cíl výzkumné části práce: Cílem výzkumu je zjistit s jakými etickými dilematy se potýkají pracovníci v asertivní péči s lidmi s duševním onemocněním. A jakým způsobem (s jakou podporou, na základě jakých hodnot, postojů) etická dilemata řeší.

5.3.1 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky jsem zvolila na základě představy, že pracovníci budou k lidem přistupovat z perspektivy načerpané v přístupech Recovery CARE a otevřeného dialogu. Všechny tyto přístupy spojuje velký důraz na člověka a lidskou důstojnost. Zajímavé bylo všimnout si, jestli vůbec člověk vstupuje do dilemat (jak si dilemata uvědomuje/neuvědomuje) a jestli je schopen dilema zformulovat. Velkou roli zde hrají i hodnoty, které byly analyzovány z rozhovorů.

1. Výzkumná otázka – Jakým způsobem přistupují pracovníci k člověku?
2. Výzkumná otázka – Jaké hodnoty při řešení etických dilemat vyznávají dotazovaní pracovníci?

Otázky v rozhovoru

Na základě cíle výzkumu byly zformulovány následující otázky pro rozhovory s pracovníky CDZ:

1. Popište, co pro Vás znamená dilema?
2. Setkáváte se ve své práci s etickými dilematy? (Musíte často volit mezi dvěma možnostmi řešení jedné situace, kdy ani jedna možnost není ideální?)
3. Zažil/a jste ve své práci situaci, kdy jste řešil/a etické dilema? Můžete mi tuto situaci (příběh člověka se situací spojený) popsat?
4. Jak postupujete při řešení etických dilemat ve své práci/zaměstnání? (Podle jakých kritérií řešíte etická dilemata?)
5. Co je pro Vás při řešení dilemat nejobtížnější?
6. Jak vnímáte své rozhodování v tomto (konkrétním popsaném) dilematu?

5.3.2 Výzkumný soubor

Výběr souboru

Jaká dilemata se řeší v asertivní péči, nám mohou říci jedině pracovníci, kteří jsou zaměstnaní v terénních týmech pracujících v komunitě. Dle této zákonitosti jsem konstruovala výzkumný soubor.

Výzkumný soubor byl konstruován účelově (záměrně).

Potřebné znaky byly: pracovník Centra duševního zdraví (dále jen CDZ), nebo komunitního týmu. Výzkumný soubor byl sestaven z pracovníků dvou týmů, (sociálních pracovníků a zdravotních sester) které pracují asertivně s lidmi s duševním onemocněním.

5.3.3 Velikost souboru a popis metody výzkumu

V kvalitativním výzkumu se velikost vzorku přizpůsobuje tématu a cílům a vždy je odsouhlasena předem vedoucím práce. Počet účastníků výzkumu byl stanoven na sedm pracovníků.

Výzkum byl realizován ve dvou CDZ v Praze s terénními pracovníky zaměstnanými v těchto centrech. Dotazování probíhalo formou polostrukturovaných individuálních hloubkových rozhovorů. Ukázka jednoho rozhovoru je v příloze č. 4 této práce, pro představu, jakým způsobem byly rozhovory vedeny. U každého rozhovoru jsem se víceméně ptala na podobné otázky, někdy jsem pořadí otázek změnila, nebo jsem se doptávala na důležité aspekty v situacích dilemat.

Výzkumný vzorek tvoří sociální pracovníci a psychiatrické sestry, jejichž praxe v CDZ, trvá minimálně jeden rok. Všem pracovníkům jsem vysvětlila, že je výzkum anonymní, že změním jejich jména i jména klientů. Ptala jsem se,

zda jsou otázky srozumitelné a popsala jsem, čeho se výzkum týká. Vzhledem k tomu, že pracovníci CDZ řeší etická dilemata téměř každý den, nebyl problém získat pro výzkum sedm kolegů, kteří byli ochotni o svých dilematech a jejich řešení mluvit. U rozhovorů si sami tříbili své postoje a měli možnost se v situacích zorientovat a více si uvědomit jak jednají a na základě jakých hodnot ať už vlastních, nebo hodnot organizace se rozhodují.

S každým respondentem byl pořízen jeden rozhovor. Délka rozhovorů byla v průměru 30 – 45 minut. Sběr dat probíhal v období od ledna 2021 do března 2021 ve dvou CDZ v Praze. Výzkum je tedy sondou do zkušeností těchto dvou organizací. První z nich (CDZ pro Prahu 8) vzniklo bez návaznosti na proces psychiatrické reformy. Bylo prvním CDZ v Čechách ještě před pilotními projekty v rámci psychiatrické reformy. Druhé CDZ pro Prahu 9 je jedním z prvních pěti pilotních CDZ v ČR v rámci procesu psychiatrické reformy. Tyto dvě CDZ jsem zvolila z důvodu fungování v jednom městě, současně se jedná o dvě CDZ, které jsou provozovány stejnými organizacemi (Fokus Praha z. ú a PN Bohnice). Měla jsem možnost být u zrodu obou CDZ, znám jejich prostředí a měla jsem možnost pozorovat jejich vývoj. V rámci psychiatrické reformy vznikají CDZ v celé ČR a v každém jednotlivém CDZ se odráží specifika zakládajících organizací. Přístupy se mohou lišit i vzhledem k velikosti města, kde CDZ vzniká a například vně Prahy jsou odlišné podmínky k terénní práci.

5.3.4 Charakteristiky výzkumného souboru

Výzkum byl realizován se sedmi respondenty (pracovníky Center duševních zdraví). Jedná se o sociální pracovníky a zdravotní sestry. Pro představu uvádím délku jejich praxe v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním. Johana – 10 let, Karina – 2 roky, Magdaléna – 6 let, Anežka - 4 roky, Vanda - 20 let, Petr - 1 rok, Barbora - 15 let. Tři pracovnice z uvedených se ve své

profesionální praxi pohybují pouze v péči o lidi s duševním onemocněním. Jeden pracovník dříve pracoval s dětmi, jedna pracovnice má praxi v práci s lidmi se sluchovým postižením a pro jednu pracovníci práce v CDZ znamenala velkou životní změnu, nejprve byla novinářka a následně prošla kurzem pracovníka v sociálních službách a nyní je case manažerkou. Jedna z respondentek sedm let pracovala na uzavřeném oddělení psychiatrické nemocnice, to jí však nevyhovovalo, a proto se rozhodla jít pracovat do CDZ.

Respondenti výzkumu souhlasili s nahráváním rozhovoru, a byli ujištěni, že výzkum je anonymní a nahrávky budou po přepsání smazány. V rozhovorech jsou všechna jména respondentů i lidí, o kterých byly rozhovory změněna vzhledem k ochraně respondentů a jejich klientů. Na základě rozhovorů s pracovníky jsem popsala řešená etická dilemata. Po sepsání dilemat je pracovníci revidovali, a jejich připomínky byly zapracovány do kazuistik. Pracovníci v rozhovorech popisovali, jak se rozhodovali, co je při rozhodování ovlivňovalo. Etická dilemata jsem řešila na základě hodnot klientů a pracovníků, byly vzaty v úvahu vždy dvě neideální možnosti a s pomocí argumentace a zvážení dominantních hodnot a zájmů člověka i pracovníka, jsem došla k návrhu řešení.

5.4 Narativní způsob výzkumu a narativní etika

Způsob výzkumu, který jsem zvolila je blízký narativnímu způsobu výzkumu, který se usiluje o výzkum pomocí vyprávění příběhu člověka.¹⁵¹

¹⁵¹ V narativním způsobu výzkumu je člověk povzbuzován k volnému vyprávění. „Hendl popisuje čtyři fáze, na které se vlastní rozhovor dělí: 1. Presentace tématu, 2. Vyprávění, 3. Kladení otázek pro vyjasnění nejasností, 4. Zobecnující otázky.“ HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* / Jan Hendl. 2016. ISBN 9788026209829. Str. 180

V narativní etice¹⁵² jde o příběh člověka a na něm se ukazuje inspirace a způsoby modelového jednání. „*Narativní pohled zachycuje základní fundamentální dimenzi lidství.*“¹⁵³ A o to nám právě jde na příbězích lidí. Ukázat, jak setkání s druhým člověkem pokud jsme mu otevřeni, uvádí do chodu naše myšlení a uvažování o tom proč druhý jedná nějakým způsobem.

Vyprávěním příběhu člověka si můžeme ukázat kritéria pro posouzení správného jednání. Promyšlení příběhu pracovníky vede k sebereflexi, ve které mohou pochopit mnoho věcí sami o sobě.¹⁵⁴ Těchto sedm etických dilemat, ukazuje realitu práce s lidmi s duševním onemocněním. Ve výzkumu jde hlavně o to, zjistit zda pracovníci s lidmi jednají eticky správně, k čemuž je třeba velké citlivosti a nestačí nám pouze znalost etického kodexu, nebo dobrá vůle věci řešit, vyžaduje to mnohem větší nasazení pracovníků a ochotu věnovat dostatek času ke správnému rozhodnutí. Hledáme kritéria správného rozhodování, které nám příběhy lidí a dilemata s nimi spojená mohou názorně ukázat.

¹⁵² Narro = vyprávím.

¹⁵³ Henriksen, Vetlesen str. 72

¹⁵⁴ „*Člověka je možno pochopit jen ve světle toho, jak vlastně chápe sám sebe.*“ Henriksen, Vetlesen str. 70

6. Etická dilemata v asertivní péči

Nyní popíšu sedm dilemat, která jsem získala z rozhovorů s pracovníky Center duševních zdraví v Praze. Obsáhlejší kazuistiky jednotlivých aktérů jsou k nahlédnutí v příloze č. 3 této práce, v příloze č. 4 je ukázka jednoho přepsaného rozhovoru s pracovníkem. Nejdříve vždy stručně popíšu situaci člověka (dilema). Poté ukážu přehled dominantních hodnot nebo zájmů v dilematu, uvedu návrh řešení dle pracovníka, a na závěr vše zhodnotím v diskuzi. Všechny kazuistiky mají společné to, že ukazují křehkost člověka a zároveň možnost/příležitost jednat s člověkem důstojně za všech okolností, nenechat se poplašit krizovou situací, ale stále myslet v první řadě na člověka, ať už se ocitá v jakékoli životní situaci.

6.1 Petra – ochrana člověka versus upřímný vztah důvěry?

Po této schůzce za námi druhý den matka přišla, a chtěla situaci Petry řešit. Vyhodnotili jsme její požadavek jako střet zájmů, protože klíčová pracovnice s matkou mluvit nechtěla z respektu k Petře a pracovnice ani neměla souhlas podávat informace matce a za druhé naše setkání mají sloužit k tomu, abychom si to co chceme říci, řekli na schůzkách k tomu určených. Zdvořile jsme matku odmítli s tím, ať se obrátí o pomoc na skupiny pro rodiče nemocných, nebo na naši psycholožku, pokud chce s někým mluvit.

Pak se několik týdnů nedělo nic zvláštního, a následně začala matka kontaktovat našeho psychiatra e- mailem. Psychiatr se s námi radil, zda a jaké informace má matce má odpovídat na její dotazy typu: „Petra je ve špatném stavu a potřebovala by medikaci, poradíte mi jak se k ní chovat?“ a podobně. V mezidobí jsme o lécích s Petrou hodně mluvili, vysvětlovali jsme Petře, že by se jí mohlo ulevit, že léky jsou nyní jiné než před deseti lety, ale Petra nechtěla o lécích nic slyšet, tak jsme její přání respektovali. Matka pokračovala v kontaktování psychiatra a on se později rozhodl, že se s matkou sejde a odpoví jí obecně. (Nebude říkat nic konkrétního o Petře.) Na její dotazy zda by pomohly léky, zda a jak může schizofrenie poškozovat mozek, jak by mohla Petře pomoci? Tuto informaci jsme se dozvěděli asi týden před společným setkáním otevřeného dialogu a předpokládali jsme, že matka to, že komunikuje s lékařem, Petře neřekla. Pracovnice začala přemýšlet, jak s informací naloží.

Dilema v této situaci je, zda říci Petře, že matka byla u lékaře zeptat se, nevíme přesně na co, ale chtěla nějaké informace a psychiatr jí je poskytl. Důsledek oznámení na společné schůzce může být, že se matka může cítit nepříjemně, protože ji předem neinformujeme, že na společném setkání pracovnice sdělí, že se v mezidobí s lékařem viděli. Petra se může cítit

naštvaná, zklamaná, zrazená od matky, že jí neřekla, že se půjde „na ní“ ptát. Nebo nemusí pracovnice říkat nic, nechat si tuhle informaci pro sebe, ale zklamat tím důvěru Petry, porušit pravidla otevřeného dialogu, nést tíhu svého svědomí a ohrozit vztah s Petrou.

Dilema je tedy říci informaci, nebo neříci informaci:

Možnost říci informaci o setkání matky s psychiatrem.

Říci, protože pracovnice cítí povinnost říct informaci - pracovník i všichni ostatní na setkání vědí, co se stalo, a pracovnice sama by chtěla, aby ten kdo s Petrou pracuje, jí říkal důležité věci o ní.

Říci, protože má Petra v pracovnici důvěru, která by mohla být narušena. (Pracovnice chce ochránit vztah důvěry.)

Říci, protože z logiky otevřenosti pracovnice musí říci, co ví. Petra má právo na stejné informace jako ostatní přítomní.

Přehled dominantních hodnot a zájmů v dilematu:

Pokud se na celou situaci podíváme z hlediska hodnot, tak není zpočátku řešení jasné. Budeme chtít mluvit pravdu? A budeme chtít mluvit pravdu za každou cenu? Vstupuje nám do rozhodování hodnota **vztahu s člověkem** a navázaná **důvěra** v tomto vztahu, s člověkem se kterým spolupracujeme a zároveň tím, že řekneme pravdu, vstupuje hodnota **vztahu matky a Petry**, která bude nejspíš opět narušena. Najdeme odvahu říci nepříjemnou informaci? A co nám k tomu pomůže? Pokud se rozhodneme uznat hodnotu **pravdy** a **otevřenosti** zvolíme možnost říci člověku informaci, kterou on jediný sám neví, i když očekáváme, že se druhý rozčílí. Najdeme v sobě **odvahu** nechránit člověka před nepříjemným a opakujícím se zážitkem s matkou? Pokud ano podpoříme tím **respekt** k Petře a k její důstojnosti, nenechat ji bez informací, které se jí týkají. Zároveň tím, že řekneme informaci, čelíme stigmatizaci nebo znehodnocení osoby Petry opět z důvodu nemožnosti přístupu k informacím, které mají všichni ostatní. **Podpora** – pracovnice chce být Petře podporou,

chce, aby se její vztah s matkou zlepšil i přesto, že se možná nejdříve zhorší a vyjdou najevo dlouho opakované scénáře v komunikaci, které nefungují.

Upřímnost - podpoří důvěru v pracovníka a umožní další spolupráci.

Zodpovědnost/spolehlivost – pracovnice dodržuje dohodu s Petrou, že matku neinformuje.

Kdybychom se v Petřině případě řídili dle pravidel otevřeného dialogu, pomohou nám v řešení situace hned dva body – za prvé, člověk je přítomen u setkání od počátku a žádný plán se netvoří bez člověka. Všechna rozhodnutí se projednávají s těmi, jichž se týkají.¹⁵⁵ Dalším bodem (principem) je transparentnost. Zveřejnění informací ke všem diskuzím, na všech setkáních, všem účastníkům, sdělování toho co odborníci vědí, i nevědí.¹⁵⁶

Z hlediska hodnot profesní role bychom narušili hodnotu důvěry v pracovníci, pokud by zamlčela důležitou informaci. Pokud je Petra v situaci, kdy je ohrožena její bazální důvěra, že svět je bezpečné místo, (Ztrácení věcí a přesouvání věcí v bytě, které souvisí s narušením důvěry v matku.) nemá důvěru ve své okolí, není možné nepodat člověku informace, které se ho bezprostředně týkají.

Nejzásadnějším důvodem proč sdělit Petře informaci je navázaný vztah důvěry.

Možnost neřící informací

Jaké by bylo pro klíčovou pracovníci neřící informací? Nejspíš by bojovala se svým svědomím, trápila by ji myšlenka, že Petra neví to, co vědí všichni ostatní. Pracovnice zná Petru a ví, že by se jí velmi dotklo, kdyby zjistila, že matka nebo někdo z týmu jedná za jejími zády.

¹⁵⁵ SEIKKULA, Jaakko a Tom Erik ARNKIL. *Otevřené dialogy: setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Vyd. 1. v českém jazyce. [Brno]: Narativ, 2013. ISBN 9788026043461.

¹⁵⁶ Srov. Pracovní materiál k výcviku v otevřeném dialogu. „Kritéria věrnosti“ Otevřenému dialogu – 12 základních prvků dialogické praxe, příloha č. 1.

Neřící informaci, aby kolegyně ochránila sebe před nepříjemnou situací a chránila by i matku před konfrontací s Petrou.

Neřící, aby ochránila Petru před dalším zklamáním, ze strany matky.

S tímto rozhodnutím, by pracovnice nemohla být vnitřně spokojená, vycházela by z možnosti ochrany před nepříjemným zážitkem. Kdyby nesdělila informaci, mohli by být všichni spokojeni, (ale pouze pokud by se Petra nedozvěděla pravdu), ale rozhodnutí by bylo v rozporu se svědomím a byl by zde rozpor v tom, že není možné chtít po ostatních, aby nemluvili pravdu ze strachu, nebo z důvodu ochrany před zklamáním. Kdyby se rozhodla neřící informaci, zůstala by zdánlivě v bezpečí.

Závěr

Z dilematu řešeného na základě hodnot Petry i pracovnice, vyplývá pouze možnost říci Petře informaci. Možná tato informace Petru rozčílí, ale toto řešení bude v důsledku podporou respektu k Petře jako k člověku, a zůstane zachována její důstojnost.

6.2 Josef – opatrovnice, nebo sestřenice?

Nakonec se Josef nechal přesvědčit, a sám napsal žádost o změnu opatrovníka. Doprovázeli jsme Josefa k soudnímu jednání, klíčová pracovnice CDZ byla ustanovena opatrovníkem pro řízení. U soudu se ukázalo, že opatrovnice zamlčela ve vyúčtování Josefovo dědictví ve výši 2,5 milionu korun a nevykazovala tuto částku v hospodaření. Ještě u soudu se opatrovnice snažila rozhodnutí soudu zvrátit a říkala, že vyúčtování dodá, a že peníze investovala do bytu, který ovšem už nebyl Josefa, ale její, takže neoprávněně použila jeho peníze. Na posledním stání tedy souhlasila s předáním opatrovnictví veřejnému opatrovníkovi, i když bylo vidět, že je hodně rozčilená, a že okolnosti předávání opatrovnictví nejspíš do budoucna naruší vztah s Josefem. V celé situaci bylo pracovníci nejvíce líto Josefa, ale s opatrovníci se před soudním řízením nedařilo ani sejit, ani se jí dovolat a domluvit se jinak. Nová veřejná opatrovnice převzala finance Josefa a s respektem se s ním domlouvá na tom co si Josef koupí a co ne. Ubyly potíže s placením nájmu na Boně, platby chodí včas. Josef je spokojenější minimálně v tom, že má přehled o svých financích, ví, kolik utratí a kolik by měl ještě zpětně dostat z dědictví.

Veřejná opatrovnice velmi promýšlela, zda podat na bývalou opatrovnici trestní oznámení, pro nesplacení peněz z dědictví, nakonec oznámení podala z důvodu nemožnosti se s bývalou opatrovníci dohodnout. Josef dostal sociální byt, do kterého se brzy bude stěhovat. Jeho sestřenice s ním není v kontaktu, nezvedá mu telefon a nechce s ním mluvit.

Dilema je tedy podat žádost o změnu opatrovníka, nebo nepodat žádost o změnu opatrovníka.

Otázkou v této situaci je podat žádost o změnu opatrovníka, i když tušíme, že to bude mít velký dopad na Josefa, který tím činem nejspíš přijde o vztah s jedinou žijící příbuznou. Nebo nepodat žádost o změnu opatrovníka, i když víme, že vztah opatrovnice a Josefa je ze strany opatrovnice víceméně účelový, nestará se korektním způsobem o jeho finance, neplatí pravidelné měsíční platby včas, hospodaří s penězi, jakoby byly její, neinformuje Josefa o tom, kolik má peněz, nekoná v tom, aby Josef mohl bydlet tam, kde chce. Neřeší a nezjišťuje Josefova přání.

Možnost podpořit Josefa v podání žádosti o změnu opatrovníka

Podpořit Josefa ve vlastním rozhodování, a zplnomocnění, Josef má právo vědět, kolik má peněz a jak je s nimi hospodařeno a od nynější opatrovnice se to nedozví.

Podpořit Josefa v podání žádosti o změnu opatrovníka, aby měl jistotu, že za něj opatrovník bude platit bydlení, a pokud bude mít Josef veřejného opatrovníka, je větší šance v transparentnější hospodaření s jeho penězi.

Podat s Josefem žádost z důvodu, že nikdo nemá právo ho okrádat o jeho peníze, nebo jeho peníze bez jeho vědomí je investovat.

Přehled dominantních hodnot a zájmů v dilematu:

Jak jednat v situaci kdy víme, že je člověk poškozován a zároveň je poškozován jediným žijícím příbuzným, ke kterému má vztah?

Do rozhodování u pracovnice vstupoval pocit velké nespravedlnosti, nelidského a nedůstojného přístupu ze strany opatrovnice, která měla pocit, že její jednání (Zamlčení dědictví, nakládání s Josefovým majetkem, jako by byl její.) nebude odhaleno. V tomto dilematu převážila ochrana a respekt k člověku a majetku, před ochranou vztahu s příbuzným. Vnímali jsme nespravedlnost a nerespekt k člověku, zacházení s člověkem nedůstojným způsobem. Hodnotově se zde uplatnila **zodpovědnost** pracovnice, která věděla o jednání opatrovnice a nechtěla to nechat bez povšimnutí. Usilovala o dohody s opatrovnicí, ale

bezvýsledně. Josef se neuměl v této situaci sám bránit. Rozhodování bylo pro pracovníci velmi těžké a rozporuplné. Jak neublížit Josefovi (Přijde o vztah s jedinou žijící příbuznou.) a zároveň chránit jeho právo na to, co mu náleží a na život který chce žít? Pokud se na dilema díváme z hlediska hodnoty **práva na informace, respektu k člověku a spravedlnosti**¹⁵⁷ vychází nám zřejmá podpora Josefa v podání žádosti o změnu opatrovníka. Kdybychom se v rozhodování opírali o systém CARE, najdeme zde podporu člověka, (Josefa) v jeho přáních a jedním z cílů CARE je podporovat člověka v uspokojivém fungování tam, kde člověk chce žít. S případem Josefa koresponduje i přístup E. Lévinase a to jak popisuje „odpovědnost za druhého“. Mluví o Tváři, která říká: „Nezabiješ“ a zároveň o obnaženosti „chudáka“ pro kterého mohu všechno a jemuž jsem vším povinen.¹⁵⁸ Tvář člověka je pro Lévinase něčím vznešeným a zároveň obnaženým. Někým kdo má důstojnost a zároveň je zranitelný. U Josefa vnímám nutnost podpory obou těchto složek, jeho důstojnosti i zranitelnosti.¹⁵⁹

Nejzásadnějším důvodem pro podporu Josefa v podání žádosti o změnu opatrovníka je ochrana a podpora Josefa a zároveň vymezení se vůči nespravedlivému a nedůstojnému jednání opatrovnice.

¹⁵⁷ Pokud bych se při svém rozhodování opírala o Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením, našla bych oporu například v článku dvanáct s názvem „rovnost před zákonem“ v bodě pět, kde se mluví o tom, aby osoby se zdravotním postižením nebyly svévolně zbavovány svého majetku.

¹⁵⁸ Lévinas popisuje Tvář „... jako takovou, která se vzpírá „vlastnění mé moci“. *Tvář ke mně mluví a tím mne vybízí ke vztahu, jenž je nesouměřitelný s vykonávanou mocí.*“ LÉVINAS, Emmanuel a Miroslav PETŘÍČEK. *Etika a nekonečno*. 2. vyd. Přeložil Věra DVOŘÁKOVÁ, přeložil Miloš REJCHRT. Praha: OIKOYMENH, 2009. Oikúmené (OIKOYMENH). ISBN 9788072983940. Str. 179 – 180

¹⁵⁹ Lévinas, *Totalita a nekonečno* str. 174

Možnost nepodpořit Josefa v podání žádosti o změnu opatrovníka.

Josefovi by zůstal zachován „vztah“ s opatrovnici. Josef by se ve svém rozhodování mohl ubírat cestou nechat opatrovnici dům a hledat si sociální byt bez nároku na kompenzaci.

Pokud bychom Josefa nepodpořili v možnosti podat žádost o změnu opatrovníka, možná by jeho vztah s opatrovnici byl „lepší“ než je, ale Josef jako velmi ovlivnitelný člověk, (Proto má také Josef opatrovnici, aby ho „ochraňovala“ před lidmi, kteří mu chtějí uškodit.) by byl ochoten udělat cokoli, aby byl s opatrovnici zadobře a nejspíš by tato jeho dobrota neměla konce. Problematické na celé situaci je to, že opatrovnice se nechová, jako člověk, který by hájil Josefova práva a řešil jeho přání a potřeby, nebo jako člověk, který chce Josefa ochránit. Chová se přesně naopak. Proto je tedy tato možnost vyloučena a nenacházíme důvod proč nepodpořit Josefa v podání žádosti.

Závěr

Řešení tohoto dilematu ukazuje nejvíce na hodnoty ochrany a podpory člověka v situaci, kdy se nedokáže sám bránit a zároveň dává hranice člověku, který má tendence druhé zneužívat a domnívá se, že to nebude zjištěno. Proto je v tomto dilematu řešením podpořit Josefa v podání žádosti o změnu opatrovníka.

6.3 Veronika – matka versus nemoc

Během naší spolupráce se stala situace, kdy se Veronika předávkovala léky a málem umřela, byl u toho přítomen její syn. Ten zavolal do Centra duševního zdraví a tým vyrazil na místo a vyhodnotil situaci tak že zavolal sanitku a OSPOD. Veronika popírá, že by se chtěla zabít. Neměli jsme důvod to Veronice nevěřit, ale pro syna to byla jistě dost šokující zkušenost. Našel mámu nehybnou a nemohl ji probudit. Lékaři mají názor, že to byl pokus o

sebevraždu. Veronika říkala, že se nechtěla zabít, že chtěla jen spát, byla hodně unavená. Po této události byla svolána případová konference OSPOD. Pro nás jako tým, který se snaží pracovat s principy otevřenosti a řešit věci s lidmi, za jejich přítomnosti, to byl jeden z velmi nepříjemných zážitků. Veronika byla ke konferenci přizvána, ale nakonec celá schůzka probíhala o ní, bez ní. V této souvislosti jsme přemýšleli, jak by v takové situaci byl užitečný otevřený dialog a ne jednání za zavřenými dveřmi. Jak se musí Veronika cítit, když nemůže hájit sebe sama a své děti? Na případové konferenci se velmi řešilo, jestli Veronika zvládá svoje děti a kde je hranice, kdy už bude načase Veronice děti odebrat. (Veronika byla přizvána pouze nakonec a bylo jí sděleno, že dohled zůstává a děti může mít nadále u sebe.)

Dilema je tedy podpořit Veroniku v její situaci, najít i další služby, které Veronice pomohou a usilovat o to, aby jí neodebral OSPOD děti. Podpořit Veroniku v tom, aby děti dala do dlouhodobé pěstounské péče, a vídala se s nimi co nejvíce.

Možnost podpořit Veroniku v její touze mít děti u sebe.

Podpořit Veroniku z důvodu, že matka a děti mají právo být spolu.¹⁶⁰

Podpořit Veroniku, protože chce svoje děti vychovávat, chce vidět, jak rostou a dospívají. Podpořit Veroniku, aby měla děti u sebe, protože nemoc by neměla být důvodem k odebrání dětí.

Přehled dominantních hodnot a zájmů v dilematu:

Jak se zachovat v situaci, kdy není jasné, do jaké míry může Veroničina výchova a chování pod vlivem nemoci působit na děti? Potřebovali jsme si ujasnit jak podpořit všechny, protože Veronika je pro nás člověkem na prvním

¹⁶⁰ Péče o děti a jejich výchova je právem rodičů; děti mají právo na rodičovskou výchovu a péči. Práva rodičů mohou být omezena a nezletilé děti mohou být od rodičů odloučeny proti jejich vůli jen rozhodnutím soudu na základě zákona“.(čl. 32/4 Listiny základních práv a svobod)

místě, ale její děti jsou s ní neoddělitelně spjaty. Rozhodli jsme se podpořit Veroniku a částečně i její děti hledáním odpovídající služby i pro ně. Pro Veroniku je velmi důležitá její **rodina**. Proto bychom se při našem rozhodování měli řídit jejím přáním, aby děti mohly zůstat s ní. Otázkou zůstává, kde je hranice, kdy už se Veroniky stav zhoršuje a potřebuje pomoc zvenčí a děti jsou v té situaci ztracené a zmatené. Mají sice naši podporu, mohou nám zavolat, ale nejsme specializovaný tým pro práci s dětmi. V této situaci hraje roli **odvaha** odolat tlaku OSPODu a ustát si rozhodnutí s ohledem na Veroniky přání. Řešíme dilema jak zvládat tlak OSPODu, který je v první řadě na straně dětí a chrání jejich zájmy a my jsme na straně Veroniky a chceme jí pomoci „zůstat matkou“ tak, jak je to jen možné. I s riziky zhoršení jejího stavu a možná ne dobrého vlivu na děti. Záleží na rozhodnutí, kterých hodnot se přidržíme. Vybrali jsme **lidskost a soucit**, ze kterých vychází pochopení a bytí s člověkem v jeho situaci obnaženosti a zároveň hodnotu lidské důstojnosti, kterou člověk má ať už je v jakémkoliv stavu, právě protože je člověkem.

Kdybych se při svém rozhodování řídila Listinou základních práv a svobod¹⁶¹, měli bychom Veroniku podpořit v rozhodnutí být s dětmi a starat se o ně, jak nejlépe dokáže. Důležitou roli zde také hraje **trpělivost**, kterou projevuje klíčová pracovnice i celý tým. Trpělivost a **respekt** k životnímu stylu Veroniky, které nás opět vede hledat oporu v systému CARE. Zde, kde je důležitým prvkem přítomnost, bytí s člověkem ve všech situacích, které prožívá s respektem k němu a s přijetím. S tím souvisí i zotavování z nemoci, které je procesem, cestou s mnoha odbočkami, které vedou k pádům i k vzestupům.

¹⁶¹ *Zákony centrum.cz: Listina základních práv a svobod 2/1993 Sb. Poslední změna zákona: 1. 1. 1999 [online]. [cit. 2021-04-03]. Dostupné z: <http://zakony.centrum.cz/listina-zakladnich-prav-a-svobod/hlava-3?full=1>.*

Pokud bychom na Veroničinu situaci aplikovali teorii přirozeného zákona, našli bychom podporu k rozhodnutí neodebírat děti, jelikož se dle teorie přirozeného zákona říká, že mravní zákony plynou z lidské přirozenosti.¹⁶² Tedy přirozené je, aby děti zůstaly se svou matkou. Nejzásadnějším důvodem, proč podpořit Veroniku v jejím rozhodnutí vychovávat své děti je respekt k jejím hodnotám a přirozenost, že děti zůstanou se svou matkou.

Možnost podpořit Veroniku ve variantě dlouhodobé pěstounské péče, nebo v jiných variantách péče o děti. Tato možnost by připadala v úvahu z důvodu faktu, že děti jsou přes veškerou Veroničinu péči vystavovány situacím, kdy musí odcházet z domova do „Klokánku“ a Veroničiny hospitalizace jsou poměrně časté. Pokud by se našli dobří pěstouni, děti by se mohly cítit lépe ve stabilnějším prostředí. Ale pokud nám jde o Veroničiny hodnoty, (kterými jsou rodina, výchova, zodpovědnost, láska k dětem, starost o děti), tak bychom Veroniku měli podpořit v jejím mateřství. Veronika zatím s pomocí OSPOD, CDZ a dalších organizací péči o děti zvládá.

Závěr

Řešení dilematu Veroniky je křehkou záležitostí především v tom, že nejde pouze o dospělého člověka (Veroniku), ale jsou zde i děti, které mají zvláštní právo na ochranu a jsou počítány mezi zvláště zranitelné. Přes všechny potíže, se kterými se Veronika potýká, dokáže se o děti postarat, proto ji v jejím mateřství a rodičovství podpoříme.

¹⁶² „...mimo jiné stanoví, jaké má člověk na základě samotné této své přirozenosti vůči jiným lidem práva a povinnosti.“ Sousedík str. 12

6.4 Hugo - znovunalezený život versus zodpovědnost vůči právu

Hugo po propuštění z psychiatrické nemocnice začal „nový život“. Hledal si práci, ale v žádné práci, z důvodu fyzických potíží, moc dlouho nevydržel. Nakonec začal hledat příležitostné brigády a to mu zatím nejlépe vyhovuje. Hugo měl různé brigády, nová opatrovnice o všech věděla, protože musela podepisovat pracovní smlouvy. Hugo je omezen ve svéprávnosti, na zacházení s penězi do určité výše a na podepisování smluv. Asi před půl rokem začal být Hugo nespokojený s přístupem opatrovnice k jeho financím. Opatrovnice mu nechtěla dávat peníze na to, co si chtěl koupit. Hugo v té době nepracoval a opatrovnice měla obavy, že všechny své peníze utratí. Hugo se na opatrovnici velmi rozčílil a rozhodl se opatrovnici říci, že skončil se všemi brigádami a že nyní nebude pracovat, protože se psychicky necítí dobře. Mezitím si našel práci, ale opatrovnici to nesdělil a peníze z brigád si nechával a neoprávněně podepisoval smlouvy. Výplatu si nechával posílat na účet svého kamaráda. Opatrovnice si myslí, že je nyní Hugo bez práce.

Klíčová pracovnice si nejdříve myslela, že Hugo na své nové věci dostává peníze od opatrovnice, ale pak jí Hugo řekl, jak se věci doopravdy mají. Hugo přiznal, že už dva měsíce si vydělává a nikomu to neřekl. Hugo má nyní v plánu se odstěhovat od kamaráda a chce znovu zažádat o posouzení svéprávnosti. Před dvěma lety měl Hugo soud kvůli úpravě omezení svéprávnosti. Omezení svéprávnosti bylo Hugovi značně upraveno ve prospěch jeho samostatnosti. Hugo chce na konci roku 2021 roku zažádat o úplné navrácení svéprávnosti. Obava pracovnice spočívá v tom, že když navrácení svéprávnosti nevyjde, bude Hugo velmi zklamaný. Hugo sám mluví o tom, že pokud mu svéprávnost nenavrátní, tak se zabije.

Když jsme se dozvěděli o Hugových tajných brigádách, začali jsme řešit dilema, jestli informaci říci opatrovnici, nebo ne. Když bychom opatrovnici řekli, že Hugo pracuje a podepisuje smlouvy bez jejího vědomí, Hugo by to vnímal jako velké narušení důvěry ve vztahu ke klíčové pracovníci. Sám o tom mluví, že už ho v jeho životě hodně lidí zklamalo. Když informaci neřekneme, máme obavy o narušení vztahu s opatrovnici. Spolupráce funguje celkem dobře. Obvykle si Hugo, opatrovnice a klíčová pracovníce všechno říkají, volají si, sdělují si informace.

Dilema tedy je: Říci opatrovnici závažné informace, které klient sdělil /neříci opatrovnici závažné informace, které klient sdělil.

Možnost říci informaci opatrovnici.

Říci informaci opatrovnici, z důvodu že opatrovník má v Hugově případě odpovědnost za podepisování smluv a pokud Hugo podepisuje smlouvy sám, jedná nezákonně.

Říci informaci opatrovnici, abychom uchovali vztahy mezi týmem a opatrovníky, protože spolupracujeme s opatrovníky i v jiných případech a vztah by mohl být narušen, když neřekneme důležitou informaci.

Nejprve popíšu konkrétní hodnoty a pak budu hledat odůvodnění proč v dané situaci dle těchto hodnot jednat.

Přehled dominantních hodnot a zájmů v dilematu:

Jak se zachovat v situaci, kdy na jedné straně stojí dodržení zákona a na druhé straně energie vložená do navázaného vztahu?

Pokud bychom jednali tak, že řekneme opatrovnici informaci, řídili bychom se dle pozitivního zákona¹⁶³, bez ohledu na vztahy a jednali bychom legálně. Ale v situaci Huga leží největší rozhodovací břemeno v rovině vztahů. **Vztahu**

¹⁶³ „Pozitivní zákon je zákon vyhlášený nějakou lidskou zákonodárnou mocí.“ SOUSEDÍK, Stanislav. *Svoboda a lidská práva: jejich přirozenoprávní základ: esej*. Praha: Vyšehrad, 2010. Moderní myšlení. ISBN 9788074290367. str. 68

mezi opatrovníci a Hugem a vztahu mezi klíčovou pracovníci Hugem a opatrovníci. Hugo je na klíčovou pracovníci velmi dobře navázaný, ale svoji situaci řeší dle svých emocí. Pokud bychom se drželi hodnoty **partnerství** a **respektu** mohli bychom s respektem mluvit s Hugem o jeho situaci a vysvětlovat „naše“ dilema. Dát dostatek času a prostoru na promyšlení a možná i „odejít“ Hugovy zlosti a dát Hugovi dostatek **podpory** k nalezení řešení. Hugo si chce své věci řešit sám, chce se **účastnit na rozhodování** o svých věcech, ale překáží mu omezení svéprávnosti. Z hlediska **empatie** se Hugově situaci snažíme porozumět. Kdybychom se nyní rozhodli pro možnost říci opatrovníci informaci, Hugo téměř jistě ztratí důvěru v klíčovou pracovníci.

Nejzásadnějším důvodem proč neříci opatrovníci informaci je hodnota vztahu s klíčovou pracovníci, ve kterém se Hugo cítí přijatý a respektovaný.

Možnost neříci informaci opatrovníci.

Neříci informaci, kvůli vztahu s Hugem, byl by narušen vztah důvěry, pokud by informace byla řečena bez jeho vědomí.

Hugo si vysloveně nepřál, aby pracovníci s opatrovníci o této informaci mluvila. Neříci, protože pracovníci více záleží na vztahu s Hugem, než na vztahu s opatrovníci. Tato možnost je z mého hlediska možná jen dočasně, narušuje vztah s opatrovníci, a vnímáme ji jako dlouhodobě nepřijatelnou. Proto vidíme možnost v odložení řešení a trpělivém přesvědčování Huga, aby začal jednat zodpovědně. Nejen kvůli sobě, ale i kvůli případnému navrácení svéprávnosti.

Závěr

Řešení dilematu Huga je primárně na úrovni důvěry a přijetí ve vztazích, které Hugo objevuje ve svém životě. Klíčová pracovníci respektuje Huga a zároveň mu pomáhá, aby se zorientoval ve svém novém životě. Pro je řešením nyní neříci informaci opatrovníci a pracovat s Hugem na tom, aby porozuměl,

v čem, mu může být opatrovnictví užitečné, a jak se může postupně osamostatnit.

6.5 Ladislav – právo versus umění vyjednávat

Opatrovnice nám sdělila, že pokud nemá Ladislav přiděleného opatrovníka, nemůže být rozsudek platný, protože by Ladislav nemohl jednat sám, a ani by neměl nikoho, kdo by za něj podepisoval smlouvy, staral se o jeho finance. Získané informace jsme předali sociální pracovníci do nemocnice. Sociální pracovníce zjišťovala přímo u soudu, jak má situaci řešit a dozvěděla se, že rozsudek je údajně platný. Velmi jsme řešili, zda informaci o tom, že by Ladislav mohl být zatím ještě svéprávný Ladislavovi říci nebo ne. V minulosti již totiž došlo k tomu, že Ladislavovi bylo ze strany CDZ řečeno, že je svéprávný a on byl potom rozčilený na zaměstnance nemocnice, že mu říkali opak. Rozhodně jsme nechtěli, aby celá situace působila, že my jsme ti hodní a lidé z nemocnice ti špatní, kteří mu věci zakazují a omezují ho v jeho právech. Ladislav zároveň v nynější situaci naléhal na personál nemocnice, aby mu vydali veškeré jeho peníze najednou a chtěl hned všechny utratit.

Dilema tedy je: Říci Ladislavovi, že není omezený ve svéprávnosti/neříci Ladislavovi, že je omezený ve svéprávnosti.

Říci, Ladislavovi informaci, protože má právo to vědět. Říci, Ladislavovi informaci s ohledem na respekt k němu a k jeho rozhodnutím.

Přehled dominantních hodnot a zájmů v dilematu:

Jak jednat v situaci kdy kvůli liknavému jednání soudu zůstává člověk hospitalizovaný a ani pracovníci nemají jasné informace a tak je nemohou správně sdělovat? Kdybychom se rozhodli Ladislavovi říci informaci, opět bychom jednali dle práva legálně. Dosáhli bychom **pravdy**. Otázkou zůstává, k čemu by Ladislavovi tato pravda v danou chvíli byla. Respektovali bychom jeho **právo vědět**, mohl by se do té doby, než mu bude ustanoven opatrovník

rozhodovat sám, ale jakou váhu by mělo jeho rozhodnutí, když v nemocnici počítají s variantou omezení svéprávnosti a vše je ve zpomaleném procesu rozhodování. Opravdu bychom Ladislavovi touto informací pomohli? Nebo bychom způsobili další zmatek v jeho hlavě a ve vztazích s nemocnicí? Tato možnost se nám nezdála vhodná vzhledem k nejasnostem ohledně opatrovnictví a k blížícímu se termínu soudního jednání.

Neřící Ladislavovi informaci, že je svéprávný:

Neřící informaci, protože nemáme přesně prokázáno od soudu, jak situace doopravdy je.

Neřící informaci, abychom nevyvolávali averzi Ladislava vůči personálu v nemocnici.

V této situaci nám varianta neřící informaci připadala nejrozumnější vzhledem k tomu, že Ladislavovo opatrovnictví je ještě v řešení a po minulé zkušenosti, kdy naše informace způsobil zmatek, bychom volili spíše variantu počkat na soudní řízení a konat v oslovení budoucí opatrovnice a podpořit ji v tlaku na soud, aby Ladislav nežil ve vakuu, ale bylo zřejmé, zda o sobě může /nemůže rozhodovat sám. Důležitou zde spatřuji hodnotu **podpory** Ladislava ve chvíli, kdy čeká v nemocnici a nemá přesné informace o konání soudu. Nenechat se odradit liknavostí soudu a hledat řešení. Navazovat s Ladislavem vztah, mít zodpovědnost, že ho nebudeme mást informacemi, které nejsou ověřené. Mít důvěru, že jednáme v tuto chvíli správně. Hledat **obhajobu** pro Ladislava, když soudy nekonají.

Závěr

V dilematu týkající se Ladislava jsou zaangażovány tři strany: nemocnice, CDZ a soud. Pokud vezmeme všechny strany v úvahu, musíme vybalancovat komunikaci mezi CDZ a nemocnicí a zároveň apelovat na soud, aby urychlil (zlepšil) svoji práci. Momentálně je tedy nejlepším řešením neřící Ladislavovi informaci, ale konat co nejvíce v jeho prospěch jak v nemocnici, tak u soudu.

6.6 Bára – jistota za zdmí versus naděje na „obyčejný“ život

Klíčová pracovnice podporuje Báry cestu, vidí naději, že to Bára zvládne, ale zároveň vidí hodně rizik. Když je Bára mimo nemocnici, jedinou společnost, kterou zná, jsou její kamarádi, rodina moc nefunguje a nemá podpůrnou síť. Lékaři posuzují Báry zdravotní stav dle toho, jak se chová v nemocnici, kde ale nejsou reálné podmínky, jako kdyby žila sama. Zároveň nefunguje spolupráce mezi opatrovníkem a sociální pracovnicí na oddělení v nemocnici. Nejsou schopni najít společnou řeč a i přes snahy klíčové pracovnice sejt se a dohodnout se společně, jejich neshody dopadají na Báru. Bára neví, jak vysoký má důchod, opatrovník jí to z neznámého důvodu nesděljuje, tím vlastně neumožňuje, aby se Bára učila hospodařit. Klíčová pracovnice s Bárou nemůže udělat finanční plán. V nemocnici Báře bylo znemožněno pracovat v nemocniční prádelně z důvodu nedostatku „aktivizačních bodů“.

Bára má určitou představu, ale je ovlivněna léky a svojí kapacitou a nedohlédne následky toho, co to znamená být sama. Bára mluví o receptech a vaření a o úklidu, ale představa, že je sama je pro ni velmi abstraktní a v podstatě si situaci samoty nedokáže představit. A často reaguje tak, že pak řekne, tak raději to chráněné bydlení? Nemocnice Báře nedává možnost naučit se věci, které bude potřebovat, až bude sama v bytě. Není jasné, z jakého důvodu nemůže Bára do cvičného bytu, který je v nemocnici. Máme obavu z toho, že pokud Bára v bytě selže, urychlí to následně proces podání žádosti do DZR a přechod z nemocnice do DZR. Bára by se ocitla v situaci, které bychom ji velmi neradi vystavili.

Dilema tedy je: Podpořit Báru v odchodu do podnájmu, i když vnímáme velké riziko selhání/ nepodpořit Báru v odchodu do podnájmu.

Podpořit Báru

Podpořit Báru s odvahou, že věříme, že Bára je schopná žít samostatně, kdyby se bydlení nezdařilo, může se vrátit zpět do nemocnice. Podpořit Báru, protože je to možnost žít „normálně“ svůj život, pracovat, navštěvovat dcery.

Podpořit Báru je cesta ven za zdi nemocnice, vidíme v tom možnost pro Báru jak se osvobodit z častých hospitalizací, protože velmi často je v nemocnici ze sociálních důvodů a ne z důvodu duševní nemoci.

Přehled dominantních hodnot a zájmů v dilematu:

Jak jednat v situaci kdy je v dilematu zainteresováno mnoho stran a každá usiluje prosadit svůj názor? Jak reagovat když klíčová pracovnice současně vnímá nedůvěru ve svou práci a nedůvěru nemocnice v Báry kompetence, které nemůže v nemocnici nijak prokázat?

Podpořit Báru by znamenalo, dobře promyslet možnosti návratu do nemocnice, (v případě, že by Bára potřebovala bezpečí nemocnice) uspokojivě se dohodnout s lékaři a opatrovníkem. Vysvětlit jim možnost, že Bára může „selhat“ a není to v žádném případě pohroma, ale pouze její krok na cestě vpřed do života. Připravíme se na různé varianty a budeme počítat s tím, že nastane i varianta, kterou jsme si neuměli představit. S otevřeností a pochopením (**lidskostí**), že selhání je něco co patří k životu všech lidí a není důvod Báru nijak znevažovat, nebo „hodnotit“ přísněji než sami sebe jen proto, že má duševní onemocnění. Budeme v tu chvíli hájit Báru, která se zatím sama neumí **obhájit**. Obhajování Báry zde vnímám jako její stálou podporu ze strany CDZ v situaci, kdy Báře není projevovaná důvěra ze strany nemocnice ani opatrovníka.

Tato situace velmi koresponduje s procesem zotavení, kdy je člověk na cestě, v procesu hledání a může se občas ztrácet. Má ale svého průvodce, a je v procesu učení a zrání, kde se může setkat s neúspěchem. Zároveň má **naději**, která ho vede, zplnomocnění, které ho posílí, postupně přijímá odpovědnost za

svůj život a může najít i svoji smysluplnou roli v životě. Pokud Báru podpoříme a budeme jí **partnery** na cestě, může nalézt **zodpovědnost** a svobodně se rozhodovat. Bude se po dvou letech učit jak být sama, jak si říkat pomoc. Budeme mít **odvahu** Báru podpořit v jejím životě s rizikem selhání, ale s respektem k jejímu přání, žít sama.

Nepodpořit Báru v odchodu do podnájmu

Bára byla v minulosti i nyní, (1 rok) dlouhodobě hospitalizována a pozbyla do určité míry schopnost žít sama.

Samota Báry v bytě a její ohrožení navázáním se na nevhodná přátelství z minula. Možnost zneužití Báry finančně, nebo jinak.

Tato možnost nám v situaci Báry nedává smysl. Bára zůstane uzavřena v nemocnici, kde musí plnit „aktivizační body“, na které zapomíná. Žije v začarovaném kruhu, kde jí většina lidí nevěří, že zvládne žít mimo zdi nemocnice. Pokud by Bára neodešla z nemocnice, bude pokračovat jen její další stigmatizace a bude další roky v nemocnici bez možnosti žít svůj život, vidět svoje děti, pracovat. Budeme mít odvahu být Báře oporou a řešit s ní i situace ohrožení za cenu její samostatnosti, hledání jejího místa v životě, a postupného procesu zotavení.

Závěr

Řešení dilematu v situaci Báry je náročné na udržení rovnováhy celého systému „služeb“ shromážděných kolem ní. Klíčová pracovnice musí jednat velmi opatrně a diplomaticky, aby rovnováha zůstala zachována. Řešením tedy je s odvahou podpořit Báru v jejím rozhodnutí žít svůj život za zdi nemocnice. Pracovnice musí velmi dobře a otevřeně komunikovat se všemi zúčastněnými pozitivně, a částečně převzít zodpovědnost za rizika, do kterých s Bárou, (také svým rozhodnutím podpory) vstupuje.

6.7 Quido - svoboda na hraně versus bezpečí v nemocnici

Před Vánoci se vztah s otcem vygradoval. Co přesně otec Quidovi řekl, nebo udělal, nevíme. Když za ním otec jezdil, většinou šli nakoupit nebo uklízet, v rámci toho došlo k potyčkám mezi Quidem a otcem. Quido otce několikrát uhodil. Otec volal policii a na základě toho se Quido uklidnil. Policie řekla, že když nemá žádný záznam, tak to nebudou řešit. Ale druhý den Quido vzal otcí telefon, protože se bál, že by mohl znovu zavolat policii. Quido pak chodil v noci venku, vrátil se ve dvě ráno, sebral otcí telefon a otec se bál, šel a pěšky v noci došel na policii a tam to nahlásil. Quido to vysvětloval, že se bál, aby ho otec nenahlásil. Poprvé se stalo, že do toho byla zatažená policie. Od té doby vztahy mezi otcem a Quidem hodně ochladly.

V době konfliktu s otcem před Vánoci nás napadlo, že by byla dobrá hospitalizace, Quido si říkal si o řešení situace svým chováním. Pro Quida je extrémně těžký náhled na sebe, ani ne tak na nemoc. Úplně nemoc neodmítá, je ochotný brát léky, říká, že jeho duše je v pořádku. Důvody proč je na otce naštvaný umí konkrétně vysvětlit. (sebrání klíčů od bytu rodičů, nepřijetí.) Otec neslyší Quidovy výtky. Quido ví, že není dobře otce bít, bojí se hospitalizace, ale hranice vlastního chování nereflektuje. Otec nebere Quida vážně, protože je nemocný, jeho nároky vztahuje k nemoci. Quido nemá zpětnou vazbu od okolí, dlouhodobě. Hospitalizace by mu ukázala realitu, i když realitu psychiatrické nemocnice. V tom jsme viděli přínos, zamezení ohrožení sebe, tím, že ve svém vzteku někomu ublížím. Stále jsme se pohybovali na hraně, zda hospitalizovat Quida, nebo ne. Probíhaly schůzky několikrát týdně, abychom věděli, jak na tom Quido je. Šli jsme krok za krokem s člověkem. Provedli jsme ho tím stavem, a on to přijal. Dva měsíce byly na hraně, ale v CDZ je na to prostor, kdyby v této situaci byla klíčová pracovnice sama, neměla by oporu týmu, a nejspíš by se mnohem dříve

rozhodla pro hospitalizaci. Quido se během několika dní sám dostal do bodu, kdy pochopil, že hospitalizace je na spadnutí/blízko a tím pádem si mohl uvědomit, že to nechce. Řekl nám, že nechce být hospitalizovaný, a začal se podle toho chovat. Začal brát léky, probíhaly schůzky i s psychiatrem. Psychiatr je pro Quida autorita a to také zafungovalo. Byl tam jeden moment, kdy všichni byli připraveni volat RZS, ale Quido se choval velmi rozumně. Najednou měl kontakt s realitou, pochopil, že jeho chování má důsledky. Klíčová pracovnice nedělala ukvapené závěry. Velkou pomocí byl dobře navázaný vztah důvěry.

Dilema tedy je: Hospitalizovat Quida/nehospitalizovat Quida

Možnost hospitalizovat Quida

Hospitalizovat, protože když je člověk dlouhodobě v psychotickém stavu má to vliv na jeho mozek, který se může víc a víc poškozovat.

Hospitalizovat, protože nevíme, jak se bude Quidův stav vyvíjet, jestli neublíží sobě nebo někomu ve svém okolí.

Naznačit Quidovi limity jeho chování, které bylo ohrožující pro otce a v důsledku i pro Quida.

Přehled dominantních hodnot a zájmů v dilematu:

V případě Quida jsme se skutečně asi dva měsíce pohybovali na hraně. Bylo zde nebezpečí, že se Quidův stav zhorší, a bude hospitalizován i bez naší účasti. Řešili jsme s lékařem, jaký dlouhodobý dopad může mít psychóza na jeho mozek. Několikrát týdně probíhaly schůzky i za účasti psychiatra. Vzhledem ke **vztahu důvěry**, který Quido má k lékaři a celému týmu, si nakonec Quido uvědomil, že pokud nechce být hospitalizovaný, bude muset přijmout limity svého chování a rozhodnout se.

Možnost nehospitalizovat Quida

Z respektu ke Qidovu přání, protože nechtěl být hospitalizován.

Z důvodu, že volíme hospitalizaci jako poslední možnost.

Z ochoty jít krok za krokem a nebýt napřed ani pozadu a opravdu Quida **doprovázet**. S odvahou, která bude podložena intenzivními kontakty. A s důvěrou v navázaný vztah.

Naděje, že Quido přistoupí na naše návrhy, aby začal brát léky.

Quidův stav se měnil, chvílemi na klíčovou pracovníci křičel do telefonu, a druhý den byl opět celkem v klidu. To, o co šlo, bylo vydržet tlak a zůstat v realitě, ve které Quido chvílemi nebyl. Udržet **respekt** i v situaci kdy člověk není respektu hodný a dokonce se chová tak, (že pokud bychom si to brali osobně, vnímali bychom to jako útok proti nám.) Nevím, jestli naše jednání nazývat **odvahou**, ale chtěli jsme respektovat Qidovo přání. **Naděje** byla důležitou hodnotou, která nám umožnila věřit, že navázaný vztah s Qidem plní svoji funkci. Byli jsme **vytrvalí**, a drželi **trpělivě** s Qidem krok. **Respektovali** jsme Qidovo přání nebýt hospitalizovaný. Dali jsme Qidovi čas, aby díky navázanému vztahu pochopil, že ho neopustíme, že s ním budeme, když to bude potřebovat. Nakonec jsme se rozhodli zintenzivnit péči o Quida, nehospitalizovat ho a přesvědčit ho, aby si vzal léky, s čímž Quido souhlasil.

Závěr

Při řešení situace Quida jsme se potýkali s balancováním na hraně, na hraně mezi ochranou Quida a jeho svobodným žitím. Ukázalo se, že nejzásadnější roli v tomto dilematu hrál navázaný vztah s klíčovou pracovnící a podpora celého týmu v každodenním citlivém vyhodnocování Qidova stavu, v udržení trpělivosti a rozvázném jednání. V řešení nám pomohl sám Quido, který si uvědomil, co nechce a rozhodl se zkusit brát léky.

6.8 Výsledek diskuze nad výsledky dotazování

V této kapitole popíšu výsledky kvalitativního výzkumu. Jednotlivé rozhovory s pracovníky, příběhy lidí a dilemata z nich vyplývající, byly v těchto ohledech přínosné pro naplnění cíle práce. Ukazují, jak se pracovníci dívají na člověka, jak k člověku přistupují, jak jednájí v neobvyklých situacích, podle jakých kritérií se pracovníci rozhodují, co je podle nich nejdůležitějším kritériem rozhodování v dilematech. Profesionál má vždy minimálně dvě možnosti: Podpořit člověka, aby udělal to, co sám chce, nebo jít cestou bezpečí a ochrany jeho zdraví.

Cílem výzkumu bylo zjistit, s jakými etickými dilematy se potýkají pracovníci v asertivní péči a jaké hodnoty se u pracovníků projevují při řešení etických dilemat. Odpovědi z rozhovorů a příběhy jednotlivých lidí ukazují zajímavá fakta, která si následně popíšeme. Každá kazuistika je jedinečným příběhem člověka. Důležitá jsou kritéria, jsou zvolena pro posouzení správného jednání. Zpravidla se pro stanovení správného jednání zmiňují etické kodexy, standardy, etické teorie nebo zákony. Avšak v konkrétních dilematických situacích, jak se ukázalo, nejsou vždy bezprostředně použitelná, proto jsem navrhla kritéria založená na hodnotách s tím, že tyto hodnoty budou vždy upřesněny. Zpravidla se mezi nimi v určité podobě vždy objevovaly hodnoty, jako je respekt k člověku.

6.9 Kategorie dilemat a hodnoty v dilematech

Zvolila jsem čtyři hlavní kategorie, a s jejich pomocí jsem dilemata vyhodnocovala:

1. **Přání člověka (klienta) – respektování jeho autonomie**
2. **Předcházení rizik u pracovníka - vlastní „bezpečí“ pracovníka**
3. **Ochrana života a zdraví člověka (klienta)**
4. **Ochrana společnosti**

Současně jsem ve vyhodnocení každého příběhu ke kategoriím přiřadila upřesněné hodnoty vyplývající z dilemat.

Kategorie přání člověka (1.) a ochrana života a zdraví (3.):

V příběhu Petry vystupují kategorie **ochrany života a zdraví člověka a přání člověka**. Petra žije ve strachu a obavách, dějí se jí divné věci v bytě, necítí se doma bezpečně. Klíčová pracovnice chtěla Petru ochránit před dalším strachem, ohrožením, nebezpečím. Řešila jak ochránit Petru před nepříjemným zážitkem konfrontace, ale při přemýšlení o celé situaci pochopila, že musí najít odvalu a na setkání mluvit otevřeně a přinést ožehavé téma. Nemohla jednat jinak, pokud chtěla zachovat důvěru ve vztahu s Petrou a respekt k člověku. Vystavila Petru, matku i sebe obtížné situaci, ale v důsledku zůstala zachována důstojnost Petry a to byl hlavní motiv uvažování a jednání pracovnice.

Nejdůležitější **hodnoty** v příběhu Petry byly: **vztah, důvěra, odvaha a respekt**.

Josef se ocitl v bezvýhodné situaci, kdy vynikly kategorie **ochrany života a zdraví člověka (3) a respektování přání člověka.(1.)** V případě Josefa se pracovnice řídila více ochranou člověka než respektem k jeho přáním. Byla

vedena pocitem nespravedlnosti vůči člověku, který se sám nedokáže bránit, proto přesvědčila Josefa k podání žádosti o změnu opatrovníka. Respektovala člověka do té míry, že nechtěla dopustit bezpráví na člověku. Svým jednáním, ale prosadila svůj názor na úkor přání Josefa mít s opatrovnící dobrý vztah.

Zásadní **hodnoty** v příběhu Josefa byly: **zodpovědnost, spravedlnost a obhajoba.**

Příběh Veroniky přináší mezní situaci nejen ve smyslu ohrožení života, ale i ve smyslu pro Veroniku podstatného a neodmyslitelného vztahu s dětmi. V dilematu se ukazuje **kategorie ochrany zdraví a života člověka (3.)** **kategorie respektování přání člověka.(1.)** Šlo opravdu o mezní situaci, kdy klíčová pracovnice nemohla mít téměř žádnou jistotu, že Veronika zvládá svoje děti, i přesto se rozhodla vystavit riziku Veroniku, děti i sebe. Zohlednila respekt k životu a přání druhého člověka na úkor Verončina zdraví a možná „dobrého“ vývoje dětí. Současně hledala pro Veroniku a děti další podporu a spolupracovala s OSPODem. Pracovnice měla odvahu být s člověkem v jeho životě, v jeho přání, i když věděla, že bude muset obhajovat svá stanoviska.

Nejvýraznější **hodnoty** v příběhu Veroniky byly: **rodina, vztah, odvaha, a podpora.**

Hugův příběh ukazuje mladého člověka, který strávil své dětství v ústavech. Dominuje zde **kategorie ochrany člověka a zdraví (3.)** a naproti tomu stojí **kategorie respektování přání člověka.(1.)** Napětí v příběhu Huga vnímám v jeho způsobu komunikace s klíčovou pracovnicí. Naproti tomu chápu důležitost navázaného vztahu, který klíčová pracovnice nechce narušit. Uvědomuje si, že je pro Huga člověkem, který ho respektuje, současně mu vysvětluje svoje námitky při jeho protiprávním jednání. Hugo si ve vztahu s pracovnicí může prožít přijetí s laskavým přístupem, se kterým nejspíš

v minulosti ve svém životě nesetkal. Na základě vztahu důvěry a přijetí snad Hugo pochopí choulostivou situaci pracovnice, která ve snaze respektovat jeho přání jedná na úkor zákona.

Nejpodstatnější **hodnoty** v Hugově situaci byly: **respekt k člověku, vztah s pracovníci, empatie a partnerství.**

V Bářině příběhu hrála velkou roli **kategorie respektování jejího přání. (1.)** Do opozice bylo postaveno její **zdraví a ochrana. (3.)** Bára se ocitla v situaci, kdy nebyl dostatečně slyšen její hlas. Byla ochráněna v bezpečí nemocnice a zdálo se, že pokud ji někdo neuslyší, sama nebude mít sílu svoji situaci řešit. Bára mohla zažít nabízený partnerský přístup od klíčové pracovnice a respekt k Bářině přání. Hlas pracovnice byl jeden z mála pro Báru a její podporu zkusit žít sama i s riziky, že se to hned napoprvé nepodaří. V dilematu se ukázala nejvyšší vůle podpořit Báru v jejím projeveném přání.

Zásadními **hodnotami** v případě Báry bylo: **partnerství, respekt k přání Báry a naděje, že Bára zvládne samostatný život.**

V Quidově situaci se výrazně ukázaly dvě zvolené kategorie, za prvé **ochrana života a zdraví člověka, (3.) a za druhé respekt k přání (1.)** Quida nebyť hospitalizovaný. Co se týče ochrany života a zdraví, tak toto kritérium vstupovalo do jednání pracovnice, ale ustoupilo do pozadí kvůli respektu k jeho přání. Velký přínos v tomto dilematu vnímám v odvaze klíčové pracovnice držet situaci na hraně, kdy to jistě nebylo vůbec jednoduché. Quido se někdy choval nepříjemně a pracovnice čelila i jeho agresivnímu chování. Quido mohl zažít, že ho někdo bere vážně a respektuje ho i s jeho nemocí a přijímá ho, i když se nechová standardně. (S jasným vymezením se, proti agresi.) Respekt k přání Quida byl balancováním na hraně, ale tento zážitek výrazně posunul vztah mezi Quidem a pracovníci. Mnohem jednodušším řešením by bylo odvézt Quida

do nemocnice, ale tím, že pracovnice s oporou týmu a psychiatra situaci držela. Quido měl čas promýšlet navrhovaná řešení a rozhodovat se sám za sebe. Nejvýznamnějšími **hodnotami** v situaci Quida byly: **respekt k jeho přání, trpělivost, odvaha a naděje.**

Kategorie ochrana společnosti (4.) a ochrana života a zdraví člověka (3.)

Ladislav se ocitl v pozici člověka, který neví o svých právech a je ztracen v systému. V jeho příběhu se výrazně projevíly **kategorie ochrana společnosti (4.) a ochrana života a zdraví člověka. (3.)** V Ladislavově příběhu bylo napětí mezi pravdou a ochranou člověka. Ladislav byl ochráněn před pravdou, která by nejspíš způsobila zmatek, v jehož důsledku by ale získal svobodu. Zároveň by pravda mohla narušit vztahy nemocnice a CDZ. O Ladislava bylo postaráno, byl zajištěný, ale jeho přání nebyla úplně jasná. Toto dilema bylo sebeobranné pro pracovnici. Chránila dobré vztahy s nemocnicí, ale současně jednala ve prospěch Ladislava u soudu a opatrovnice.

Nejzásadnější **hodnoty** v příběhu Ladislava byly: **podpora Ladislava, jeho obhajoba a zodpovědnost pracovnice.**

Ukazuje se tedy, že pracovníci kategorii „**Předcházení rizik „vlastní bezpečí“ pracovníka**“ nevyužili. Ve většině případů pracovníci jednali dle kategorie „**Přání člověka a jeho ochrana**“ a v jednom případě pracovnice jednala zcela z hlediska kategorie „**Ochrany zdraví a člověka a ochrany společnosti.**“

Pokud bychom měli shrnout hodnoty přítomné v dilematech, ukazuje se, že nejdůležitějšími hodnotami při řešení dilemat jsou navázaný vztah a vzájemná důvěra mezi člověkem a pracovníkem. Na vztahu a důvěře lze stavět další hodnoty zmíněné při řešení dilemat: *podpora lidí v obtížných situacích,*

odvaha, respekt k člověku a jeho důstojnosti, navázané vztahy mezi lidmi, upřímnost, pravda, otevřenost, právo člověka na informace, spravedlnost, rodina, trpělivost, lidskost, soucit, naděje, vytrvalost člověka, trpělivost, doprovázení, empatie, účast na rozhodování, partnerství, obhajoba, důvěra.

6.9.1 Společné rysy dilemat

Dalším bodem při vyhodnocení příběhů, jsou společné rysy dilemat. Jak se dilemata projevují a jak s nimi pracovníci zacházejí? Když porovnáme, jak jednotliví pracovníci (dle otázek zodpovězených v rozhovorech) přistupují k lidem, ve všech kazuistikách se ukazuje velká citlivost a nasazení pracovníků pro hledání smysluplného řešení situace člověka. Právě i ve volbě příběhů a dilemat, se projevily hodnoty pracovníků.

Výrazné společné rysy jsou: **navázaný vztah a vzájemná důvěra pracovníka a člověka, a oboustranná zodpovědnost.**

V každém dilematu se jednalo o **podporu člověka v obtížné situaci**, kdy s člověkem bylo jednáno nerespektujícím nebo nedůstojným způsobem.

V kazuistice Petry bylo dilema „... Zda, říci Petře, že matka byla u lékaře zeptat se, nevíme přesně na co, ale chtěla nějaké informace a psychiatr jí je poskytl. Petra se může cítit naštvaná, zklamaná, zrazená od matky, že jí neřekla, že se půjde „na ní“ ptát.“¹⁶⁴ Předpoklad je, že matka neměla v úmyslu dceru opět zranit, ale spíše zjistit, jak by jí mohla pomoci, ale způsob, který zvolila, byl pro Petru nepřijatelný.

V případě Josefa se jednalo o nerespekt a nedůstojné „zacházení“ s Josefem ze strany opatrovnice. Je obtížně představitelné, že by alespoň trochu opatrovnice nejednala ve svůj prospěch, spíše se zdá, že veškeré její jednání

¹⁶⁴ Srov. Kazuistika Petra – ochrana člověka versus upřímný vztah důvěry.

bylo účelové. „U soudu se ukázalo, že opatrovnice zamlčela ve vyúčtování Josefovo dědictví ve výši 2,5 milionu korun a nevykazovala tuto částku v hospodaření. V celé situaci nám bylo nejvíce líto Josefa, ale s opatrovníci se před soudním řízením nedařilo ani sejit, ani se jí dovolat a domluvit se jinak.“¹⁶⁵

S Veronikou nebo „o Veronice“ a jejich dětech bylo jednáno bez její přítomnosti. „Pro nás jako tým, který se snaží pracovat s principy otevřenosti a řešit věci s lidmi, za jejich přítomnosti, to byl jeden z velmi nepříjemných zážitků. Veronika byla ke konferenci přizvána, ale nakonec celá schůzka probíhala o ní, bez ní.“¹⁶⁶ Opět přemýšlím o úmyslech OSPOD, bezpochyby jednali primárně v zájmu dětí, ale jednání OSPODu svědčí o nerespektu k Veronice a jejím kompetencím ve výchově dětí.

Hugův příběh předkládá dilema života podle vlastních představ a omezení svéprávnosti. „Když bychom opatrovníci řekli, že Hugo pracuje a podepisuje smlouvy bez jejího vědomí, Hugo by to vnímal jako velké narušení důvěry ve vztahu ke klíčové pracovníci. Sám o tom mluví, že už ho v jeho životě hodně lidí zklamalo.“¹⁶⁷ V Hugově případě přemýšlím o strachu, nebo nechuti Huga domluvit se s opatrovníci, a současně o přístupu opatrovnice, která by měla brát v potaz Hugovy negativní životní zkušenosti a zklamání ze vztahů.

V situaci Ladislava se ukázalo, jak mohou nedokončená soudní jednání zasahovat do života člověka a služeb, které se o člověka starají. „Chtěli jsme s Ladislavem podávat žádost o sociální byt, ale došlo k neshodě se sociální pracovníci z nemocnice, která tvrdila, že Ladislav je omezený ve svéprávnosti a, že mají kolegové počkat, nic neřešit, až soud rozhodne o udělení

¹⁶⁵ Srov. Kazuistika Josef - opatrovnice nebo sestřenice?

¹⁶⁶ Srov. Kazuistika Veronika – matka versus nemoc

¹⁶⁷ Srov. Kazuistika Hugo – znovunalezený život versus zodpovědnost vůči právu

*opatrovníka, a ten bude Ladislavovu situaci řešit.*¹⁶⁸ V případě Ladislava šlo primárně o jeho obhajobu a diplomatické jednání mezi zúčastněnými stranami.

Bára se ocitla v beznaději a uzavřenosti v nemocnici. Nedůvěra vůči jejím schopnostem byla značná. *„Většina pečujících osob (klíčová pracovníce z nemocnice, opatrovník) považuje Báru za „ztracený případ“ navrhuje, aby šla Bára do domova se zvláštním režimem.*¹⁶⁹ V situaci Báry bylo nutné spolu s Bárou hledat naději, a přesvědčit Bářino okolí, o jejích schopnostech.

Quido se ocitl ve složité situaci svého zhoršeného stavu a uzavřené komunikace se svým otcem. *„S otcem je vztah dlouhodobě rozporuplný už asi od těch dvaceti let a teď to vygradovalo. Během společných schůzek se otec na Quida nedíval, mluvili jakoby každý sám. Nenavazovali ani oční kontakt. Na schůzkách Quido otci říkal, vidíš, teď bych tě mohl uhodit, ale neuhodím.*¹⁷⁰

V Quidově situaci jsme přemýšlela jak moc má narušený vztah s otcem vliv na Quidovo chování. Vzhledem ke společným schůzkám se nyní otec i Quido učí jak spolu komunikovat jiným způsobem, který by více vyhovoval oběma.

¹⁶⁸ Srov. Kazuistika Ladislav - právo versus umění vyjednávat.

¹⁶⁹ Srov. Kazuistika Bára příloha č. 3

¹⁷⁰ Srov. Kazuistika Quido příloha č. 3

Shrnutí všech společných rysů dilemat, které zde uvádím v pořadí z hlediska jejich důležitosti, v jaké se z jednotlivých dilemat mohou jevit. Jedná se o tyto společné rysy, které lze v určitém smyslu chápat i jako hodnoty:

navázaný vztah a vzájemná důvěra pracovníka a člověka, zodpovědnost, podporu člověka v obtížné situaci, více zainteresovaných stran v dilematu, kdy každá strana prosazuje svůj názor, ochrana člověka, obhajoba člověka, nerespekt.

Navázaný vztah se ukázal jako zásadní v situaci dilemat, pokud nemá člověk s člověkem vztah, a necítí k sobě navzájem důvěru nelze pracovat na ničem dalším. Například v situaci Quida, kdy byl ve zhoršeném stavu, zafungovala častější setkávání s pracovníci i s psychiatrem. Zodpovědnost může být chápána ze dvou stran, ze strany pracovníka a ze strany klienta. Hugo má vlastní zkušenost s přebíráním zodpovědnosti za svůj život a s konfrontací se zodpovědností pracovnice. Lidé, se kterými spolupracujeme, se často ocitají v obtížných situacích, ale pokud se jim dostane správné podpory, často situace zvládají. Například Bára potřebovala nejvíc člověka, který by jí věřil a dodal jí naději, že zvládne bydlet sama. V situacích, kdy je v dilematu více stran jde o křehkou rovnováhu a diplomacii. O tom svědčí příběh Ladislava, kde pracovnice nakonec raději neinformovala Ladislava o jeho právech za cenu zachování dobrých vztahů s nemocnicí. Obhajoba člověka patří k základním činnostem sociálních pracovníků, znevýhodnění lidé jsou často opomíjeni a neumí se bránit. Tento příklad se ukázal i v situaci Josefa, kde pokud by nezasáhla pracovnice, Josef by byl nejspíš vystaven dalšímu zneužívání ze strany opatrovnice. Nerespektování lidské důstojnosti je u lidí s duševním onemocněním stále živé téma S lidmi je „zacházeno“ jako s někým kdo je potřebný, ale zapomíná se na citlivost k tomu, přiznávat co největší kompetence a respekt člověku tam kde je to možné a podpořit svobodu a zodpovědnost člověka.

Závěr

Cílem této práce bylo na základě zkušenosti řešení etických dilemat, ukázat potřebnost přístupu pomáhajícího pracovníka k člověku jako k člověku obzvláště v péči o lidi s duševním onemocněním. Tedy v péči o člověka v komunitě a také v krajních situacích. Zabývala jsem se tématem lidské důstojnosti a pochopila jsem, že pojem lidské důstojnosti, může být zavádějící, ale pro sociální práci je klíčovým pojmem. Důstojnost se týká i života s jakýmkoliv omezením, včetně duševních onemocnění. Znamená, že i právě takový život, (žitý s nemocí) je hodnotným, sám o sobě. Důstojnost, vzácnost, jedinečnost i tohoto ve svém fungování a rozhodování omezeného života zůstává cenné. Hodnotu života je naopak třeba chápat právě ve spojení s tímto omezením, s těžkostmi, které žití člověka obnáší, které jsou pro daného jedince mnohdy na hraně jeho schopností.

Motivační silou je myšlenka, a zkušenost sdíleného života s člověkem na jedné straně, jeho podpora a doprovázení. A na druhé straně boj člověka se sebou samým v situacích, kdy nám připadá, že máme rozhodovat o druhém, současně boj se sebou samým v tom, abychom dokázali podstoupit a rozhodovat se co nejvíce dle přání člověka a ne dle vlastního prosazování toho, co by druhý měl dělat. Jen tehdy je hodnotný život, (z hlediska zachování života) pokud je ten život chápán v respektu ke svobodě a rozhodnutí člověka.

Jen tak bude hodnota jeho života respektována, a umocněna, nikoliv zkreslena našimi představami o tom, co je správné

Téma práce se ukázalo jako smysluplné pro člověka, který se ocitá v mezních situacích. Jak tedy pracovníci přistupují k člověku? Řada

pracovníků jednala nad rámec toho, co je jejich povinností. A ukázalo se, že k respektu k člověku a k lidské důstojnosti patří riskovat pohodlí pracovníka a celé společnosti. Nevolit jednoduchá, ale promyšlená (možná v důsledku nepohodlná) řešení.

Potvrdilo se, že lidská důstojnost je víc, než standardní plnění povinností. Pracovníci CDZ se k řešení etických dilemat staví s velkou zodpovědností, a respektem k člověku a jeho důstojnosti. Nechtějí svévolně zasahovat do životů lidí, ale uznávají důstojnost a jedinečnost každého člověka, který svůj život žije způsobem (s veškerými možnými omezeními), který si volí. Život člověka je hodnotný sám o sobě, i když je žitý s těžkostmi.

Pracovníci jsou vzhledem ke svému vzdělání a znalostem z teoretických přístupů zotavení, CARE a otevřeného dialogu každodenně směřováni k promýšlení situací a revizi svých hodnot. Především však zkoumají hodnoty lidí, se kterými spolupracují, a svá rozhodnutí promýšlejí s respektem k těmto hodnotám. Jejich hodnoty jsou vyjádřené pečlivou snahou o porozumění lidem, se kterými spolupracují. Usilují o přístup k člověku primárně jako k člověku.

Ukázka rozpracovaných dilemat v asertivní péči o lidi s duševním onemocněním ukazuje, že pojem lidská důstojnost a jednání s respektem k ní je zcela zásadní pro postoj v profesionálním pomáhání. Současně, je to pojem, který vyžaduje další konkrétní vymezení, upřesnění a obsahové naplnění. Co to znamená být bližním, podpořit a nezranit? Pojem, který Lévinas formuluje jako nezabít jinakost druhého, ale respektovat ji, mít zodpovědnost za druhého, být druhému bližním, ale nepoškodit ho, představuje pro nás výzvu k hledání toho, jak chápat lidskost druhého člověka, aniž by se stala mým záměrem a zůstala lidskostí druhého.

Zásadním faktem v situacích dilemat je, že máme možnost svobodně volit a rozhodovat se. Dilemata naznačují směr, jakým lze k pojetí lidskosti dojít,

zároveň mají dílčí dilemata v pozadí zásadní nesnáz: Do jaké míry prosazování zájmů pro to, co děláme, je ve smyslu důstojnosti a respektu života lidí se kterými spolupracujeme, a do jaké míry se stáváme negativním elementem v jejich životech.

Seznam použité literatury:

ANDERSON, Harlene a Diane Gehart GEHART. *Collaborative Therapy: Relationships And Conversations That Make a Difference*. Routledge, 2006. ISBN 9780415953276, 468 stran.

BELL, Linda a Trish HAFFORD-LETCHFIELD. *Ethics, Values and Social Work Practice*. 2015. ISBN 9780335245291.

COHEN, Abraham. Talmud: (pro každého): historie, struktura a hlavní témata Talmudu. Praha: Sefer, 2006. ISBN 80-85924-49-8,

DONNA HARDINA, PhD. *Interpersonal Social Work Skills for Community Practice*. 2013. ISBN 9780826108111

Ethical issues in social work practice / Antonio Sandu and Ana Frunza. 2017. ISBN 9781522530909.

GUGGENBÜHL-CRAIG, Adolf. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2007. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-302-4.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace / Jan Hendl*. 2016. ISBN 9788026209829.

HENRIKSEN, Jan-Olav a Arne Johan VETLESEN. *Blízké a vzdálené: etické teorie a principy práce s lidmi*. Boskovice: Albert, 2000. SCAN. ISBN 80-85834-85-5.

HERYÁN, Ladislav a Petr VAŘURA. *Země bez obzoru*. Vydání druhé. V Praze: Vyšehrad, 2018. Rozhovory nad Biblií. ISBN 9788076010505.

HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 9788026099451.

JASPERS, Karl. *Úvod do filosofie: dvanáct rozhlasových přednášek*. Praha: Oikoymenh, 1996. Oikúmené. ISBN 8086005054.

LAHNEROVÁ, Dagmar. *Asertivita pro manažery: jak využít pozitiva asertivní komunikace k dosažení svých cílů*. 2., rozš. vyd. Praha: Grada, 2012. Komunikace (Grada). ISBN 978-80-247-4406-3.

LEVINAS, Emmanuel a Miroslav PETŘÍČEK. *Etika a nekonečno*. 2. vyd. Přeložil Věra DVOŘÁKOVÁ, přeložil Miloš REJCHRT. Praha: OIKOYMENH, 2009. Oikúmené (OIKOYMENH). ISBN 9788072983940.

LEVINAS, Emmanuel, Christoph von WOLZOGEN a Bernhard CASPER. *Být pro druhého: (dva rozhovory)*. Praha: Zvon, 1997. Logos. ISBN 80-7113-217-9.

LEVINAS, Emmanuel. *Existence a ten, kdo existuje*. 2., opravené vydání. Praha: OIKOYMENH, 2009. Oikúmené. ISBN 978-80-7298-414-5.

LEVINAS, Emmanuel. *Totalita a nekonečno: (esej o exterioritě)*. Praha: OIKOYMENH, 1997. Oikúmené (OIKOYMENH). ISBN 8086005208.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073678180.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 9788073675028.

MILFAIT, René. *Teologická etika v kontextu sociální a pastorační práce*. Ve Středoklukách: Zdeněk Susa, 2012. ISBN 9788086057781.

NEČASOVÁ, Mirka. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2673-1.

POLÁKOVÁ, Jolana. *Filosofie dialogu (Rosenzweig, Ebner, Buber, Lévinas)*. [2. rozš. vyd.]. Praha: Ježek, cop. 1995. Filosofické texty, Velká řada. ISBN 80-85996-01-4.

RAGINS, Mark. *Cesta k zotavení*. Přeložil Jan RŮŽIČKA, přeložil Martin FOJTÍČEK. Praha: Fokus, 2018. Marco Cavallo. ISBN 9788090274112.

RIDGWAY, Priscilla, Diane MC DIARMID, Lori DAVIDSON, Julie BAYES a Sarah RATZLAFF. *Cesty k zotavení*. Lawrence, USA: University of Kansas School of Social Welfare, 2014. ISBN 9781503171916.

SEIKKULA, Jaakko a Tom Erik ARNKIL. *Otevřené dialogy: setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Vyd. 1. v českém jazyce. [Brno]: Narativ, 2013. ISBN 9788026043461.

SOUSEDÍK, Stanislav. *Svoboda a lidská práva: jejich přirozenoprávní základ : esej*. Praha: Vyšehrad, 2010. Moderní myšlení. ISBN 9788074290367.

STÖRIG, Hans Joachim. *Malé dějiny filosofie*. Vyd 8., V KNA 2. Přeložil Miroslav PETŘÍČEK, přeložil Petr REZEK, přeložil Karel ŠPRUNK. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007, c2000. Studium (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 9788071952060

ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-69-9. ŠTICA, Petr. *Cizinec v tvých branách: biblické podněty pro etickou reflexi migrace*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-2419-8

VALÍŠOVÁ, Alena. *Asertivita v rodině a ve škole aneb Zásady přímého jednání mezi dětmi, rodiči a učiteli*. Praha: H & H, 1992. ISBN 808546702x.

VESELSKÝ, Pavel. *Filosofie a etika pro sociální pracovníky: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80- 244-3560-2.

Elektronické zdroje:

Aktuální stav reformy péče o duševní zdraví [online]. In: . s. 47 [cit. 2021-04-04]. Dostupné z: https://pacientskeorganizace.mzcr.cz/res/file/doc.-anders_reformace-psychiatricke-pece---or-11.3.-2020.pdf

BITTER, Neis A., Diana P. K. ROEG, Chijs VAN NIEUWENHUIZEN a Jaap VAN WEEGHEL. Effectiveness of the Comprehensive Approach to Rehabilitation (CARE) methodology: design of a cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* [online]. 2015, **15**(1), 1-11 [cit. 2021-5-4]. ISSN 1471244X. Dostupné z: doi:10.1186/s12888-015-0564-0

BROŽOVÁ, Adéla. *Postoj společnosti k osobám s mentálním postižením*. [online]. Chotěšov, 2011 [cit. 2021-04-05]. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/38832/BPTX_2010_1__0_257753_0_96156.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Pavlína Šumníková, Ph. D.

DE GRAND, Jeanette a Michiel BAHLER. *Integrovaná péče* [online]. In: . s. 68 [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/FACT-model_integrovana-pece_CZ.pdf

Etický kodex sociálního pracovníka České republiky [online]. In: . s. 5 [cit. 2021-02-28]. Dostupné z:

https://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesni%C3%AD%20svaz_verII.pdf

FALTÝNOVÁ, Martina. Porozumět děsivé zkušenosti: Rozhovor o síle dialogu a normálních psychózách. *A2* [online]. srpen 2017 [cit. 2021-03-06]. Dostupné z: <https://www.advojka.cz/archiv/2017/8/porozumet-desive-zkusenosti>

Father of psychiatric rehabilitation: Sargent's William A. Anthony spent his career advocating for people who live with mental health conditions. *Bostonia: Boston University Alumni Magazine* [online]. 2020, november 19, 2020 [cit. 2021-03-07]. Dostupné z: <http://www.bu.edu/articles/2020/william-a-anthony-father-of-psychiatric-rehabilitation/>

FENTON, Jane. 'Four's a Crowd'? Making Sense of Neoliberalism, Ethical Stress, Moral Courage and Resilience. *Ethics* [online]. 2020, **14**(1), 6-20 [cit. 2020-08-22]. DOI: 10.1080/17496535.2019.1675738. ISSN 17496535.

GANS, Steven. *The Basics of Assertive Community Treatment* [online]. 2019, duben 2019 [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: <https://www.verywellmind.com/assertive-community-treatment-4587610>

GARVERICH, Suzanne, Christopher G. PRENER, Margaret E. GUYER a Alisa K. LINCOLN. What matters: Factors impacting the recovery process among outpatient mental health service users. *Psychiatric Rehabilitation Journal* [online]. 2021, **44**(1), 77-86 [cit. 2021-5-4]. ISSN 1095158X. Dostupné z: doi:10.1037/prj0000407

KEET, René, Marjonneke DE VETTEN-MC MAHON, Laura SHIELDS-ZEEMAN, et al. Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. *BMC Psychiatry* [online]. 2019, **19**(1) [cit. 2021-02-24]. ISSN 1471-244X. Dostupné z: doi:10.1186/s12888-019-2162-z

KORTRIJK, Hans, Barbara SCHAEFER, Jaap VAN WEEGHEL, Cornelis L. MULDER, Astrid KAMPERMAN a Daniel VIGO. Trajectories of patients with severe mental illness in two-year contact with Flexible Assertive Community Treatment teams using Routine Outcome Monitoring data: An observational study. *PLOS ONE* [online]. 2019, **14**(1) [cit. 2021-02-24]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0207680

MARSHALL, Max a Austin LOCKWOOD. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. [cit. 2021-02-28]. ISSN 14651858. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD001089.pub2

MARTINELLI, Thomas F., Gert-Jan MEERKERK, Gera E. NAGELHOUT, Evelien P. M. BROUWERS, Jaap WEEGHEL, Gerdien RABBERS a Dike MHEEN. Language and stigmatization of individuals with mental health problems or substance addiction in the Netherlands: An experimental vignette study. *Health & Social Care in the Community* [online]. 2020, **28**(5), 1504-1513 [cit. 2021-02-24]. ISSN 0966-0410. Dostupné z: doi:10.1111/hsc.12973

MCCARTHY, Lauren P., Rachel IMBODEN, Corey S. SHDAIMAH a Patrice FORRESTER. 'Ethics Are Messy': Supervision as a Tool to Help Social

Workers Manage Ethical Challenges. *Ethics* [online]. 2020, **14**(1), 118-134 [cit. 2020-08-22]. DOI: 10.1080/17496535.2020.1720265. ISSN 17496535.

MILFAIT, René. Fundamentální eticko-lidskoprávní principy etických kodexů sociálních pracovníků: Objasnění s odpovídajícími povinnostmi a zodpovědnostmi. In: FISCHER, Ondřej, Petr JANDEJSEK, Alena KROUPOVÁ, Helena KUNSTOVÁ, René MILFAIT a Dana MOREE. *Etika a lidská práva*. Praha: Centrum sociálních služeb Praha, 2008

OSE, Solveig Osborg, Solfrid LILLEENG, Ivar PETERSEN, Torleif RUUD a Jaap VAN WEEGHEL. Risk of violence among patients in psychiatric treatment: results from a national

Otevřený dialog [online]. Praha [cit. 2021-04-11]. Dostupné z: <http://www.otevrenedialogy.cz/index.php/otevreny-dialog/puvod>

Prohlášení Mezinárodní federace sociálních pracovníků o etických principech [online]. In: . červenec 2018, s. 3 [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: <https://dragif.com/data/pdf/a/wji.pdf>

ŘÍČAN, Pavel. *Úvod do komunitní péče o duševně nemocné* [online]. In: . leden 2007, s. 8 [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: https://www.crpdz.cz/dokumenty/uvod_do_komunitni_pece_pavel_rican.pdf

SEIKKULA, JAAKKO, TOM ERIK ARNKIL a ESSA ERIKSSON. *Postmodern Society and Social Networks: Open and Anticipation Dialogues in Network Meetings* [online]. léto 2003, , 19 [cit. 2021-04-11]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1423/podzim2008/PST433/um/Seikkula_and_Arnkill.pdf

SCHÖTTLE, Daniel, Friederike RUPPELT, Anne KAROW, et al. Reduction of Involuntary Admissions in Patients With Severe Psychotic Disorders Treated in the ACCESS Integrated Care Model Including Therapeutic Assertive Community Treatment. *Frontiers in Psychiatry* [online]. 2019, **10** [cit. 2020-08-22]. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00736. ISSN 16640640.

SCHUBERT, Samantha, Paul RHODES a Niels BUUS. Transformation of professional identity: an exploration of psychologists and psychiatrists implementing Open Dialogue. *Journal of Family Therapy* [online]. 2021, **43**(1), 143-164 [cit. 2021-04-11]. ISSN 01634445. Dostupné z: doi:10.1111/1467-6427.12289

Soile Juujärvi, Elina Kallunki & Heidi Luostari (2020) Ethical Decision-Making of Social Welfare Workers in the Transition of Services: The Ethics of Care and Justice Perspectives, *Ethics and Social Welfare*, 14:1, 65-83, DOI: [10.1080/17496535.2019.1710546](https://doi.org/10.1080/17496535.2019.1710546)

SOOD, Loopinder, Andy OWEN, Richard ONYON, Aarohi SHARMA, Jessica NIGRIELLO, Dominic MARKHAM a Hannah SEABROOK. Flexible assertive community treatment (FACT) model in specialist psychosis teams: An evaluation. *BJPsych Bulletin* [online]. 2017, **41**(4), 192-196 [cit. 2021-02-27]. ISSN 2056-4694. Dostupné z: doi:10.1192/pb.bp.116.053967

Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek. Praha: Ministerstvo vnitra - generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR, 2010. ISBN 978-80-86640-51-8.

ŠIMEK, Vojtěch. Lidská důstojnost a instrumentalizace člověka nejen s ohledem na dárcovství gamet v ČR: Pokus o filozofický komentář. *Studia Theologica* [online]. 2020, 23 [cit. 2021-5-26]. Dostupné z: doi:10.5507/sth.2020.032

ŠRAJER, Jindřich. *Lidská důstojnost ZS 15/16* [online]. In: zimní semestr 2015/2016, s. 81 [cit. 2021-5-29]. Dostupné z: <http://home.tf.jcu.cz/~srajer/Prezentace.LDZS.15.16.pdf>

The CARE Model [online]. , 1 [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: <https://www.care-academy.com/the-care-model>

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením [online]. In: . 13. 12. 2006, s. 67 [cit. 2021-03-21]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225526/Umluva_o_pravech_osob_se_ZP.pdf/1e95a34b-cbdf-0829-3da2-148865b8a4a8

URBANOVÁ, Magdalena a David URBAN. Reflexe vybraného dilematu sociální práce optikou etické teorie I. Kanta. *Czech* [online]. 2019, 19(6), 75-90 [cit. 2020-08-22]. ISSN 12136204.

WEIMAND, B. M., P. ISRAEL a M. EWERTZON. Families in Assertive Community Treatment (ACT) Teams in Norway: A Cross-Sectional Study on Relatives' Experiences of Involvement and Alienation. *Community Mental Health Journal* [online]. 2018, 54(5), 686-697 [cit. 2021-04-11]. ISSN 00103853. Dostupné z: doi:10.1007/s10597-017-0207-7

Základní principy péče poskytované v CDZ: (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz) [online]. In: . 8/2019, s. 31 [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp->

content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha_%C4%8D._6_Metodiky_-
_Z%C3%A1kladn%C3%AD_principy_p%C3%A9%C4%8De_poskytovan%C
3%A9_v_CDZ.pdf

Zákon č. 372/2011 Sb.: Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [online]. In: . 8. 12. 2011 [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zákony pro lidi.cz: Sdělení č. 104/1991 Sb. Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech dítěte [online]. Praha, 1991 [cit. 2021-04-03]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-104>

Zákony.centrum.cz: Listina základních práv a svobod 2/1993 Sb. Poslední změna zákona: 1. 1. 1999 [online]. [cit. 2021-04-03]. Dostupné z: <http://zakony.centrum.cz/listina-zakladnich-prav-a-svobod/hlava-3?full=1>

Seznam příloh

Příloha č. 1 - KRITÉRIA „VĚRNOSTI“ OTEVŘENÉMU DIALOGU - 12
základních prvků Dialogické praxe

Příloha č. 2 - 7 PRINCIPŮ OTEVŘENÉHO DIALOGU (Jaakko Seikkula)

Příloha č. 3 - Kazuistiky

Příloha č. 4 - Přepis rozhovoru s Johanou – psychiatrickou sestrou CDZ

Přílohy:

Příloha č. 1

KRITÉRIA „VĚRNOSTI“ OTEVŘENÉMU DIALOGU - 12 základních prvků Dialogické praxe

Dva nebo více terapeutů na setkání.

Účast rodiny / sociální sítě.

Soustavné používání otevřených otázek během celého setkání jako způsob propojování výroků klientů a vytváření dialogu.

Odpovídání na výroky klientů: včetně responzivního naslouchání, využívání vlastních slov klientů a tolerování ticha v konverzaci.

Důraz na přítomný okamžik: poskytování odezvy na bezprostřední reakce a emoce, absence interpretací nebo nastolování agendy.

Vybízení různých úhlů pohledu: vnější a vnitřní polyfonie se zapojením všech účastníků setkání, a zároveň různorodých úhlů pohledu uvnitř jednotlivce.

Využití vztahového zaměření v dialogu: zaměření se na vztahové aspekty vyprávěných příběhů k definování vztahů, a vybízení k poskytování informací o kontextu a vztazích.

Odpovídání na problémový diskurz nebo chování věcným způsobem a smysluplným dialogem: pohled na symptomy jako na „přirozené“ odpovědi stresujícím událostem.

Důraz na vlastní slova a příběhy klientů, nikoliv na symptomy: pomáhat klientům najít slova k jasnější komunikaci, věnovat pozornost jednotlivým slovům nebo vedlejším větám.

Konverzace mezi odborníky (reflexe) na léčebném setkání.

Transparentnost: Sdílené rozhodování. Zveřejnění informací ke všem diskusím na všech setkáních všem účastníkům, sdělování toho, co odborníci vědí i nevědí.

Tolerování nejistoty: žádné ukvapené závěry o symptomech, diagnózách nebo léčbě, odpovídat dané osobě v její celistvosti a kontextu, spíše než reagovat na osamocené prvky chování.

Příloha č. 2

7 PRINCIPŮ OTEVŘENÉHO DIALOGU (Jaakko Seikkula)

1. Okamžitá pomoc
2. Zapojení sociální sítě
3. Flexibilita a mobilita
4. Přijetí odpovědnosti
5. Psychologická kontinuita
6. Tolerance nejistoty
7. Dialogismus

1. Poskytování okamžité odezvy/pomoci

V případě krize lze v prvních hodinách a dnech mluvit nejlépe o důležitých věcech.

„Nejlepší je setkat se do 24 hodin, ale ani po 50 letech není pozdě.“

2. Zapojení sociální sítě

Všechny osoby definující problém by měly být přizvány do procesu.

Můžeme klást otázky: Kdo ví o situaci a dělá mu starosti? Kdo by mohl být nápomocný a

je schopen účastnit se prvního setkání? Kdo by měl být ten, kdo další lidi přizve?

Pokud se někdo nemůže účastnit fyzicky, zkusíme i jiné způsoby přizvání jeho hlasu

3. Flexibilita a mobilita

Odpovídáme na specifické a proměnlivé potřeby a volíme nejvhodnější postupy.

Zdá se, že setkávání v domácím prostředí nejlépe předchází zbytečné hospitalizaci.

4. Přijetí odpovědnosti

Kontaktovaný pracovník přejímá odpovědnost za organizaci 1. setkání a přizvání týmu.

Svolaný tým pak na setkání přijímá odpovědnost za analýzu problému a plánování.

Nikde mimo místo setkání neexistuje žádná autorita, která by měla vědět lépe, co udělat.

5. Zaručení kontinuity/psychologická kontinuita

Tým má zodpovědnost za terapeutický postup tak dlouho, jak je potřeba.

Různé terapeutické metody spolu nesoutěží, ale navzájem se podporují.

6. Tolerování nejistoty

Ve fázi krize neuzavíráme kontrakt, ale vyjednáваме, zda a kdy se setkáme příště.

Bezpečí nezvýšíme odstraněním symptomů, ale vytvořením prostředí, kde je každý slyšen

7. Dialogismus

Otevírání setkání: první otázky klademe tak otevřené, jak jen to dokážeme.

Otevření prostoru pro všechny hlasy: je důležité, aby na začátku každý promluvil.

Otevření prostoru pro diskusi odborníků: je třeba vše diskutovat přímo na setkání.

Uzavírání setkání: pozitivní zpětná vazba; poslední slova patří klientům.

Kazuistiky

Kazuistika Petra

Žena Petra, 37 letá, mladá, půvabná žena, nemocná schizofrenií. S Petrou spolupracujeme asi rok a půl. Přišla k nám na pracoviště poté, co byla zrušena ambulance její lékařky. Ráda se hezky obléká, je zvyklá nosit značkové oblečení a parfémy. Petra žije sama, ráda by měla partnera, je v blízkém kontaktu s matkou, se kterou má rozporuplný vztah.

V minulosti Petra pracovala na otevřeném trhu práce, na náročných pozicích onemocněla kolem jejích devatenácti let, ještě zkoušela studovat vysokou školu, kterou nedokončila. Dva roky v dětství strávila v Německu, umí tedy velmi dobře německy i anglicky. Zpočátku naší spolupráce jsme měli pocit, že Petra naši pomoc nepotřebuje, ale později jsme zjistili, že Petry stav se proměňuje a někdy potřebuje velkou podporu. Petra se na pracovníci v týmu navazovala celkem dlouho. Petra má z minulosti špatné zkušenosti se ženami (Psycholožky, i jiné pracovnice, se kterými se setkávala, jí vždy odcházely na mateřskou dovolenou, nebo se vdávaly a to je pro Petru velmi citlivé téma, protože sama už nepočítá s tím, že by měl/mohla mít partnera nebo dítě.) Petra na začátku naší spolupráce odjela na měsíc do lázní. Petra působí velmi schopně, ale nemoc na ni působí tak, že je často paranoidní vůči státu obecně, (Nemůže být na úřadu práce, nemá nárok na dávky.) zdravotní pojišťovně (Neproplatili jí lázně ani nemocenskou, protože v té době nebyla zaměstnaná.), doma se jí dějí „divné věci“, ke kterým nás ještě nepřizvala. (Někdo jí chodil v botách, až je zničil, musela je vyhodit, někdo jí neustále chodí do bytu.) Bereme Petřiny stížnosti vážně a pracovnice o událostech v bytě s Petrou mluví, uznává její pocity strachu a bezmoci vůči věcem, které se dějí. Petra už

čtyři roky nebere psychiatrické léky, v minulosti po nich hodně přibírala na váze, a dalo jí hodně práce být opět štíhlá. Pociťovala negativní příznaky léků, byla hodně unavená, bez vůle.

Petra vlastní auto, ale nyní má odebraný řidičský průkaz. (Řídila v opilosti, ale považuje za vysvobození, že už neřídí, protože měla pocit, že ji lidé v jejím okolí využívají jako taxikářku.) Tuto informaci jsme se dozvěděli jen náhodou, její matka o ničem neví. Petru jsme upozorňovali na nebezpečí, mohla někoho srazit, ublížit někomu, když řídila opilá. Petra naše výhrady k řízení moc neakceptovala, vysvětlovala, že jí nebylo psychicky dobře, tak se napila.

Někdy nás napadá, že Petry nemoc je z nějaké části způsobena i poruchou osobnosti, často jí věci rozčílí a bere si věci, které se jí netýkají, nebo se „běžně“ dějí hodně osobně. Zkoušíme s Petrou o těchto situacích mluvit, otáčíme situace, hledáme, jak se asi cítí ten druhý, když na nás reaguje nepříjemně.

Na podzim 2020 se zdálo, že Petry stav se zhoršil. Petra za námi přišla neplánovaně do práce, říkala, že nemá klíče ani telefon a potřebuje sehnat zámečnicka, aby se dostala domů. Později Petra vysvětlila, že musela nechat kvůli matce vyměnit zámek, protože do jejího bytu někdo chodil a ztrácely se jí dokumenty a věci, zvolila tuto strategii, že klíče „ztratí“ a nechá vyměnit zámek, protože matka jí nechtěla dobrovolně klíč od bytu vrátit. Asi čtrnáct dní po této situaci přišla Petra znovu bez domluvené schůzky a žádala schůzku s psychiatrem. Vypadala ten den neobvykle, neupraveně, nešťastně. Hodně se bála o sebe a své příbuzné, měla předtuchy smrti lidí z rodiny. Nejdříve s Petrou mluvil psychiatr, který se rozhodl nechat ji hospitalizovat. Pak s Petrou mluvila její klíčová pracovnice, která zjistila, že Petra během dopoledne vypila láhev vína, ptala se, co se stalo? Petra popisovala strachy a úzkost, neúnosnost situace řešila alkoholem. Během schůzky na pracovišti, přijela záchranná služba, pracovnice řekla Petře, že pan doktor rozhodl o její

hospitalizaci, Petra s tím neměla problém, pracovnice jí řekla, že pojedou do nemocnice s ní. Petra přesvědčovala personál sanitky, ať jí odeberou krev na drogy, personál nic takového dělat nechtěl. Petra byla jinak vcelku klidná, ale když dojeli do nemocnice, záchranáři situaci úplně nezvládli a nechali Petru z nemocnice odejít. Pracovnice se ještě snažila s Petrou mluvit a přesvědčit jí, aby zůstala, ale Petra v té chvíli nejspíš pochopila vážnost situace a rozhodla se odejít z příjmu v nemocnici pryč. Další postup byl řešen s policií, ale Petra nebyla k nalezení, pracovnice Petře volala, ale bez výsledku. Následující pracovní den jsem pracovnice Petře volala a Petra byla úplně klidná, jako kdyby se nic nestalo. Následně jsme situaci probírali s Petrou osobně na schůzce. Petra se velmi za své chování styděla a omlouvala se.

Petra často na schůzkách zmiňovala matku, že je „jejím hlavním problémem“. Pořád Petře volá, chce vědět jak se má a Petra, aby byla matka v klidu, tak jí Petra říká, že se má dobře, ale není to pravda. Zatajuje matce spoustu věcí a to ji tíží a obtěžuje, zároveň je pro ni matka nejbližší příbuznou osobou. To, co Petra popisuje, je že nemá vlastní život. Jediného přítele, kterého Petra měla, matka nesnášela a cítí se v zajetí matky, ze kterého nemůže ven. Otec Petry žije v U. S. A. a s matkou jsou rozvedeni. Častokrát se pracovnice dotazovala, zda nelze s matkou mluvit společně, navrhovala společnou schůzku, ale Petra to dlouhou dobu odmítala. Pracovnice vyprávěla Petře o otevřeném dialogu, který u nás na pracovišti začínáme používat, o jeho dvanácti bodech. Popisovala, že nejde o konfrontační formu terapie. Petra o tom přemýšlela a poté souhlasila, že zkusí tuto metodu na setkání s matkou. Na prvním setkání byla Petra, matka, (klíčová pracovnice) psychiatr a pracovní konzultantka, a dvě facilitátorky. Schůzka pro nás byla velmi poučná. Petra byla celkem konfrontační a matka nechápala, o co jí jde, ale důležité bylo, že bylo pojmenováno, že každý člověk vnímá jednu a tutéž situaci různě, matka měla pocit, že když považuje Petřino dětství za krásné, bylo krásné i pro Petru.

Byly to „drobné věci“, ale pro Petru myslím po dlouhé době situace, kdy byla vyslyšena, nehodnocena, byl uznán její pohled na věc.

Kazuistika Josef

Josef je padesáti sedmiletý pán, žije s diagnózou schizofrenie od svých třiceti let. Je svobodný, bezdětný, nemá přítelkyni, ale má kamaráda, se kterým téměř každý den píše na stroji deník a pohádky. Rád nakupuje a sbírá modely aut, potíží je v tom, že nemá dost prostoru na jejich uskladnění a, nebo vystavování. Jeho největší přání je bydlet s kamarádem Petrem ve vlastním bytě a taky, aby bylo postaráno o jeho modely aut. Jinak je se svým životem vcelku spokojený.

V kontaktu jsme od března 2017. Naše spolupráce započala z důvodu končící smlouvy v chráněném bydlení Bona o.p.s, a s tím související nekomunikace mezi Bonou a Josefovou sestřenicí (jeho opatrovnicí) a potřebou Josefa se v důsledku končící smlouvy přestěhovat buď do vlastního bytu, nebo hledat jiné varianty bydlení.

Josef pobýval v letech 1994 – 2008 doma v bytě s matkou.

Od r. 2008 byl po mrtvici hospitalizován v PN Bohnice po dobu šesti let. Nejspíš z důvodu nekonání opatrovnice. Později na návrh PN Bohnice se Josef dostal do CHB Bona, kde se měl připravovat na samostatné bydlení ve „svém“ bytě. Byt byl dle informací od opatrovnice vytopen. V době kdy byl v CHB sestřenice bez jeho vědomí byt vyklidila, jeho věci vyhodila, to Josef vnímá jako velký zásah do soukromí.

Než zemřela Josefova matka, bydlel s ní Josef v jejich bytě. Po její smrti, začal více, nekontrolovaně hromadit věci. Josefovou opatrovnicí se stala sestřenice Josefa. Opatrovnice bez jeho vědomí (protože se stala opatrovnicí a dala sama sobě souhlas k odkoupení bytu) odkoupila od Josefa byt, aby vlastnila celý dům. (Vilu ve Strašnicích.) Tato transakce byla schválena soudem. Pokud by se tedy Josef stěhoval, tak do bytu opatrovnice, který by mu

pronajímala. Od roku 2014 trvá situace, kdy Josef nemůže do bytu, i když by se měl připravovat na přestěhování. Největší a možná jediné přání Josefa bylo vrátit se zpět do bytu, kdy by chtěl ideálně bydlet se svým kamarádem.

V minulosti opatrovnice tvrdila, že se do bytu Josef může vrátit, ale nepodnikala žádné kroky, aby byl byt znovu obyvatelný. Měla obavy, že Josef opět začne hromadit věci a že se ho budou sousedi bát, důvody proč by se Josefa sousedi báli, ovšem neuváděla. Klíčová pracovnice navrhovala společnou schůzku s opatrovnicí a Bonou, aby se dohodli, co mohou udělat zainteresované služby – CDZ, opatrovnice, Bona.

Schůzka proběhla, ale pak byla opatrovnice delší dobu nemocná, řešilo se neplacení nájemného v CHB, které nakonec opatrovnice za Josefa vždy zaplatila, ale vše se neuvěřitelně protahovalo. Opatrovnice tvrdila, že nemá klíče od bytu, kam se měl Josef stěhovat, protože řemeslník, který byt opravoval, odjel do lázní a klíče má u sebe a jiné nemá. Vše se vyhocovalo a zdálo být nepravděpodobné.

Opatrovnice Josefovi nesdělovala kolik má peněz, prý z důvodu, že bych chtěl vše utratit, ale dle našeho názoru měl Josef právo vědět, kolik má peněz a mít přehled za co se jeho finance utrácejí. V souvislosti se všemi okolnostmi, které se okolo Josefa děly, jsme začali uvažovat o tom, jestli by nebylo pro Josefa i pro opatrovnici lepší, aby měl veřejného opatrovníka. Mohl by se nadále vídat se svou sestřenicí jako příbuzný a do jejich vztahu by nevstupovaly finance a nejasnosti ohledně dědictví. Ulehčilo by se i sestřenici, protože se zdálo, že o opatrovnictví moc nestojí, a nemá na řešení Josefových věcí čas. Nějakou dobu jsme přesvědčovali Josefa, ať podá návrh na změnu opatrovníka. Josef moc nechtěl, bál se (oprávněně), že se na něj opatrovnice bude zlobit, když to udělá.

Kazuistika Veronika

Veronika je žena ve středním věku je jí čtyřicet tři let. Od roku 2001 trpí schizofrenií. Vystudovala střední školu. Neměla harmonické dětství, rodiče se rozvedli, když jí bylo pět let. Její sestra se zabila, když byly obě v pubertě. Veronika má ještě dva bratry, ale moc se s nimi nevidá. Má velmi ráda zvířata, měla psa, ale již zemřel. Veronika je velmi schopná, a pokud se cítí dobře, zvládá mnoho věcí v domácnosti i na úradech. Veronika moc ráda vaří, ale mluví o tom, že je těžké uvařit něco dobrého, když nemá peníze na kvalitní suroviny. Předtím než onemocněla, pracovala Veronika na poště. Nyní již delší dobu nepracuje z důvodu péče o děti. Často se cítí unavená, a je pro ni náročné zvládat domácnost a děti. První dítě (holčičku) má s mužem z Ghany, který nyní žije ve Velké Británii. Druhé dítě syna má s nynějším, manželem, který je z Indie. Nynější manžel je kuchař, ale momentálně nepracuje. Z důvodu nemoci schizofrenií má Veronika časté ataky, v některých případech přestává užívat léky, protože ji hodně tlumí, ale někdy se její stav zhorší bez ohledu na to, zda léky užívá či ne. Veronika byla již osmnáctkrát hospitalizovaná v psychiatrické nemocnici. Vzhledem k Veronicičině nemoci a častým atakám se v minulosti stávalo, že v případě hospitalizace musely být děti umístěny v Klokánku, protože její nynější manžel se o ně nebyl schopen postarat. Veronika má v posledních letech potíže s bytovým družstvem, které jí pronajímá byt, chtějí ji vystěhovat, protože má dluhy na nájmu. Příjem Veroniky je omezený, žije ze svého invalidního důchodu a často živí i manžela, který bývá nezaměstnaný, a když už sežene práci tak většinou jen nelegálně („na černo“). Veronika nemá k bytu smlouvu, protože jí ji bytové družstvo po smrti její matky nechce poskytnout, tudíž nemá nárok na žádné další příspěvky na bydlení. Pobírá ještě přídavek na děti, a občas jí pošle bývalý manžel výživné na dceru Bereniku. Veronika má určený soudní dohled, který vykonává OSPOD. Veroniku to hodně rozčiluje, vadí jí, že jí někdo cizí

zasahuje do výchovy a do soukromí. Veronice jsme hodně pomáhali v komunikaci s OSPODem a úřady. Hledali jsme organizace, které by Veronice a jejím dětem pomohly s doučováním a s výchovou dětí. Našly jsme organizaci Střep, která Veronice nabídla pomoc v oblastech, ve kterých potřebuje pomoci. Tým CDZ vyhodnotil jako potřebné, aby s dětmi mluvil psycholog, který by jim přiblížil Veroniky nemoc, aby lépe chápaly, co se s jejich maminkou děje. Co se týče dětí je pro Veroniku obtížné udržet hranice při jejich výchově, ale má obě děti velmi ráda a moc jí na nich záleží. Neumí si představit, že by byla bez nich. Je velmi smutná, když musí děti být v Klokánku. Hodně za děti bojuje, ale věnovat se dětem a současně zvládat nemoc je pro Veroniku náročné.

Kazuistika Hugo

Hugo je dvaceti tříletý mladý muž. Velmi veselý, přátelský a společenský. Rád pomáhá ostatním lidem, velmi rád sportuje, nejčastěji hraje fotbal, nebo běhá. Baví ho hra v šachy. Hugův příběh začíná asi v jeho šesti letech. Matka hodně pila alkohol a nebyla schopná se o Huga starat, později skončila na ulici, otec s rodinou nežil a o Huga neměl zájem. V šesti letech se Huga ujala sousedka, vzala si Huga do pěstounské péče. S matkou se Hugo nestýkal, pěstounka mu to zakazovala ze zkušenosti, že matka po Hugovi požaduje peníze. Hugovi bylo v dětství diagnostikováno ADHD a později Tourettův syndrom. Když bylo Hugovi třináct let, dostal se do party mladých lidí, kde se braly drogy, chodilo se za školu. V partě vznikl problém, hádka. Jeden kluk z party se Hugovi posmíval, že je „blázen“, že je divný, má tiky způsobené Tourettovým syndromem. Hugo se hodně naštvál a kluka bodl nožem. Na základě této události byl odeslán do diagnostického ústavu a později do výchovného ústavu. Ve výchovném ústavu strávil Hugo pět let s přestávkami, (Když se s někým popral.) kdy byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici.

Hugo během pobytu ve výchovném ústavu vystudoval učňovský obor kuchař. V osmnácti letech byl omezen ve svéprávnosti a opatrovníkem byla jmenována jeho pěstounka. Pěstounka žila částečně v Německu, ale stále byla s Hugem v kontaktu. Hugo byl po propuštění z výchovného ústavu odeslán ambulantním psychiatrem do psychiatrické nemocnice, z důvodu úpravy medikace. (Hugo pociťoval velmi nepříjemné vedlejší účinky léků, velký útlum.) Hugo v té době bral velké množství léků a ambulantně by snižování léků v tomto množství nebylo možné.

S Hugem jsme se poprvé setkali, když mu bylo dvacet let, a začal chodit na fotbalové tréninky pořádané Centrem duševního zdraví v areálu psychiatrické nemocnice. Rok poté co jsme se s Hugem seznámili, začal docházet za klíčovou pracovníci do CDZ. Kolegyně se stala jeho case manažerkou. V nemocnici byl pouze ze sociálních důvodů. V jejich spolupráci začali hledat bydlení, hledali bydlení pro lidi s Tourettovým syndromem. Hledali i domy na půl cesty, ale kvůli Hugově další diagnóze (Emočně nestabilní porucha osobnosti.) ho nikde nechtěli vzít. A na pobyt v domově pro lidi s T. syndromem byl moc „schopný“. Nakonec jiný člověk spolupracující s CDZ hledal spolubydlícího a dohodli se s Hugem, že budou bydlet spolu. Tak se Hugo po sedmi letech dostal pryč z ústavní péče. Později Hugo požádal o změnu opatrovníka na veřejného opatrovníka, protože se s nynější opatrovníci nemohli shodnout na množství peněz, které bude opatrovnice Hugovi vyplácet, a často odjížděla do Německa a nebyla k dispozici. Opatrovnice se změnou nakonec souhlasila. Nyní má Hugo veřejného opatrovníka z úřadu městské části, kde žije.

Kazuistika Ladislav

Ladislav je třiceti šestiletý mladý muž. Ve třinácti letech měl Ladislav nehodu. Když přebíhal dálnici, srazilo ho auto a od té doby začal mít příznaky schizofrenie a začal se léčit. Rodiče jsou od jeho patnácti let rozvedení. Vystudoval učební obor kuchař, a nějakou dobu práci kuchaře vykonával. Ladislav má rád chození na koncerty, nejraději poslouchá Anetu Langerovou, ale i bigbít. Sleduje seriál Simpsonovi. V dospělosti docházel Ladislav do DPS Ondřejov, kde byl odmítavý k braní léků a byl často hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici. Schizofrenie se u Ladislava projevuje hlavně tím, že má nedostatek vůle při téměř všech činnostech, nejraději by jen ležel, nemá sílu nic dělat. Do svých dvaceti let bydlel s matkou, ale potom rodiče koupili byt, který mu pronajímali, ale Ladislav neměl dostatek financí na placení nájmu ani energií v bytě. (Ladislav má invalidní důchod třetího stupně a jiné příjmy nemá.) Ladislav se neplacením nájmu postupně dostal do dluhů vůči rodičům. Nakonec se s rodiči dohodl, že už v bytě nebude bydlet, hlavně kvůli dluhům. Při posledním opuštění nemocnice bydlel Ladislav na ubytovně. Při hospitalizaci Ladislav vždy říkal, že jeho rodiče nejsou jeho rodiči. K rodičům má zvláštní vztah, nechce s nimi být v kontaktu, obzvlášť během hospitalizace. Ladislavovi bylo nabídnuto chráněné bydlení, ale nakonec tuto možnost odmítl s tím, že nechce mít organizovaný život.

Do Centra duševního zdraví byl Ladislav navázán v lednu 2019, ale první navázání se nezdařilo. Až při další hospitalizaci Ladislava v roce 2020 Ladislav souhlasil, že bude v péči CDZ. Už mu nevadily naše návštěvy v nemocnici a navázal se na klíčovou pracovníci z týmu. Dnešní situace je taková, že Ladislav je stále v nemocnici asi už půl roku. Nyní je zde pouze ze sociálních důvodů. Chtěli jsme s Ladislavem podávat žádost o sociální byt, ale došlo k neshodě se sociální pracovníci z nemocnice, která tvrdila, že Ladislav

je omezený ve svéprávnosti a, že mají kolegové počkat, nic neřešit, až soud rozhodne o udělení opatrovníka, a ten bude Ladislavovu situaci řešit. Týmově byla pro nás tato situace nepřijatelná. Nemůžeme/ nechceme nechávat člověka v nemocnici jen proto, že by měl čekat na opatrovníka a do té doby nepodporovat člověka v odchodu z nemocnice, pokud už tam nemusí být z důvodu nemoci. V této situaci jsme zareagovali a ptali jsme se, jak může být někdo omezen ve svéprávnosti a nemít opatrovníka? Požádali jsme o pomoc kolegyni opatrovnici z městské části, kde má Ladislav trvalé bydliště. V mezidobí proběhl soud, kde nebyl účasten ani Ladislav a nebyla přizvána dotčená městská část, která vůbec nevěděla, že by opatrovnictví Ladislava měla řešit.

Kazuistika Bára

Bára je mladá třicetiletá žena. Bára má základní vzdělání. Pochází z rodiny, kde vztahy úplně nefungovaly, rodiče jsou rozvedení. Zkoušela studovat střední školu, ale to se nezdařilo. Bára umí vařit a starat se o domácnost. V sedmnácti letech po experimentování s drogami se jí začaly zjevnovat „mrtvé hlavy“ a ve své matce viděla satana. Dodnes si vyčítá, že zkoušela drogy, zároveň v té době byla s přítelem, který jí drogy dával a sváděl jí k užívání. Když začala mít strach z matky, chtěla spáchat sebevraždu, ale matka jí našla, předtím než svůj pokus dokonala. Při první hospitalizaci se řešilo sebevražedné chování, ale z nějakého důvodu Bára neřekla, jaké má stavy. (Vidění mrtvých hlav a vidění matky jako satana.) Bára si později našla dalšího přítele, se kterým má dvě děti. Nikdy neměli s přítelem pořádné zázemí. Po porodu otec dětí zařídil bydlení, ale zároveň se postupně zhoršil Bary zdravotní stav. Přítel se s Bárou nakonec rozešel, když bylo dětem asi devět měsíců. U Bary se naplno projevila nemoc a děti byly svěřeny do péče otce.

Do psychiatrické péče se Bára dostala až po porodu svých dětí. (Bára porodila dvojčata.) Vzhledem k tomu, že rodina nefungovala, se Bary stavy

začaly řešit v souvislosti s porodem. Ale ukázalo se, že s porodem její nemoc nesouvisí, že začala už v jejích sedmnácti letech.

Od té doby co byly děti svěřeny do péče otce, tráví Bára většinu času v psychiatrické nemocnici. Bára pracovala v minulosti brigádně jako prodavačka, v rámci hospitalizace pracovala v kavárně pátá kolona v areálu nemocnice. V Bářině životě se v posledních letech opakuje koloběh nemocnice – pobyt u mámy – nemocnice - pobyt u táty. Problém je, že u bydlení u mámy je pro Báru i pro matku náročné, u táty je to lepší, ale otec má těžké depresivní stavy, a z toho důvodu u něj Bára nemůže dlouhodobě bydlet. V rámci hospitalizací bylo nemocnicí požádáno o omezení svéprávnosti z důvodu, že nemá Bára kam jít a nezvládá se o sebe starat, nemá stabilitu, neumí hospodařit s penězi. Klíčová pracovnice se v rámci práce s Bárou snažila předat Báře více kompetencí, aby si mohla nakládat s více penězi, ale zatím se to moc nedaří. Většina pečujících osob (klíčová pracovnice z nemocnice, opatrovník) považuje Báru za „ztracený případ“ navrhují, aby šla Bára do domova se zvláštním režimem.

Bára byla vždy „v něčí“ péči. Buď v péči rodičů, nebo svého přítele.

V minulosti se povedlo, že Bára bydlela rok v chráněném bydlení, ale potkala se tam se spolubydlící, která jí nabídla alkohol a protože je Bára hodně křehká a chtěla být milá, nechala se přesvědčit k pití. Na základě porušení řádu byla Báře dána výpověď z chráněného bydlení, a od té doby se opět opakuje scénář nemocnice – pobyt u rodičů. Bára je mladá žena, která má velkou chuť zkusit si samostatné bydlení s pomocí CDZ a služby podpory samostatného bydlení. Chráněné bydlení Báru v této chvíli nepřijme, protože je v pořádku asi na padesátém místě a také má v dokumentaci, že nadužívala alkohol. Bára je teď zvyklá, že je stále s někým, na oddělení v nemocnici není vůbec sama. Bára má potíže s krátkodobou pamětí, zapomíná chodit na aktivity v nemocnici a poté nemůže nasbírat aktivizační body. Aktivizační body slouží například

k tomu, aby Bára mohla na vycházky mimo areál nemocnice, nebo za svými dětmi. Klíčová pracovnice s Bárou probírala, jestli zvládne samotu. Máme obavy, že Bára vyhledá po propuštění z nemocnice sebe nevhodnou společnost, která ji přivede k drogám. Bára sama mluví o svých tzv. „špatných kamarádech“ a neví, zda samotu zvládne, i když s podporou týmu CDZ. Přemýšlíme, zda podpořit Báru v hledání podnájmu, i když tam bude sama. A nevíme, zda zvládne samotu a nevrátí se do společnosti, která jí bude nabízet drogy a alkohol.

Kazuistika Quido

Quido je dvaceti sedmiletý mladík, který žije sám. Služba CDZ je jedním z mála jeho sociálních kontaktů. S Quidem spolupracujeme asi jeden rok. Quido je původem Ukrajinec. Na Ukrajině žil asi do svých šesti let. Pak se s rodinou přestěhovali do Čech, kvůli otcově práci. V Čechách nemá rozvětvenější rodinu. Na základní školu už Quido chodil v Čechách. Později se vyučil jako zlatník - rytec, měl dlouhou střední školu, šest let se učil. V každém tom oboru tři roky. Byly tam závěrečné zkoušky. Po střední škole se u Quida začaly projevovat psychické potíže, tak to popisují rodiče. Matka popisuje, že vždy byl Quido hodný a nebyl s ním žádný problém, poslouchal a pak najednou začal být drzý a začaly konflikty v rodině. Quido se začal více stahovat do sebe, začal méně komunikovat o tom co se děje ve škole. Quidův stav se změnil. V té době fyzicky napadl matku a ta se s ním od té doby nechce vídat, volají si jednou ročně a fyzicky se nevidají. Quido byl jednou hospitalizovaný v Národním ústavu duševního zdraví asi v dvaceti třech letech a během hospitalizace mu byla diagnostikována schizofrenie. Od té doby už Quido hospitalizovaný nebyl. Rodina bydlela v Praze a pak v určitém období také v Lounech, kde to má Quido moc rád. Rodiče zůstali v Lounech bydlet a Quidovi otec našel byt v Praze, který mu platí. Rodiče nyní brání Quidovi v

tom, aby za nimi do Loun jezdil, otec Quidovi odebral klíče od jejich bytu. Quido se o sebe zvládá postarat, ale je hodně sám.

Po škole pomáhal otec hledat Quidovi práci v oboru, což se nepodařilo a najednou skončil školu, neměl denní náplň, nedařilo se mu najít práci a vše se začalo komplikovat. Po hospitalizaci pracoval v chráněné dílně a asi devět měsíců pracoval Quido v Mc Donalds, tuto práci si našel sám. Od té doby (asi jeden rok) nepracuje. Quido zjistil, že mu stačí invalidní důchod, aby si koupil jídlo, a nemá motivaci pracovat více. Kontakt probíhá jen s otcem, matka je s Quidem ve sporadickém kontaktu, vídají se dvakrát ročně a občas si zatelefonují. Otec Quida hlídá a kontroluje, trochu ho finančně podporuje. Quido má invalidní důchod asi 4000,- Kč, což mu vystačí na každý měsíc jen na jídlo. Otec za Quidem často jezdil do Prahy, ale to se v poslední době změnilo, jelikož měli s otcem konflikty, které vyústily fyzickým napadením ze strany Quida. Vztah s otcem se hodně vygradoval. Otec volal i policii, ale vzhledem k tomu, že nemá Quido žádný záznam, situace byla řešena domluvou.

Quido je velmi, velmi sám a žije ve svém světě. Má sníženou schopnost abstraktního myšlení a kognice. I emotivně je plošší, i když dokáže jít do vzteku a nespokojenosti. Pochopit jeho svět je náročné, je „někde jinde“. Ve spolupráci je celkem spolehlivý, na schůzky chodí, omlouvá se. Tím, že nemá moc nikoho/nic jiného, tak jsme pro něj důležití. Jsme pro něj sociální kontakt a pomůžeme mu s věcmi, které by si sám nezařídil.

Quido po hospitalizaci bral psychiatrické léky, ale když Quido léky bere je nemluvný a nesdílný. Po několika letech léčby, si Quido sám léky vysadil. Řešil to později s psychiatrem a dohodli se, že zkusí léky nějakou chvíli nebrat. Rok nebral žádné léky, a před Vánoci, když se vyhrotila situace s otcem, léky opět začal brát. Quido nejraději sleduje filmy, hraje hry, poslouchá hudbu na

youtube, to mu pomáhá, když se necítí dobře. Hudbu si pouští celkem nahlas, ale sousedi to zatím zvládají.

Quido má vůli se o sebe postarat, není mu jedno, jak žije, chce mít jídlo, chce mít doma uklizeno. Oblečení dostává od rodičů, snaží se, aby měl základní věci. Při navazování vztahu Quido téměř nemluvil, odcházel náhle ze schůzek, pak se zase hodně rozmluvil a vyprávěl obsahy filmů, her co viděl, četl a nešlo to moc zastavit. Postupně jsme navázali vztah a komunikujeme. Quida se musíme hodně doptávat, protože pokud nevypráví něco svého, tak je dost stručný. Když nastaly vyostřené konflikty s otcem, tak se Quido sám ptal, jestli otec volal. Když Quido dlouhodobě nebral léky, byl jeho stav na hraně, ale dalo se to zvládat. Když Quido bere léky je utlumenější, klidnější, ale zdá se, že moc „nežije“. Když léky nebere, je více akční ve všech směrech i ve směru k agresi. S otcem je vztah dlouhodobě rozporuplný už asi od těch dvaceti let a teď to vygradovalo. Během společných schůzek se otec na Quida nedíval, mluvili jakoby každý sám. Nenavazovali ani oční kontakt. Na schůzkách Quido otci říkal, vidíš, teď bych tě mohl uhodit, ale neuhodím. Někdy Quido říká, že má tátu rád a je vidět, že o vztah stojí. Bere vážně to, co otec říká. Z otcovy strany jsou v komunikaci spíš příkazy, a doporučení, jak by věci měly být.

S otcem jsme také v kontaktu, máme schůzky a jednou proběhla schůzka formou otevřeného dialogu. Komunikace mezi otcem a Quidem moc neprobíhá ani z jedné strany. Quido je z jejich vztahu frustrovaný. Dostává spoustu rad a spoustu doporučení toho co má dělat, ale přijetí od otce mu hodně chybí. S matkou je vztah ještě bolestivější. Když Quido dlouhodobě nebral léky, byl jeho stav na hraně, ale dalo se to zvládat. Když Quido bere léky je utlumenější, klidnější, ale zdá se, že moc „nežije“. Když léky nebere, je více akční ve všech směrech i ve směru k agresi. S otcem je vztah dlouhodobě rozporuplný už asi od těch dvaceti let a teď to vygradovalo. Během společných schůzek se otec na

Quida nedíval, mluvili jakoby každý sám. Nenařazovali ani oční kontakt. Na schůzkách Quido otci říkal, vidíš, teď bych tě mohl uřodit, ale neuhodím. Někdy Quido říká, že má tátu rád a je vidět, že o vztah stojí. Bere vážně to, co otec říká. Z otcovy strany jsou v komunikaci spíš příkazy, a doporučení, jak by věci měly být.

S otcem jsme také v kontaktu, máme schůzky a jednou proběhla schůzka formou otevřeného dialogu. Komunikace mezi otcem a Quidem moc neprobíhá ani z jedné strany. Quido je z jejich vztahu frustrovaný. Dostává spoustu rad a spoustu doporučení toho co má dělat, ale přijetí od otce mu hodně chybí. S matkou je vztah ještě bolestivější. Před Vánoci se vztah s otcem vyřadoval. Co přesně otec Quidovi řekl, nebo udělal, nevíme. Když za ním otec jezdil, většinou šli nakoupit nebo uklízeli, v rámci toho došlo k potyčkám mezi Quidem a otcem. Quido otce několikrát uřodil. Otec volal policii a na základě toho se Quido uklidnil. Policie řekla, že když nemá žádný záznam, tak to nebudou řešit. Ale druhý den Quido vzal otci telefon, protože se bál, že by mohl znovu zavolat policii. Quido pak chodil v noci venku, vrátil se ve dvě ráno, sebral otci telefon a otec se bál, šel a pěšky v noci došel na policii a tam to nahlásil. Quido to vysvětloval, že se bál, aby ho otec nenahlásil. Poprvé se stalo, že do toho byla zatažená policie. Od té doby vztahy mezi otcem a Quidem hodně ochladly.

Příloha č. 4

Přepis rozhovoru s Johanou – psychiatrickou sestrou CDZ

1. Popište, co pro Vás znamená dilema?
2. Setkáváte se ve své práci s etickými dilematy? (Musíte často volit mezi dvěma možnostmi řešení jedné situace, kdy ani jedna možnost není ideální?)
3. Zažil/a jste ve své práci situaci, kdy jste řešil/a etické dilema? Můžete mi tuto situaci (příběh člověka se situací spojený) popsat?
4. Jak postupujete při řešení etických dilemat ve své práci/zaměstnání? (Podle čeho řešíte etická dilemata?)
5. Co je pro Vás při řešení dilemat nejobtížnější?
6. Jak vnímáte své rozhodování v tomto (konkrétním popsaném) dilematu?

M. (Michaela): *Johano, co pro Tebe znamená dilema?*

J. (Johana): *To přesně nevím, jestli to budu umět vysvětlit (smích), vlastně jsi mě na to upozornila ty, když jsi mi vysvětlovala, o čem píšeš diplomovou práci a zaujalo Tě dilema, které řeším a Ladislavem. Myslím, že je to nějaká situace, kdy neexistuje jednoduché řešení a je tam hodně otázek pro i proti.*

M: *Děkuju, určitě existuje víc odpovědí..., a řešíš teda teď nějaký dilema, který bys mi mohla popsat?*

J: *Jo, to můžu. Týká se Ladislava.*

M: *Dobře, tak mi prosím tě řekni, nějakěj jeho příběh, kdy onemocněl, jakěj měl/ má život?*

J: *Láďa je narozen v roku 86 a jako třináctletý ho přejelo auto, když probíhal dálnici, a od té doby se začaly u něj rozvíjet příznaky podobné schizofrenii. Chodil na Ondřejov, kde vlastně byl takový odmítavý i k lékům,*

často končil v Bohnicích, s tím že bydlel chvíli s matkou v Letňanech, vlastně v té době nás kontaktovala MUDr. L. z pav. 20, když tam byl hospitalizovaný M. hm. J: Chodila za ním nejdřív, myslím Věra a pak Róza, no a on odmítal cédézetko...

M: Počkej, promiň, můžu se ještě zeptat, on dodělal nějakou školu? Pracoval někde?

J: Pracoval jako kuchař, poslední práci dělal mmm něco ve skladu.

M: Jo, takže von ve třinácti onemocněl, potom teda normálně žil s rodičema?

J: Co se týče školy, to úplně nevím. M: Rodiče se rozvedli?

J: Rodiče jsou rozvedení.

M: On teda pak bydlel s mámou? J: Hm, chvíli pracoval a chvíli pracoval i u mámy no.

M: Takže má asi nějakou učňák kuchaře?

J: Pravděpodobně jo.

M: Tak to nevadí, dobře.

J: No vlastně byl často v těch Bohnicích s tím, že tam se opakovalo to, že Láďa tvrdil, že jeho rodiče nejsou jeho rodiče a to bylo jakoby skoro u každé hospitalizace.

M: Hm.

J: K těm rodičům má takový vztah, že vlastně nechce, aby za ním chodili na návštěvy, nechce, aby mu volali, nechce od nich nic.

M: to si pamatuju, že Věra říkala mámě, ať Láďovi napíše dopis, že je hodně odmítavej.

J: Hm.

M: A ty jeho projevy schizofrenie jsou klasický? Že má hlasy?

J: takové negativní hodně. M: Hm

J: *Že prostě nemá, má takovou abulii, sníženou chuť něco dělat, není motivován, prostě nejradši by prostě jenom ležel, nic nedělal, takovej nešťastnej prostě a i to, i že si myslí, že ty jeho rodiče nejsou jeho, tak to je taky asi něco bludného. Tak spíš.*

M: *A nejdřív teda odmítal i nás jako.*

J: *No to odmítal docela dlouho, skoro rok, vlastně, tam to začalo nějak dvetisíc devatenáct, že jsme ho začali kontaktovat na podnět doktorky L. Chodila tam Věra i Róza a pak to skončilo tak vlastně, že on opakovaně nějak říkal doktorce, že s námi nechce nic mít, tak vlastně i doktorka říkala, že už ho nemáme kontaktovat, že vlastně to nechce. Takže tenkrát to skončilo nějak tak, že jsme jí předali i kontakty na azylové domy a tadyty věci, Noo a vlastně minulý rok nějak tak nevím květen dvetisíc dvacet? Tak už začal být takový, že měl zájem o to cedezetko, nebo respektive souhlasil s tím, že bude mít u nás i doktora P. a že bude k nám chodit, tak chvíli i docházel, pak zase skončil hospitalizován, ale už mu nevadilo, když za ním Róza chodila, normálně byl schopen si povídat, nevím, z těch věcí co má rád tak to je, třeba měl rád koncerty, jeho favoritkou je Aneta Langerová, má rád seriál Simpsonovi. No, bigbeat má rád. Kamarády má, nemá, nebo respektive mluvil jenom o jednom takovým kamarádovi, ale jinak...*

M: *A to vaření ho baví? J: Ne, nebaví.*

M: *To byla jenom práce prostě? J: O tom vaření, když jsem se na to ptala na tu práci, tak mluvil o tom, jakože tam měl strašné podmínky, že tam měl strašný vedro, bylo jich tam málo, a tak no jakože, nemluvil tak o tom vaření samotným jako o těch podmínkách, že se mu tam nelíbilo. No a vlastně teďkon je problém takový s tím bydlením, že vlastně máma mu, rodiče mu koupili a pak pronajímali byt vlastně v Libni na Praze 8, kde tam teda chvíli Lád'a bydlel, je to nějak myslím dvojizbový byt a měl ho zařízený rodiči všechno, ale stejně tam*

nechce být, protože vlastně, on říkal, že nechce dlužit tomu tátovi peníze, co mu dluží jako dost, protože vlastně za ten nájem on to neměl nijak splácet.

M: Aha J: Sice má důchod třetího stupně, ale nevím kolik peněz

M: Prostě není to moc peněz?

J: No, rodiče to nějak nechtěli slyšet, i když jsme jim to říkali i my i Lád'a jim to říkal skrz nás, on o tom s nimi jako nechtěl mluvit no.

M: A kdo vlastně teda podal ten podnět k omezení svéprávnosti? J: To podala máma už koncem roku dvetisíc devatenáct, snad to podala, a pořád se to nedořešilo, protože nejdřív měl soud o zbavení svéprávnosti, to vlastně na základě tý soudní znalkyně to jakoby uznali a pak měl být soud o přidělení opatrovníka, kde vlastně byla přizvaná Praha 18 – Letňany, protože tam nejdřív Lád'a bydlel u tý mámy a Letňany se pak odvolaly, že už tam Lád'a nebydlí a že vlastně ani se toho jednání jako neúčastnil, takže se to pak natahovalo, ted'ko bylo další to soudní jednání už s Prahou 8, která tam ani nebyla ani o něm neví. A Lád'a taky se neúčastnil, protože volal hodinku před tím, že mu je špatně.

M: A můžu se ještě zeptat na základě čeho, nebo proč, jaký jsou ty důvody toho omezení podle tý mámy?

J: To, že po něm už asi pětkrát vyhlásili celostátní pátrání, že nevěděli kde je, byl nezvěstný, stávalo se to, že prostě zmizel a potuloval se po Praze, střídal před tím různé azyláky, byl i na Skloněný chvíli. Prostě tak, vždy se to opakovalo hospitalizace, pak byl nezvěstný někde a takový to, báli se o něho ty rodiče no tak.

M: Tak, že ne třeba z důvodu, že by neuměl nakládat s penězma nebo, protože to je takovej si říkám víš důvod, že se nehlásí rodičům, vždyť je mu třicet nebo?

J: No, ale jakože o něm nikdo nic nevěděl, a možná spíš, ted'ko nevím jak je to s těmi penězi, no ale jakoby si nadělal dost dluhů no.

M: *A kolik mu je teda let?*

J: *Osmdesátej šestej ročník, to je, počkej, já jsem osmdesát devět, a je mi třicet dva, on je osmdesát šest, to je o čtyři roky víc, třicet šest.*

M: *Jo, hm. Tak to už je docela starej vlastně.* J: *No a vlastně v plánu bylo i zažádat o sociální byt, to i podával s Rózou žádost na prahu 8, kterou zamítli, takže pak bylo v plánu vlastně podat na magistrát na ten sociální byt což se nekonalo, protože nás od toho nějak odradili na tý dvacítce, že máme počkat prostě na opatrovníka a nic neřešit, pak vlastně padnul návrh ze strany oddělení o tom chráněným bydlení, nejdřív Láďa říkal, že jo, že si tam i jako zavolá, pak vlastně říkal, že nechce, proč nechce vlastně, říkal, že nechce mít organizovaný život, že proto mu vyhovovaly spíš ty azyláky a ubytovny.* M: *A co je to co, když s ním jako mluvíš, co je to co, jakej, jak von si představuje svůj život?* J: *No on o tom, na téma bydlení a tadyty věci on o tom strašně nerad mluví, nebo vždy to zahrá tak nějak do autu.*

M: *Ale ten sociální byt by asi bral ne? To nevíš? To netušíš.*

J: *Jako nebavil se o tom nikdy, když ten nápad tam byl, i když Róza s ním vlastně ty žádosti podá val, tak vlastně Róza říkala, že on souhlasí vlastně se vším, co mu třeba nabídla, ale reálně si to například nechtěl, na všechno odkýval, že jo, že určitě a tak, ale přitom to vlastně nebylo to jeho přání.*

M: *Takže nakonec to není podaný teda?*

J: *Není no, není. Teďko jako poslední co by on chtěl, co on říkal, je ten azylák nebo ubytovna. Že ten způsob vlastně života mu vyhovoval.*

M: *A na to by měl peníze? Nebo by žádal o doplatek třeba? Protože teďka jakoby má důchod a jiný příjmy?*

J: *Má i příspěvek na bydlení, který teďkon se asi bude rušit, protože se mu bude rušit i to trvalé bydlení, trvalé bydliště na Praze 8 se mu bude rušit.*

M: *Aha. A to je nějaká novinka ne?*

J: *Ne, vlastně on nechce být v tom bytě, tak rodiče už to nějak pochopili, že tam nebude a takže mu věci vystěhujou, bydliště mu tam zruší, takže bude mít bydliště té městské části Prahy 8.*

M: *Jo tak že se nezmění jakoby bydliště. Změní se jenom jakoby z bytu na úřad.*

J: *Bude Praha 8, no.*

M: *A úřad s tím souhlasí? To ještě se neví?*

J: *No já jsem to říkala té Kláře (opatrovnice z MČ Praha 8) tenkrát, tak nevím jako. To je blbý, že o něm nevěděli, to je zvláštní strašně.*

M: *to asi bych tipla, že je trošku chyba toho soudu, že vůbec neoslovil tu Prahu 8, nevím, těžko říct.*

J: *No a co se týče toho soudu opatrovnictví a tadytěch věcí, tak tam byl problém s tím, že fakt se celý ten proces vlekl hrozně dlouho a vlastně stále je Lád'a ve fázi, že je zbaven svéprávnosti a zároveň nemá opatrovníka, což je takový stav, že vlastně by to tak asi nemělo být.*

M: *A to ti ta Klára potvrdila?*

J: *Klára mi to vlastně vysvětlila tak, že ten rozsudek jako není právoplatný a že v podstatě když něco třeba Lád'a podepíše a způsobí mu to nějakou újmu, tak se to považuje za neplatný, ale když něco třeba podepíše v prospěch tak se to považuje za platný a že v podstatě by je kvazi svéprávný, tadytu informaci jsem předala na oddělení lékařce i sociální pracovníci, sociální pracovnice říkala, že si to ověří přímo na soudě, kde mi pak psala mail, že tam volala a že jí bylo sděleno, že rozsudek je platný a že je Lád'a omezen na svéprávnosti a že dočasně je opatrovníkem úřad městské části Prahy 8.*

M: *Který o tom, ovšem neví...*

J: *Který o tom ovšem neví, takže jsem psala, nejdřív jsem zkoušela volat, ale pak jsem psala Kláře a s touhle informací a pak nám vlastně psala mně i té sociální pracovníci mail, že si to taky zjišťovala na tom soudě, že nejdřív jí bylo*

něco řečeno, že má komunikovat přímo s tou soudkyní, ale že ta nevím jestli na to má jako čas, pak že kontaktovala tu procesní opatrovnici, která vše tak neurčitě, tam bylo napsáno, pravděpodobně a asi, no a dopadlo to tak, že teda by měli úřadu městské části zaslat potřebné doklady o opatrovnictví ohledně toho Ládi.

M: Dobře a teď teda je to jak? Vlastně tak nějak asi? Asi je omezen?

J: No, no je to tak teď kon co jsem pochopila, že je omezen a že má za něho rozhodovat úřad městské části Prahy 8. M: Dobře

J: Který potřebuje k tomu potřebné doklady, které mu zašle soud.

M: A ten soud na to nějak jako reagoval, že vlastně to... to nevíme vůbec?

J: S tou soudkyní, prostě zatím je nekontaktovala. Klára mi psala, že nám dá ještě vědět, když se doví něco víc. Mluvila s tou procesní opatrovnici no.

M: Jo a ty ses to vlastně, ty jsi vlastně, Róza Láďovi řekla, že není omezen ve svéprávnosti?

J: Ano M: Protože právě podle toho rozsudku to nějak asi vyhodnocovala?

J: to nevím, ale vím, že tenkrát to byl na tý dvacítce docela problém, nebo aspoň nám o tom říkala ta sociální, že vlastně my z cedezetka jsme Láďovi tvrdili, že je svéprávný a oni na oddělení sociální i lékaři tvrdili, že je nesvéprávný, takže byl Láďa takový naštvaný na ty lékaře a na to oddělení a oháněl se vlastně tím, že je svéprávný, že mu to tak tvrdíme i my a nakonec vlastně nějak nás z toho oddělení přesvědčili, že teda je omezen na tý svéprávnosti no už to bylo takový...

M: A ty jsi potom teda vlastně nějak ve fázi, kdy jsi zjistila, kdy sis chvíli myslela, že není omezený, tak jsi hodně jako přemýšlela, jestli mu to máš říct nebo nemáš říct? Jak to bylo?

J: No vlastně já jsem do tady toho celýho dostala nějak na konci ledna, jako já mám Láďu až od konce ledna a tam byl i strašný tlak jakoby i od těch rodičů, že pořád volali a taky se stěžovali na to opatrovnictví na ten soud, že

taky nevědí, jak to je, že to nemůže takto fungovat a tak. Počkej, na co si se ptala?

M: Já jsem se ptala na to, že jsi se pak dostala do fáze, že jsi se vlastně dozvěděla, že vlastně to není právně platný, že to nenabýlo právní moci ten rozsudek

J: Ano.

M: Takže Láďa vlastně omezený není, je to v řešení, ale zatím tím, že prostě zatím nemá opatrovníka, a prostě nedostalo se to k soudu, tak prostě není omezen.

J: Jo no, tak mi to bylo řečeno z toho úřadu městské části, takže v tu chvíli jsem vlastně nevěděla, nebo nebyla si jistá, jak to vlastně udělat, jestli to Láďovi říct nebo ne. Určitě je to něco co měl právo vědět, že se to týká vlastně jeho práv a na druhou stranu vlastně i na tom oddělení se stávalo to, že Láďa chtěl každý den jakoby nějaké peníze a chtěl si vybírat celý invalidní důchod, co by ho asi finančně nějak ohrozilo.

M: A zároveň už tam byly ty předchozí zkušenosti s tím, jak mu to řekla Róza.

J: Právě.

M: Omezenej, neomezenej a pak on byl vlastně naštvanej na ten personál, že jo a na nás jakoby ne.

J: Právě, takže tam hrozilo, že by se opakovala situace, že my cedezetko bysme mu zase říkali, že je svéprávný ale z oddělení by mu pořád říkali, že je nesvéprávný, takže vlastně já jsem to říkala tý lékařce ošetřující, která vlastně na to nijak nereagovala, jen řekla, že si dáme společnou schůzku v dubnu, takže pak jsem to volala ještě sociální pracovníci a ta pak mi vlastně řekla, že se ta informace k ní nedostala, ale že si to teda ověří na tom soudě.

M: Jo, takže to dilemma bylo hlavně o tom vlastně, jestli to říct Láďovi, když na to má právo, ale jsou tam ty rizika toho, von prostě bude si vybírat peníze,

bude se nějak chovat nezodpovědně, takže vlastně asi tam je ten důvod toho omezení, že s těma penězma, to má tak, to si i řekla, že si chce užívat života.

J: Nooo ty koncerty a tak, nechce mít organizovaný život, no a ještě mě napadlo, že máma o něm často mluvila, že má pomahačský syndrom, že vlastně poslední korunu by rozdal bezdomovcovi, poslední cigaretu by taky rozdal a tak, ale to o něm tak mluvila máma nevím.

M: Tak že ta jedna stránka byla, že jako ano, on na to má právo, ale prostě zároveň ho to ohrožuje v tom, že by byl bez peněz a zároveň to ohrožuje ty vztahy jakoby mezi oddělením a cedezetkem a Lád'ou, kterej by pak zase jakoby na ně mohl být víc naštvanej a mohl by nespolupracovat a takže, ty jsi se vlastně, v tu chvíli rozhodovala, že mu to neřekneš až na tý schůzce.

J: No, že mu to řeknu až na tý schůzce, nebo po tý schůzce s tou doktorkou. Ta schůzka proběhne, ale Lád'ovi to nejspíš neřeknu. Blbý je, že už jsem to řekla rodičům, je to zmatek.

M: Tak jim to prostě vysvětlíš, no, nic jiného nemůžeš dělat.