



**Iceland**   
**Liechtenstein**  
**Norway grants**

Brožura vznikla v rámci projektu „Promoting the practical implementation of Open Dialogues in the Czech Republic ((reg.č. EHP-BFNU-OVNKM-2-074-01-2019)“  
Podpořeno z Fondu pro bilaterální vztahy v rámci Fondů EHP a Norska 2014-2021  
[www.eeagrants.cz](http://www.eeagrants.cz)

# OTEVŘENÝ DIALOG V PRAXI II

## Obsah:

1. **ÚVOD** (Lenka Turková, Ondrej Žiak)
2. **OD MINULOSTI K SOUČASNOSTI** (Lenka Turková)
3. **ÚVODNÍ PŘEDNÁŠKA NA WORKSHOPU Praktická implementace Otevřeného dialogu v ČR** (Jeseník, březen 2021, Mark Hopfenbeck)
4. **OTEVŘENÝ DIALOG JAKO ZPŮSOB ORGANIZACE POMOCI ČLOVĚKU V AKUTNÍ PSYCHOTICKÉ KRIZI: Kazuistika praxe otevřeného dialogu v multidisciplinárním terénním týmu Zahrada 2000** (Ondrej Žiak, Lenka Turková)
5. **VYTVÁŘENÍ SOUCITNÝCH KOMUNIT: Přednáška na workshopu Praktická implementace Otevřeného dialogu v ČR** (Jeseník, březen 2021, Mark Hopfenbeck)
6. **INSPIRACE: Recovery housing / Housing first**
7. **BIBLIOGRAFIE**

## 1. ÚVOD (Lenka Turková, Ondrej Žiak)

Od vydání první publikace „Otevřený dialog v praxi“ uplynuly 4 roky. Když se ohlédneme nazpět, byly to čtyři roky docela tvrdé, ale zároveň velmi radostné a tvořivé práce. Rádi bychom se s vámi nyní podělili o zkušenost, jak se nám podařilo implementovat Otevřený dialog do praxe Zahrady 2000.

To, co nám přijde na Otevřeném dialogu jakožto metodě cenné a zároveň náročné, je jeho tvárnost. Metoda nám poskytuje všeobecný rámec, ve kterém se pohybujeme. Jde o určité hranice, které, pokud chceme vytvářet prostředí vhodné pro dialog, bychom neměli překračovat (nebo alespoň ne tak často). Tento rámec, který se promítá do principů Otevřeného dialogu, je založený na hluboce přirozených a lidských hodnotách, jako je rovnost, zodpovědnost, oceňování rozdílností, trpělivost, respekt, poctivost a skutečný zájem. Jsou to hodnoty blízké většině z nás na hlubší, možná až existenciální úrovni. Nejde ale o žádnou rigidní strukturu. Právě naopak. Subjektivita a diverzita pohledů zde není odsuzována jako něco méněcenného či překážejícího. Naopak, vysoce se cení a využívá se jako základní ingredience.

Pro nás je v tom jistá přitažlivost, spojená s pocitem účasti na něčem organickém, tvořivém a různorodém. Tyto kvality se nás dotýkají právě tím, že jsou blízké životu v jeho biologickém, ale i společenském významu. Na druhou stranu, tato „organicita“ přináší mnoho výzev. Občas se může zdát, že by bylo lepší dostat přesný návod, jak praktikovat Otevřený dialog. V časech nejistoty, skepse a dilemat, které jsou naší přirozenou součástí nejen v oblasti klinické praxe, se moci opřít o doporučené návody či postupy. Již samotný proces vzdělávání v Otevřeném dialogu je koncipovaný tak, že člověk musí hledat odpovědi sám v sobě a už od počátku je nucen přispívat k porozumění toho, co znamená Otevřený dialog, jak to souvisí s jeho hodnotami, jak rozumí jednotlivým slovům a jaký význam to má v jeho vlastní praxi, v jeho jedinečném přístupu a v jeho vlastním životě. Takový přístup od nás vyžaduje osobní účast. Do každé intervence vstupujeme se svými jedinečnými zkušenostmi, vědomostmi a pohledem na svět. Proto je každý Otevřený dialog jedinečný a různorodý v závislosti na tom, kdo se jej účastní (a to platí nejen pro klienty, ale i jejich rodiny a také pro nás profesionály). Pracovat s takovým přístupem, který na nás klade vysoké osobnostní a hodnotové nároky, ale zároveň nám dává prostor a příležitost být sám sebou a podílet se na tom, jak tento přístup vypadá, má ještě jednu „nevýhodu“. A tou je zodpovědnost. Ať už osobní, nebo týmovou. Jdeme s kůží na trh, jsme subjektivní a autentičtí. Vstupujeme do vztahů a interakcí s klienty nejen jako profesionálové s profesními vědomostmi či jako členové nějaké organizace nebo vykonavatelé metody s profesním přístupem, ale v první řadě jako lidé s konkrétními životními zkušenostmi, vlastními postoji, hodnotami a vlastnostmi. Také jsme spoluvůrci služby, kterou poskytujeme. V důsledku toho se před klientem ani sami před sebou nemůžeme schovat za instituci či metodu nebo jinou autoritu, ale přebíráme osobní zodpovědnost za každé své jednání a rozhodování. Zdá se, že takový přístup je léčivý, zplnomocňující, ale zároveň náročný a vyžadující od nás neustálou sebereflexi a sebepoznávání. Poznávání vlastních možností,

zdrojů, limitů a oblastí, na kterých je nutné pracovat. A jak jsme zmínili výše, děje se to nejen na úrovni osobní, týmové, ale také z pozice celé organizace, ve které pracujeme.

Pokud na dialog nazíráme jako na nikdy nekončící tvořivý proces vzájemného porozumění, které se vyvíjí s každým dalším setkáním a přispěním každého dalšího hlasu, pak i rozvoj Otevřeného dialogu a jeho praxe je proces tvořivý a nikdy nekončící. Od vzniku Otevřeného dialogu v osmdesátých letech ve finském Torniu se tato praxe neustále rozvíjela, integrovala do sebe další tvořivé přístupy, nechala se ovlivňovat a inspirovat dalšími koncepty a lidmi, kteří se na tomto rozvoji podíleli, účastnili se ho a stále účastní. Kromě toho tito lidé svou praxi refleктоvali, evaluovali a ptali se sami sebe a také těch, kterým Otevřený dialog poskytovali, co pomáhalo a co ne.

Občas zaznívají hlasy, že Otevřený dialog není přenositelný do našich poměrů, protože vznikl ve specifických geografických, kulturních, politických a společenských podmínkách, které jsou odlišné od těch našich. Myslíme si, že právě zaměření na různorodost a subjektivita, základ v přirozenosti a důraz na vlastní zodpovědnost a zdroje umožňují pravý opak. I proto považujeme Otevřený dialog za „regionální produkt“, který může vypadat v každém týmu trochu jinak. Je rozdíl, zda pracujeme v CDZ v Praze, s obrovskou hustotou obyvatelstva na malém území, nebo v terénním týmu v Jeseníku, kde se za klienty občas musíme prodírat přes zarostlé lesní cestičky někde na česko-polském pohraničí.

V každém případě finský model otevřeného dialogu již není ojedinělým příkladem praxe. Momentálně již existují týmy v newyorském Brooklynu či na Manhattanu, na předměstí Londýna, v izraelské psychiatrické nemocnici v Tel Avivu, v Japonsku, Itálii, Švédsku či Řecku, v Brně, na pražských sídlištích nebo v jescnických lesích.

V této publikaci bychom rádi popsali, kam jsme za těchto pár let ve vztahu k Otevřenému dialogu došli, co pro nás bylo největší výzvou a co nám pomáhalo. Zamysleme se nad některými pro nás důležitými momenty na této cestě. Nastíníme, jak vypadá praxe Otevřeného dialogu v Zahradě 2000 v současnosti a naši práci se pokusíme ukázat na příkladu kazuistiky. Přečíst si můžete také zkrácený přepis přednášek Marka Hopfenbecka (online workshop *Praktická implementace Otevřeného dialogu v ČR*, Jeseník, březen 2021), kde náš milý mentor reflektuje a hodnotí uplynulé čtyři roky naší spolupráce a dále hovoří o tom, jak vytvářet soucitné komunity. Na závěr se můžete nechat inspirovat článkem k tématu bydlení.

## 2. OD MINULOSTI K SOUČASNOSTI (Lenka Turková)

Organizace Zahrada 2000 vznikla v roce 1998, tedy v době, kdy se v ČR koncepce sociálních služeb teprve formovala a hledala si své cesty. Utvářela se na základě dvou hybných sil: výrazné potřeby jiného typu péče a podpory u lidí s duševním onemocněním, než jaký nabízel tradiční systém zdravotnické péče v devadesátých letech. Druhým impulzem byla touha na straně „odborníků“ po jiné praxi poskytování a organizování péče o duševně nemocné, než jaká byla v té době běžná a obvyklá. Tato oboustranná motivace a fakt, že organizace vznikala „zcdola“, jí umožnily zapustit pevné kořeny a dále na nich stavět.

Pro úspěšnou realizaci vize praktikovat Otevřený dialog v našem regionu sehrály důležitou roli určité faktory. Především to, že určité základy hodnot a principů blízké Otevřenému dialogu v oblasti péče o duševní zdraví byly položeny v organizaci již v minulosti. Tak jako strom vyrůstá z kořenů, tak i dlouholetá praxe v principech zotavení byla při zavádění Otevřeného dialogu v organizaci důležitá. Ve chvíli, kdy jsme začali praktikovat Otevřený dialog, měla Zahrada za sebou již dvacetiletou praxi založenou na principech transparentnosti, otevřené komunikace, všímatosti k pozitivnímu (práce založené na zdrojích). Usilovali jsme vždy také o žitý princip bezpodmínečné lásky a zároveň zodpovědnosti a zkompetentňování. Velká péče byla také průběžně věnována podpoře prvků svépomoci. Tyto principy vytváří bezpečný prostor a jsou také základními účinnými faktory zotavení. Jedná se o faktory, které ožívují vnitřní síly každého člověka. V této oblasti tedy implementace praxe a především hodnot OD do fungování organizace nebyla tak složitá.

Pro praktikování Otevřeného dialogu je významný fungující terénní tým, který je nositelem a realizátorem síťových setkání. Proto bylo velmi příznivé, že multidisciplinární terénní tým, který vznikl již v roce 2014, položil dobrý základ pro další rozvoj.

V čem jsme však předchozích 20 let nebyli zcela úspěšní, bylo zapojování sociální sítě klienta do procesu. V rámci podpory zplnomocňování klientů se někdy zdálo, že hlas rodinných příslušníků či někoho ze sítě je ten, který je odvádí od jejich přání a cílů nebo je někdy dokonce překážkou a ne zdrojem. A to se projevovalo zvláště v období krize. Pravděpodobně jsme v minulosti nedokázali vytvořit prostředí tak bezpečné a transparentní, aby tento proces mohl fungovat. V tomto aspektu se udála jedna z největších přelomových a transformačních proměn v naší praxi.

Díky Otevřenému dialogu a jeho principům se nám podařilo dosáhnout toho, aby rozhodování a plánování léčby byly skutečně společné činnosti, které zahrnují celou síť, tj. všechny, které sám klient považuje za důležité, kdy se všichni stávají „zmocnění“ k tomu vytvářet situaci nově, vzájemně si lépe porozumět a třeba i hledat společně řešení. Princip transparentnosti se podařilo díky nadšení týmu pro věc uvést do praxe skutečně důsledně. Pokud někdo z týmu „klopýtne“ a hovoří „o klientech bez nich“, dostane od někoho dalšího z týmu okamžitou zpětnou vazbu a podporu.

Dalším významným momentem, který při implementaci OD v Zahradě 2000 sehrál roli, je komplexnost služeb, která byla nastavena v Zahradě 2000 již dříve. Toto sice není podmínkou pro praktikování OD, ale jde o velmi významný faktor podpory v procesu zotavení. Domníváme se, že bez služeb následné péče, které jsou koncipovány v souladu s hodnotami a principy OD, by výsledky nebyly tak účinné a efektivní.

V Zahradě 2000 se služby následné péče vyvíjely postupně, tak jak bylo potřeba, až do dnešní podoby. Jedná se o podporu skrze celý proces zotavení. Od podpory v akutní krizi (multidisciplinární terénní tým), přes podporu sociální rehabilitace, přípravu na zaměstnání (sociálně terapeutické dílny), až po podporu bydlení a především zaměstnávání (zahrnující jak odbornou přípravu na zaměstnání, tak podporu v jejím průběhu). Z pohledu systému se v organizaci, jak se zdá, podařilo skloubit a vyladit oblast sociální a zdravotní (tj. registrované sociální služby a nestátní zdravotnické zařízení).

Díky tomuto ucelenému komplexu služeb můžeme účinně a efektivně reagovat na jednotlivé potřeby v různých fázích procesu zotavení.

V této oblasti byla pravděpodobně největší výzvou, se kterou jsme se potýkali, integrace Otevřeného dialogu do stávajícího systému a jeho propojení s registrovanými sociálními službami. Konkrétně to znamenalo implementovat Otevřený dialog skutečně do všech oblastí v organizaci, zabývat se např. otázkou, jak skloubit individuální plánování s principy OD. Velkým úkolem bylo transformovat metodické postupy tak, aby tuto implementaci skutečně zobrazily a zároveň byly pružné a funkční. Toto byl úkol snad nejtěžší. Nová podoba metodiky vznikala v průběhu 2 let a je živým dokumentem, který se může dle potřeby stále vyvíjet.

Významným momentem pro úspěšný rozvoj Otevřeného dialogu bylo rozhodnutí proškolení skutečně celý tým. Na první workshop navazoval roční výcvik, který byl formující pro vývoj celého týmu. Nebyla to jednoduchá cesta, někteří členové týmu byli názorově, filozoficky i duchovně na různých pozicích, učili se respektovat jeden druhého a nebyl to jednoduchý proces. Přesto bylo patrné, že výcvik v Otevřeném dialogu tým ovlivnil a zformoval. Domníváme se, že výcvik položil základ pro další práci a rozvoj této metody, a to nejen pro přímou práci s klienty, ale i pro rozvoj týmu a otevřené komunikace jako takové.

Postupně se síťová setkání stala běžnou součástí práce s klienty v krizi. V multidisciplinárním terénním týmu jsou síťová setkání hlavní platformou pro interakci s klientem a jeho sítí. Ale také práce mimo síťová setkání je v souladu s hlavními principy OD.

Několik lidí s vlastní zkušeností, se kterými v rámci Zahrady spolupracujeme, prošlo úspěšně ročním akreditovaným výcvikem. V naší organizaci má svépomoc dlouhou tradici a lidé s vlastní zkušeností jsou součástí multidisciplinárního týmu a účastní se síťových setkání jako facilitátoři. Na roli peera nepohlížíme jako na odbornost samu o sobě, ale na vlastní zkušenost s onemocněním pohlížíme dnes jako na jakousi „přidanou hodnotu“, kterou si člověk nese v „batohu svých zkušeností a dovedností“. Jde o součást životních zkušeností, něco, co obohatilo a zformovalo pracovníka jako člověka o specifickou zkušenost. Tuto zkušenost vnímáme jako přínos pro komunitu i pro konkrétní práci. Lidé s vlastní zkušeností jsou skutečnou součástí týmu, vlastní

zkušenost není něco, co člověka od týmu odděluje (a to ani negativně, ani pozitivně). Zapojení peerů bylo pro nás tedy velmi přirozenou záležitostí.

Již léta usilujeme o kolaborativní přístup v regionu. Daří se nám rozvíjet spolupráci mezi jednotlivými zainteresovanými složkami, jako je psychiatrická nemocnice, OSPOD, městský úřad, ambulantní psychiatrie ap. Spolupracujeme s psychiatrickou nemocnicí, kde klienty nadále doprovázíme i v průběhu hospitalizace a určitá forma síťových setkání může probíhat přímo na odděleních. Do prvního běhu ročního výcviku jsme přizvali také externí účastníky spolupracujících organizací v regionu a také Psychiatrické nemocnice Mariany Oranžské v Bílé Vodči. Někteří tito pracovníci tak mají sami zájem tuto spolupráci rozvíjet.

Nemalou měrou tomu přispěl také tzv. Regionální tým. Jedná se o setkání profesionálů a lidí, kteří se pravidelně setkávají s problematikou duševního zdraví v našem regionu. Regionální tým funguje již od roku 2014. Je to prostor pro vzdělávání, ale také forma dialogického setkání lidí z pomáhajících profesí v našem regionu, kde společně zjišťujeme, jak se navzájem propojit a najít skutečné regionální potřeby a možnosti.

Máme velkou radost, že můžeme nabyté zkušenosti předávat dále a podpořit tak zavádění OD v dalších týmech v ČR. Jednou z cest pro toto předávání je realizace ročního základního výcviku v OD. Máme za sebou tři kola základního výcviku OD (akreditace MPSV), čtvrté a páté kolo právě probíhá v Olomouci. Ve spolupráci s organizací Narativ se nám podařilo získat akreditaci pro pětiletý psychoterapeutický výcvik v Otevřeném dialogu (IPVZ).

Další platformou, kterou pro podporu a rozvoj OD nabízíme, jsou stáže, kratší edukativní aktivity a také supervize.

Pro dobrou praxi je důležité, aby se tým i nadále po ukončení základního výcviku vzdělával. Zdroje je potřeba často hledat uvnitř organizace. Jednou z možností, jak rozvíjet své schopnosti být „dialogický“ a praktikovat principy Otevřeného dialogu, jsou pro nás pravidelné intervize v duchu OD. Vzájemná podpora skrze pravidelné intervizní setkání v duchu OD se zdá být pro tým klíčová.

Intervize v duchu OD jsme zavedli velmi brzy poté, kdy tým začal praktikovat síťové setkání OD, a staly se jedním z nástrojů podpory a vzájemné pomoci mezi pracovníky. Multidisciplinární terénní tým tedy začíná svou práci každý běžný den intervizí v duchu OD, jejíž součástí je v úvodu tzv. „usebrání“. To vede k tréninku všímavosti, ke ztišení a naladění se jak na sebe navzájem, tak na kolegy v týmu. Díky pravidelným intervizím v duchu OD se mnohá témata stávají transparentní a řeší se následně tam, kde patří. Intervize také přispěly k tomu, že se v týmu daří nehovořit na poradách o klientech bez nich, s výjimkou koordinačních záležitostí.

Intervizí v duchu OD mohou využívat také další pracoviště Zahrady, včetně sociálních podniků. Stále se učíme a objevujeme nové cesty a učíme se kultivovat hodnoty, o kterých mluvíme. Jak jsme zjistili, intervize mohou také posílit týmovou spolupráci, otevřenou a transparentní komunikaci mezi pracovníky tím, že se lidé učí jeden druhému skutečně naslouchat, rozvíjet soucit, a tím i porozumění a schopnost vidět situaci očima toho druhého. Pro tým to otevírá perspektivy a nové pohledy na věc, stejně jako je to při síťovém setkání s rodinami. Každý z nás někdy zažil, že se v



rámci pracovních vztahů cítil nepochopený či zraněný nebo plný emocí po náročném setkání s klienty. Intervize v duchu OD nám poskytla prostor navzájem se ošetřit, postarat se jeden o druhého. Pravdou je, že kultivovat komunikaci tak, že nehovoříme o klientech, ale o svých pocitech a emocích, nám dalo určitou práci. Skrze vlastní a často bolestnou zkušenost jsme například postupně přicházeli na to, jak je důležité nemluvit o lidech (kolezích), kteří nejsou přítomni.

Dalším důležitým zdrojem seberozvoje je také praktikování reflexí po síťovém setkání. Dvojice facilitátorů se může navzájem inspirovat, přicházet na nové postřehy, dát si navzájem zpětnou vazbu a ověřit si, nakolik se dařilo uplatnit nejdůležitější principy při práci s klienty. Pro lepší reflexi jsme vytvořili evaluační dotazník, kde facilitátoři mohou reflektovat, nakolik se jim dařilo držet základní principy v průběhu síťových setkání.

Vzhledem k potřebě evaluace naší práce jsme se také zapojili do mezinárodního výzkumu HOPEnDialogue, který mapuje týmy OD po celém světě.

Prvky edukace mohou mít také vzájemné stáže mezi organizacemi praktikujícími Otevřený dialog. Věřím, že náš tým se vzdělává také v situacích, kdy provází stážisty, kteří přicházejí na krátké návštěvy a účastní se jak intervizí, tak síťových setkání. Reflexe procesu jsou vždy přínosné oboustranně. Potenciál pro další vzdělávání týmu mají také nahrávky, které pravidelně se souhlasem klientů pořizujeme. Lze se k nim vracet, reflektovat a učit se vzájemně.

Seberozvoj a sebevzdělávání je proces, který nikdy nekončí. V Otevřeném dialogu jsme hlavním nástrojem my sami. Proto vlastní rozvoj, ať již po stránce dovedností, ale především v oblasti vlastní moudrosti, je klíčový. Vyžaduje to ale velkou motivaci každého člena týmu.

Při zavádění OD do praxe organizace pro nás byla velmi důležitá supervize. Proto naše poděkování patří našim milým kolegům z Norska Pii a Riulfovi, kteří nám supervizní podporu poskytovali a poskytují.

Cítíme, že Otevřený dialog je tím, co je našemu srdci blízké a co nám umožňuje rozvíjet systém péče o duševní zdraví efektivním a smysluplným způsobem.

Zcela klíčová však pro nás byla podpora Marka Hopfenbecka a jeho ocenění, že naše práce má smysl, že je v pořádku postupovat krok po kroku. A že není potřeba realizovat vše najednou.

V následující kapitole nabízíme přepis úvodní přednášky Marka Hopfenbecka, který je zaměřen na rekapitulaci posledních 4 let spolupráce (online workshop *Praktická implementace Otevřeného dialogu v ČR*, Jeseník, březen 2021), abyste mohli zažít spolu s námi, jak může být podpůrné, když organizace má svého mentora.

### **3. ÚVODNÍ PŘEDNÁŠKA NA WORKSHOPU Praktická implementace Otevřeného dialogu v ČR (Jeseník, březen 2021, Mark Hopfenbeck)**

Nejsem si úplně jistý, jestli vám dokážu předat, jak úžasná zkušenost pro mě ty poslední 4 roky byly, ale rád bych s vámi sdílel některé ze svých myšlenek. Byl to úžasný proces, který jsem mohl se ZHRADOU prožít.

Myslím, že to byl únor 2017, kdy mě poprvé ZHRADA kontaktovala s žádostí o uspořádání pětidenního workshopu. Tehdy se mnou přijeli také Merete, Kristin, Pia, Riulf a Anna Margrete. Pro všechny z nás to byla úžasná zkušenost. Pro mě to bylo poprvé, kdy jsem navštívil Českou republiku. Přijít do ZHRADY pro mě bylo jako přijít domů. Bylo to místo plné lásky a porozumění. Myslím si, že to, čím ZHRADA je a že funguje tak dobře společně s OD, je právě proto, kým už byli lidé ze ZHRADY, než začali s OD. Merete, Kristin a Margrete se snažily inspirovat, ale my sami jsme byli také inspirováni lidmi, které jsme potkali. Dali jsme tenkrát dohromady nějaká videa, která jsou stále na dostupná na YouTube. Bylo pro mě opravdu zajímavé si je zpětně prohlédnout, přenést se v čase a znovu nasát tu inspiraci a atmosféru, kterou jsme tehdy prožívali.

Netrvalo dlouho, než Standa s Lenkou vytvořili návrh na dvouletý projekt, na který se jim ve spolupráci s mou domovskou univerzitou podařilo získat finanční prostředky. Jedna z věcí, která mě vždy inspirovala na práci Standy a Lenky, je, že mají velké vize a spoustu nápadů. Takže několik klíčových aktivit bylo to, co chtěli realizovat během těchto devíti let: vytvoření metodiky, výcvik v Otevřeném dialogu, práce s klienty v organizaci, vnesení principu OD do managementu.

Jestli z tohoto plyne nějaké poučení, které si člověk může odnést, je to fakt, že se člověk nesmí bát, musí mít velké cíle a být vizionářem. Jednou z výzev bylo vytvoření nové metodologie a výcvik pracovníků v organizaci, která již měla nějaký zaběhnutý způsob fungování. To, co bylo skutečně náročné, byla integrace Otevřeného dialogu do již fungujících služeb, kde se kombinovala sociální práce, psychosociální terapie, přístup CARE a již existující FACT team.

Jedna z klíčových aktivit byla rozvoj týmu, ať už skrze výcvik, nebo intervizi jednotlivých členů mezi sebou. Já pracuji s několika týmy po celém světě, v nichž se snaží implementovat Otevřený dialog. To, co je k tomu především potřeba, je kombinace oné obrovské statečné vize, ale také skromnosti, se kterou můžeme následně nabídnout služby ostatním lidem. Myslím si, že jedna z věcí, ve kterých ZHRADA vždy excelovala, bylo vytváření jak regionálních, tak národních a

mezinárodních sítí spolupráce. Když jsem poprvé přijel do ZAHRADY, tak jsem se setkal s regionálním týmem. Také kooperace mezi ZAHRADOU a týmem NARATIVU je jedinečná. Trvajícím spolupráce jak s univerzitami, tak také směrem do Polska, Norska, Anglie a Finska nám umožnila mnoho věcí, které by jinak nešly. Jsou opravdu jediná skupina, které se podařilo vytvořit 5letý komplexní výcvikový program založený na finském modelu. Já vím, kolik práce za tím vším je, a přeji celému týmu hodně úspěchů.

Hodně organizací se při snaze implementovat OD zaměřuje na výcvik týmu. Týmy samy o sobě existují v širším organizačním kontextu. Jediný způsob, jak může OD skutečně fungovat, je jeho realizace v „dialogické“ organizaci. Velmi mě inspirovalo, že v ZAHRADĚ již od začátku používají principy OD jak v praxi, tak v samotné filozofii řízení organizace. Nikdo by si neměl myslet, že se v praxi jedná o něco jednoduchého. Jsou to roky těžké práce, kdy se o tento cíl snažili a nevzdávali se. Součástí a jedním ze stavebních kamenů této praxe je zapojení peerů a expertů se zkušenostmi. Uvnitř OD podporovaného peeru si myslíme, že je to velmi důležitý aspekt. Nejen, že OD a jeho principy implementovali ve svém týmu i v organizaci, ale rovněž v celé oblasti sociálních služeb, sociální rehabilitace a chráněného zaměstnávání. Dlouhodobě se tak snažili o kvalitu a zlepšení v daných oblastech.

Další z úžasných aspektů, který vnímám u ZAHRADY, je snaha stále inovovat a učit se nové věci. Jsou rovněž schopni se dívat směrem k Evropě a požádat o podporu zvnějšku. Zároveň mají stále v patrnosti důležitost neustálého zdokonalování týmu, jeho další výcvik a intervize. Myslím, že pro ZAHRADU je dialog způsobem života.

Víme, že život sám o sobě je někdy neuspořádaný, není jednoduchý. Myslím si, že ani pro ZAHRADU to nebude vždy jednoduché. Ale nejsou v tom sami. Na světě jsou i další, kteří se snaží o změnu jako ZAHRADA. Myslím, že my všichni tady se můžeme shodnout na důležitosti výzkumu. Část toho, čemu se v Anglii věnují, je podíl na výzkumu v rámci projektu „ODDESSI“. Je to výzkumný projekt, který je v podstatě první randomizovanou studií OD na světě. Jedním z cílů tohoto projektu je snaha vytvořit vědeckou evidenci o tom, že OD skutečně v praxi funguje. Začalo to zhruba ve stejné době, jako jsem se seznámil se ZAHRADOU, a některé procesy jsou velice podobné tomu, čím v té době prošla i sama ZAHRADA.

Museli jsme vytvořit protokol o tom, jak implementovat OD v praxi. Část práce byla věnována také zkoumání klinické a finanční efektivity OD. Museli jsme se tedy ptát nejen, jestli to funguje, ale také na to, jestli je to levnější než jiné formy léčby. Také jsme zkoumali to, jakých organizačních změn je při implementaci OD potřeba, a zároveň jsme se snažili porozumět klientům a inspirovat se

ze zkušeností ze sítí OD. Jedna z nejdůležitějších věcí v rámci OD byla tedy dát větší prostor peerům.

Vytvořili jsme tedy velký mezinárodní projekt, který se jmenuje Projekt Otevřeného dialogu. K čemu jsme se dostali, bylo to, že musíme měřit adhezenci a věrnost k principům Otevřeného dialogu. Adherence a věrnost principům OD nám pomáhají při výcviku, ale také nám umožňují zjistit, jestli to, co děláme, je opravdu OD. Je to praktický a pragmatický způsob, jak operacionalizovat to, co děláme. Co se týče měření adhezence, tak je založená na klíčových principech OD. Na základě toho jsme pak vytvořili manuál hodnocení adhezence OD. Jedním z důvodů byla také snaha zjistit, zda a jak OD může být přenosný do dalších zdravotnických systémů.

Překvapující bylo, že ačkoliv metoda OD existuje již přes 30 let, ve skutečnosti nebyla na mnoha místech na světě stále zavedena do praxe. Dokonce by se dalo říci, že ZAHRAHA je jedna z organizací, která se v implementaci OD dostala nejdál. Zjistili jsme, že pokud chceme usilovat o to, aby se OD implementoval na více místech, je třeba velké podpory. Raffaella Pocabelo v Italské radě pro výzkum spolu s dalšími kolegy požádali o mezinárodní finanční podporu, aby mohli vytvořit mezinárodní síť OD. Aktuálně tedy již skutečně existuje síť mezinárodní spolupráce v OD. Je úžasné si uvědomit, že ZAHRAHA před třemi lety sotva začínala s Otevřeným dialogem, zatímco dnes je jednou z předních organizací svého typu v celosvětovém měřítku. Doufám, že budou svou práci prezentovat rovněž na 3. mezinárodním sympoziu OD.

Závěrem bych chtěl říci, že celý tento proces není rozhodně snadný. Ale jak říkal C. S. LEWIS, který žil v Oxfordu: „*Těžkosti často připravují běžné lidi na mimořádný osud.*“ Jak v ZAHRAHĚ, tak v samotné České republice jsem potkal mimořádné lidi. Dovolte mi za celou mezinárodní komunitu, abych vám poděkoval za vaši práci, kterou děláte. Myslím si, že jste inspirací pro zbytek světa.

## **4. OTEVŘENÝ DIALOG JAKO ZPŮSOB ORGANIZACE POMOCI ČLOVĚKU V AKUTNÍ PSYCHOTICKÉ KRIZI: Kazuistika praxe otevřeného dialogu v multidisciplinárním terénním týmu Zahrada 2000 (Ondrej Žiak, Lenka Turková)**

### **Úvod:**

Otevřený dialog je komplexní přístup v oblasti psychiatrické a psychosociální komunitní péče, založený na konceptu Zotavení (Razzaque & Stocmann, 2016). Tento přístup původně vznikl v psychiatrické nemocnici Korepudas ve finském Torniu v týmu okolo Jaakka Seikkuly hlavně jako velice efektivní způsob pomoci lidem v akutní psychotické krizi (Aaltonen J., Seikkula, J., & Lehtinen, 2011). Od svých počátků v 80. letech se dnes už rozšířil do mnohých dalších zemí a kontextů. Otevřený dialog je integrativní model péče, který vychází z kolaborativních přístupů a přístupů přizpůsobených potřebám klienta, obohacených o dialogickou praxi, teorii sociálního konstruktivismu a postupy rodinné terapie (Seikkula, Aaltonen, Alakarc, Haarakangas, & al, 2006). Přístup Otevřeného dialogu se tak dá zjednodušeně rozdělit na: *a) Způsob organizace péče* kolem člověka v krizi založený na zapojení celé sociální sítě od prvních chvil, dále na flexibilitě a odpovědnosti multidisciplinárních týmů, jejichž nedílnou součástí jsou také lidé s vlastní zkušeností, tzv. peer pracovníci. *b) Specifický způsob dialogické konverzace* v tzv. léčebných síťových setkáních, která jsou založena na vzájemném respektu, naslouchání a rovnocenných vztazích, kdy profesionálové nejsou experti na život, ale jen na oblast své profese (Seikkula a další, 2003). Jakákoliv rozhodnutí a plánování péče se dělají společně za účasti člověka v centru zájmu a jeho sítě. V dialogickém rozhovoru se podporuje to, aby zazněly hlasy všech účastníků, mnohdy i protichůdné. Tento princip se nazývá polyfonie a je velice důležitý pro hledání nových významů a vzájemného porozumění, což je jedním z hlavních cílů dialogické praxe. K tomu napomáhá i snaha o používání jazyka sítě, což minimalizuje vnášení našich interpretací a hodnocení spojených s klinickým jazykem, který je častokrát pro rodinu matoucí a nesrozumitelný. Porozumění je tak společné a vychází z toho, co dává smysl celé síti. Důraz se také klade na toleranci nejistoty, která je nevyhnutelnou součástí komplexních krizových situací, kde zjednodušené a zkratkovité vysvětlení a jednání může vést ke značné redukci různorodosti faktorů a zdrojů pomoci na cestě k

zotavení. Hledání a vytváření společného porozumění může mít za následek objevení nových řešení a zdrojů na cestě k zotavení a výrazně podporuje zplnomocňování a samostatnost jak klienta, tak jeho síť. Teoretické aspekty a klíčové prvky (viz tab. 1 a 2) praxe Otevřeného dialogu byly podrobně rozebrány v Olson, Seikkula & Ziedonis, 2014.

Počáteční důkazy z Finska naznačují, že OD je efektivní ve snížení dnů hospitalizace a v míře zotavení: přibližně 80% pacientů se zotavilo z poruch schizofrenního spektra a mohlo se vrátit do zaměstnání nebo studia na plný úvazek a výsledky se ukázaly být dlouhodobě stabilní. (Aaltonen, Seikkula, & Lehtinen, 2011; Bergström et al., 2017; Seikkula, Alakare, & Aaltonen, 2011)

Zkušenosti týmů využívajících přístup Otevřeného dialogu navíc ukázaly, že tato praxe vede k nižší poptávce po službách a ke snížení takzvané závislosti na službách (Razzaque, 2019). Ve výsledku může být Otevřený dialog ideální inspirací pro rozvoj komunitní psychiatrické a psychosociální péče.

Úlohou facilitátorů při práci metodou OD je vytvořit bezpečný prostor pro dialog, ve kterém vzniká nové porozumění jako společně sdílená zkušenost, která se odchrává teď a tady. K tomuto porozumění přispíváme všichni zúčastnění, každý svým jedinečným způsobem. Klienti a rodiny svými příběhy (ale nejen těmi), my vytvořením bezpečného prostoru, kde si vzájemně nasloucháme, dbáme na to, aby každý hlas mohl zaznít. To se nám daří, pokud uplatňujeme určité principy, které jsou postaveny na hodnotách, jako je rovnost, otevřenost, transparentnost a zodpovědnost.

*„Model Otevřeného dialogu je ideální jako krizová intervence a velmi pravděpodobně povede k lepšímu zachování a rychlému návratu sociálních rolí klientů v psychosociální krizi, ke snížení chronifikace, k podpoře skutečného informovaného souhlasu, společného plánování léčby a sdíleného rozhodování, ke zplnomocňování klientů a k lepší spokojenosti uživatelů služeb. Je to určitě model péče, který bych chtěl pro sebe nebo mé drahé.“ (Chris Gordon, docent psychiatrie na harvardské lékařské fakultě, 2019).*

Ve své nejhlubší podstatě jde o to, aby láska v rodinách a v mezilidských vztazích, často přiškrcená, zapomenutá nebo kvůli opakovaným nedorozuměním a zraňováním potlačena, mohla znovu proudit. Nejčastěji se to děje právě skrze společně sdílenou zkušenost, hledání společného porozumění v jazyku, nacházení empatie pro sebe navzájem – tj. ochoty podívat se na situaci druhého člověka jeho očima, z nového úhlu pohledu.

Velkou výhodou metody OD je to, že tyto velmi přirozené a hluboké lidské hodnoty, které jsou také společné různým terapeutickým přístupům a také kvalitním mezilidským vztahům, jsou dobře metodicky zpracované a prozkoumané. K tomuto tématu již bylo napsáno mnoho kvalitních textů, které popisují teoretický rámec Otevřeného dialogu. Například článek 12 klíčových prvků OD (M. Olson, D. Zidonis) pojednává o klíčových prvcích Otevřeného dialogu. Tento článek popisuje

organizační a terapeutické aspekty tohoto přístupu, které jsou dobrým vodítkem při zavádění praxe OD a také dobrým vodítkem pro evaluaci vlastní práce

V následující kazuistice se pokusíme představit některé principy Otevřeného dialogu na příkladu z vlastní praxe. V Žádném případě nejde o objektivní hodnocení procesu zotavení klienta. Jedná se o náš pohled na to, kde se objevují prvky Otevřeného dialogu, v čem vidíme jejich význam, na co se zaměřujeme a jak jednotlivé prvky chápeme v praxi. Neznamená to ale, že co se nám jeví jako důležité, je stejně důležité pro klienta a pro jeho síť na jejich cestě k zotavení. Zkušenosti nás učí, že ty nejdůležitější věci se odchrávají v mezidobí mezi jednotlivými setkáními. A k nim my pracovníci častokrát nemáme žádný přístup.

V praxi, když probíhá síťové setkání OD, jsou většinou přítomny všechny prvky, principy a ingredience, důležité pro Otevřený dialog. V uvedené kazuistice se pokoušíme vyzdvihnout a ukázat příklad zejména organizačních aspektů OD. Princip polyfonie jsme se snažili využít i při psaní této kapitoly. Hlas profesionála reprezentuje reflexe pracovníka OD týmu, která je doplněná zcela jedinečným hlasem samotné klientky a její rodiny. Věříme že oba hlasy jsou v popisu praxe OD stejně důležité.

## **Průběh akutní psychotické krize a role multidisciplinárního terénního týmu z pohledu klienta a klinického pracovníka:**

### **Zuzanin příběh**

Zuzana je mladá třicetiletá žena. Žije sama v domě v malém městě. Pracuje ve svém oboru. Je zaměstnaná v sociálním podniku na chráněném pracovním místě v šicí dílně jako švadlena. Má přítele, který žije v jiném městě. Spolu plánují budoucnost, společné bydlení. Její rodiče jsou rozvedení. S otcem má dobrý vztah, jsou v pravidelném kontaktu. S matkou víceméně spíše telefonicky. Má ještě bratra, který žije v zahraničí, a babičku, která bydlí nedaleko a se kterou často se vidají.

*„Ahoj, jmenuji se Zuzana a mám schizoafektivní poruchu, smíšený typ. Jak jsem se k takové diagnóze dostala? Celý život jsem si jako malá myslela, že máme krásnou rodinu, že vše je super, neměla jsem žádné pochyby o sobě, věřila jsem si, byla jsem cílevědomá, sportovala jsem, na různé soutěže jsem se hlásila. Ale postupem času, jak jsem byla starší a starší, uvědomila jsem si, že moje rodina se rozpadá... A najednou se mi zhroutil celý svět (to byl můj pocit). Jako malá jsem hodně trpěla úzkostmi, byla jsem ve strachu, co se zase doma bude dít a tak...“*

Zuzana má za sebou dvě nedobrovolné akutní hospitalizace před 14 a 7 lety. Obě v akutní psychotické krizi. Během druhé hospitalizace dostávala silnou antipsychotickou medikaci a 7x

ECT. Zuzana i její rodina na hospitalizace neradi vzpomínají, z toho období si sama pamatuje jen málo. Společně to hodnotí jako velmi těžkou zkušenost a do budoucna by se hospitalizacím rádi vyhnuli.

*„Moje první ataka byla roku 2004, kdy mi nebylo ani 18 let. Projevovalo se to tak, že jsem měla pocit, že se na mě každý dívá, strachy, úzkosti, deprese. Z nemocnice si toho moc nepamatuju. Nevím, možná léky... Po tříměsíční hospitalizaci mě propustili stabilizovanou. Po 7 letech přišla další ataka. Já jsem zkoušela vysazovat léky, ale nějak se mi to vymklo kontrole a já přišla do mánie, nechtěla jsem brát léky, zhubla jsem na neuvěřitelných 39 kg, takže to tomu taky nepřidalo. Měla jsem nějaké bludy a halucinace. Přijela pro mě sanitka, ale já jsem s nimi nechtěla jít, ani policie nepomohla. Nakonec mě ukecal taťka. Měla jsem 7krát elektrošoky, takže taky jsem hodně věcí, co se děly, zapomněla.“*

Od poslední hospitalizace uběhlo asi 7 let. Během této doby nebyla v závažnější krizi, která by vyžadovala akutní péči. S ambulantním psychiatrem má dobrou spolupráci, dlouhodobě má nastavenou kombinaci psychofarmak (viz tab. níže). V tomto období je také klientkou sociálně rehabilitačního centra, kde čerpá už jenom minimální podporu v rámci benefitů při zaměstnání na chráněném pracovišti. Například formou účasti na pravidelných podpůrných skupinách.

#### ***Jak to celé začalo:***

Zuzana se dostává do krize poté, co měla na pracovišti konflikt se svou kolegyní, která byla zároveň její dlouholetá kamarádka. Tento konflikt trvá několik dnů a okolí si všímá, že asi 2 týdny se Zuzana nemá úplně dobře.

*„Jednoho dne v práci se to nějak semlelo, že jsem se něco dozvěděla, co mě dostalo znovu do dětství, a já se opět sesypala, až to došlo k bludům a halucinacím, ale takovým, že jsem měla strach, že mě někdo chce zabít. Bylo to hrozné, myslela jsem, že budu potřebovat ochranku. Všechno, co se dělo, na sebe nějakým způsobem navazovalo, až mě to děsilo.“*

#### ***Okamžitá odezva a pomoc jako první krok v navázání spolupráce v krizové situaci:***

V souvislosti s tímto konfliktem, na žádost vedoucí dílny, přijíždí ředitel organizace za Zuzanou. Společně si sedli a celou věc v klidu probrali. Shodli se na tom, že Zuzana nyní není schopná práce a zítra navštíví sociálně rehabilitační centrum. Protože se ke konci druhého dne stav Zuzany zhoršil a podle Zuzany byl ředitel jedinou osobou, které věří, dohodli se, že Zuzanu zaveze domů pro léky a následující noc přespí u kamarádky. Zároveň byl s jejím souhlasem kontaktován multidisciplinární terénní tým. Zuzana měla velký strach z hospitalizace a velké přání se jí vyhnout.



*„V té nejhorší situaci mě zachránil sám pan ředitel (zaměstnavatel), který přijel na mé požádání. Přijel za mnou do práce a z práce jsme šli na kafe si popovídat. Už nevím přesně, co jsem vše povídala, ale vyslechl mě. Nic mi nevyvracel, jen byl se mnou, a to jsem potřebovala v tu chvíli nejvíc.“*

Následující den se se Zuzanou kontaktují dva pracovníci multidisciplinárního terénního týmu, psychiatr a pracovnice v sociálních službách, která měla se Zuzanou v minulosti dobrý vztah. Potkáváme se přímo v denním stacionáři. Zuzana je velice vystrašená. Má strach, že se něco děje, že na ni všichni koukají a mají něco proti ní. Těžko formuluje věty. Opakovaně se rozhlíží kolem sebe. Mluví o obrovských obavách o svou rodinu, má obavy o jejich životy. Mnoho času trávíme nasloucháním toho, co se nám snaží sdělit. Později se jí ptáme, s čím bychom jí mohli pomoci. Ptáme se také na to, koho bychom mohli kontaktovat, kdo je pro ní teď důležitý. Kdo je její oporou. Mluví o příteli, který však bydlí daleko, dále o tatkově a babičce. Po chvíli jim telefonuje. Ptá se, jestli jim něco nehrozí. Telefonuje také se svojí matkou. Všechny ubezpečuje, že je v pořádku. Chtěli bychom si také promluvit s jejím otcem a případně s přítelem nebo babičkou, ale Zuzana nám nechce dát kontakt. Váhá, zda je to dobrý nápad.

Okamžitá pomoc je první z principů, na které navazují všechny ostatní. Na začátku je zmobilizovaná celá síť, všichni jsou ochotní se zapojit. Pokud se nám podaří včas reagovat, získáme tím šanci na zapojení vlastních zdrojů a na spolupráci od samého začátku. V Otevřeném dialogu znamená včasná odezva uskutečnit setkání ideálně do 24 hodin od prvního kontaktu, tak, jak se nám to podařilo v tomto případě.

### ***Tolerance nejistoty a trpělivost jako základní „dovednost“ v pomoci zaměřené na potřeby klienta***

Mluvíme spolu i o možnosti akutní hospitalizace. To striktně odmítá. Chtěla by ale zajít na kontrolu ke svému psychiatrovi, má pocit, že dnes měla jít na depotní injekci. Jdeme tedy společně za ním. Ten bohužel tento den neordinuje. Během cesty k psychiatrovi se cítí stále hůř. Bojí se kolemjdoucích lidí. Některé oslovuje a dává jim těžce srozumitelné otázky. V několika kolemjdoucích vidí podobu jejího zaměstnavatele a má tendenci s nimi něco řešit. Vracíme se do kanceláře našeho týmu. Tam Zuzana v konzultační místnosti oddychuje. Poslouchá relaxační hudbu. Pijeme čaj a střídavě má Zuzana potřebu s námi mluvit a být sama. Psychiatr se ptá na medikaci. S čím má Zuzana v krizových situacích dobré zkušenosti, co jí funguje. Nakonec se domlouvají na 1 tbl 0,25 mg Neurolu, který má předepsaný z psychiatrické ambulance a Zuzana s ním má dobré

zkušenosti, když je v tenzi. Po nějakém čase je již klidnější, nechvěje se. Když mluvíme pomalu a v klidu, jsme schopní se domlouvat.

Tolerance nejistoty je zcela zásadní dovednost v praxi OD. V komplexních krizových situacích nemusí být zřejmé, jaké řešení je nejlepší, a pracovníci jsou vedeni k tomu, aby byli schopni tolerovat nejistotu, neplánovat předem cíle a výstupy setkání a byli otevření možnostem a návrhům všech hlasů.

### ***Sociální síť klienta jako zásadní zdroj podpory a pomoci***

Zuzana nám postupně dává k telefonu svého přítele, otce a babičku. Partner je na cestě, ukázalo se, že byli domluvení, že dnes odpoledne stráví společně. Zuzana by chtěla čekat na partnera na autobusové stanici. Doprovázíme ji. Má obavy, že partner to nepochopí. Ještě nikdy ji v takovém stavu neviděl. Po jeho příjezdu Zuzana není schopná mluvit, ale snažíme se partnerovi vysvětlit, co se děje, a plánujeme další kroky. Domlouváme se, že je zavezeme domů. Otec a babička budou taky u Zuzany doma.

Doma se znovu o celé situaci bavíme. Hledáme možnosti pomoci, plánujeme další postup. Nakonec panuje shoda, že s hospitalizací nikdo nesouhlasí. Otec a přítel druhý den ráno navštíví se Zuzanou jejího ambulantního psychiatra. Domlouváme se, co dělat v případě, že by byla situace nezvládnutelná. Mají možnost zavolat terénní tým v rámci naší pracovní doby. Mimo to záchranku. Doprovod k psychiatrovi nechtějí, rádi by to zkusili sami a ozvali se v případě, že by si nevěděli rady.

Perspektiva sociálního kontextu člověka v centru zájmu je jedním z hlavních účinných faktorů této metody. Sociální síť je zdrojem hlasů, které jsou nutné k porozumění situaci, ale také zdrojem přirozené pomoci a podpory, která je v procesu zotavení mnohem důležitější než ta profesionální.

### ***Zodpovědnost, koordinace pomoci a spolupráce pomáhajících profesí ve složitých krizových situacích***

Druhého dne psychiatr Zuzany, se kterým máme dlouhodobě užší spolupráci, navrhuje hospitalizaci, ale respektuje nesouhlas klientky a rodiny s tímto řešením. Domlouvají se na úpravě. Otec se zaručuje, že v nejbližších dnech bude se Zuzanou 24 hodin denně a budou v kontaktu s

multidisciplinárním týmem. Rodina nám telefonuje a o všem nás informuje. Domlouváme se na potřebě intenzivní podpory v nejbližších dnech.

*„Druhý den jsem po domluvě navštívila svého psychiatra. Byli jsme s tatškou a mým přítelem a přítel říkal, že mi hrozí, nebo hrozila hospitalizace, ale já jsem řekla, že nechci. Pan doktor teda řekl, že když se otec zaručí... Taky mi změnil léky a dávku injekce z půlky na celou.“*

OD jako kolaborativní směr se nebrání spolupráci s jinými odborníky. Právě naopak, zdá se, že koordinace a spolupráce profesionálů může být mnohem efektivnější než setkávání se a plánování s každým specialistou zvlášť. Odpovědnost za organizaci setkání nese jeden pracovník a je klíčové (pokud je to organizačně možné), aby se tato role neměnila.

### ***Flexibilita a psychologická kontinuita jako nezbytné prvky v procesu postupného zotavování a zplnomocňování klienta a sítě***

V následujících dnech se pravidelně setkáváme u Zuzany doma. Síťových setkání se účastní většinou otec a babička. Zuzanin přítel se musel kvůli práci vrátit do místa bydliště. Zuzana je čím dál spokojenější a klidnější. Mluví o svých plánech do budoucna. O tom, že nechce bydlet sama, ale se svým přítelem. To ale vyžaduje, aby se přestěhovala a našla si novou práci. Na dalších setkáních se zabýváme zejména tímto tématem. Na jednom z posledních síťových setkání se vracíme k tomu, co se stalo v uplynulých dnech a týdnech. Co to pro ně znamená. Zuzana mluví o věcech, které se v čase akutní krize jevily jako nelogické. Postupně odhaluje, jak to, co prožívala, souvisí s jejím životem a rodinnou historií.

*„Během neschopenky mě navštívili mí přátelé a také terénní tým. Ptali se, jak se mám, co dělám během dne, řešili se mnou mou situaci a jak co udělat, aby mi bylo líp. Terénní tým zafungoval na 100%, pracovníci mi porozuměli, měli o mě starost a hlavně jsem v tom nebyla sama. I když nebyli zrovna u mě, volali a ptali se. Bylo to v tu chvíli velmi příjemné vědět, že se o mě tak zajímají.“*

Psychologická kontinuita znamená, že se klient setkává pořád se stejnými pracovníky z týmu nebo aspoň s jeho jádrem. Takto mohou všichni navazovat i po delší prodlevě na předchozí témata a důvěru, kterou není potřeba budovat pokaždé znovu.

OD je radikálně zaměřený na potřeby klienta. Pracovníci jsou flexibilní v tom, kde a jak často se budou potkávat. Vycházíme z předpokladu, že klient a jeho síť sám nejlépe „cítí“, jak velkou míru podpory potřebuje. Kdy se potřebuje setkat každý den, kdy vydechnout a kdy už tolik naší pomoci

není třeba. To samo o sobě je výrazně zplnomocňující. Na to je ale nutné, aby se vše odehrávalo v atmosféře důvěry a bezpečí.

### **Po 3 měsících...**

Zuzana postupně návštěvy terénního týmu nežádá tak často. Znovu začíná navštěvovat podpůrnou skupinu. Po 6 týdnech ukončuje pracovní neschopnost. Návrat do práce je pro ní náročný kvůli konfliktu s kolegyní, ale zvládá to. Zhruba po třech měsících se Zuzana stěhuje ke svému příteli. Sama si našla nové zaměstnání. Znovu v oboru, tentokrát, ale už na běžném pracovním trhu. V práci se jí daří. Je spokojená, i když taková životní změna s sebou nese určité výzvy spojené s obavami. Telefonicky a mailem jsme pořád v kontaktu a čas od času nám dává vědět, jak se má a co nového v práci. Taky má ještě zájem o další síťové setkání, na které by ráda přišla i s přítelem.

*„Po asi měsíci a půl jsem se rozhodla, že ukončím neschopenku a nastoupím do práce do šicí dílny. Také se tak stalo. Ale jelikož mám přítele a chci být s ním, a ne se jen navštěvovat, tak jsem si u něj ve městě našla práci. Já pracovala v šicí dílně přes 4 roky. Práce byla super, ale láska je silnější, a tak nastupuji do nové práce na 6 hodin denně. To víte, že se těším, ale mám i veliký strach. Jak vše zvládnou, nové prostředí, nová práce, nový kolektiv atd.“*

### **Krise jako příležitost?**

Nutno podotknout, že navzdory tomu, že klientka a její rodina hodnotí tuto ataku jako dosud nejzávažnější vzhledem k intenzitě symptomů, klientka po šesti týdnech ukončila pracovní neschopnost, našla si zaměstnání na běžném pracovním trhu a po 3 měsících žije život, který je blíž k tomu, co si přála. To vše bez nutnosti nedobrovolné hospitalizace, masivní medikace a elektrokonvulzivní terapie, které se při předcházejících atakách jevíly jako nezbytné.

Je možné vnímat i akutní psychotickou krizi jako příležitost na cestě k zotavení? Z popsaného případu nám jednoznačně vychází, že ano. Zdá se ale, že to nejde za každých okolností. Naše praxe nás neustále utvrzuje v tom, že dialog – místo izolace, donucování a utlumování hlasů – může vést k nepředvídatelným pozitivním výstupům. To, co Zuzana popisuje na závěr krize, jde jen těžko chápat jinak než jako zplnomocnění v procesu zotavení. Z klinického hlediska by se dalo říct, že zcela nepředvídatelně vedla akutní psychotická krize v relativně krátkem čase k lepší kvalitě života klientky.

Tento fakt v nás vyvolává množství otázek a vidíme potřebu sběru a zkoumání dalších zkušeností v této oblasti.

Na závěr ještě doplňujeme, jak hodnotí zkušenost otec klientky: „Šel jsem do toho, protože jsem věřil, že to je ku prospěchu léčby. Myslím, že o problémech je dobré hovořit. Byl jsem rád, že existuje jiná možnost než léčebna, která hrozila, a že díky Otevřenému dialogu se vyhla má dcera zmíněné léčebně. A za to velké díky opět celému týmu Zahrady 2000. Jako otec jsem přesvědčen, že takové dialogy vedou k dobré podpoře léčby. Přínosem bylo i to, že se otevřeně mluvilo mezi rodičem a odborníky. Já si myslím, že otevřené dialogy mezi pacientem a odborníkem vedou k úspěšné léčbě.“

### **Diskuse:**

Vnímáme jisté riziko vyvolání dojmu, že jsme se v rámci naší práce vyhýbali některým léčebným postupům (například akutní hospitalizace, významnější psychofarmakologické intervence). Je pravdou, že v Otevřeném dialogu tým předem neplánuje, čím je potřeba se zabývat, ani jak by měla pomoc vypadat. To nás však neochudí o žádné léčebné možnosti a nezbavuje nás našich profesních dovedností. V téhle situaci bylo zcela adekvátní hovořit o farmakoterapii, rizicích a v případě nutnosti i o akutní hospitalizaci. Rozdíl je v tom, že se vše diskutuje s klientem a jeho sítí a neplánuje se to dopředu jako jediné možné řešení složité situace. Dle našich zkušeností je tento způsob velice efektivní, protože máme ihned zpětnou vazbu, jestli je daný postup pro všechny srozumitelný a přijatelný a umožňuje tzv. „šití péči na míru“. Nevýhodou se může zdát věnování relativně delšího času společným rozhovorům o dalších krocích. Obrovskou výhodou je však zapojování sítě do péče o klienta a do plánování. V dialogu se často ukáže, čeho všeho je rodina schopná, co chce udělat sama a na co už potřebuje pomoc a podporu profesionálů. To vede ke zkompetentňování a snižuje to rizika závislosti na profesionální pomoci, která se objevuje zejména v případech, kdy v dobrém úmyslu profesionálové převzou veškerou agendu, čímž zamezí možnosti zapojení přirozených zdrojů ze sítě klienta.

Rádi bychom se dotkli několika limitů této kazuistiky. Vzhledem k pozitivním výsledkům a relativně nekonfliktnímu průběhu může vyznívat jako ojedinělá nebo náhodná. V našem týmu se ale postupně hromadí podobné zkušenosti. Tento případ byl kazuisticky zpracován zejména proto, že jsme dostali písemnou zpětnou vazbu od klientky, což považujeme za velice hodnotné, ale ne zcela běžné.

Na to navazuje otázka spolupráce s rodinou a širší sítí. V námi popisovaném případě byla tato spolupráce výborná jak na straně rodiny, tak zaměstnavatele či kamarádů klientky. Často se stává,

že se ocitáme v úplně jiné situaci, kdy je rodinné prostředí konfliktní nebo se jeví, že žádná síť neexistuje. V takových případech by ale principiálně naše práce vypadala podobně. V prvních setkáních je například možné věnovat víc času mapování širší sítě nebo zahrnout do síťových setkání i „hlasy“ lidí, kteří se setkání fyzicky nemohou z jakéhokoliv důvodu zúčastnit, což je postup, který se v Otevřeném dialogu hodně využívá.

### ***Závěr:***

Výše zmíněné klíčové prvky praxe Otevřeného dialogu se ukazují jako zcela zásadní pro efektivní pomoc ve složitém psychosociálním stresu, v jakém se může nacházet celá síť kolem člověka v akutní psychotické krizi. Zároveň je takový přístup zcela v souladu s konceptem zotavení, který je dnes už mainstreamovou součástí přemýšlení o komunitní psychosociální péči. Na tomto klinickém příkladu jsme mimo jiné ilustrovali, jak je zapojení sociální sítě člověka v centru našeho zájmu od samého začátku nezbytné. Sociální kontext klienta se stává důležitým zdrojem porozumění situaci, která se může z pohledu pracovníků i rodiny zpočátku jevit jako nesrozumitelná. Tolerance nejistoty, která je pro pracovníky často diskomfortní a vyžaduje dávku trpělivosti, vede skrz společné porozumění k postupnému zkoumání vlastních potřeb a objevení zdrojů pomoci. A v konečném důsledku tak ke zplnomocňování jak klienta, tak jeho sítě. Důležitou součástí této klinické situace i obecně je spolupráce mezi jednotlivými odborníky zapojenými do péče, kteří se stávají tzv. širší sítí klienta. V tomto případě to byly zejména ambulantní psychiatr, jindy to ale může být třeba sociální pracovník, praktický lékař, učitel nebo kdokoliv, kdo sehraje v dané situaci důležitou roli. Zplnomocňování klienta je zásadním faktorem procesu zotavení a myslíme si, že právě z této perspektivy je možné tomuto příběhu porozumět.

Naše závěry, které jsou v kazuistice klinicky popsány z různých pohledů, snad mohou být inspirací pro nově vznikající komunitní týmy v rámci probíhající reformy, zejména pro nedostatek zkušeností a publikací v oblasti komunitní péče v českém kontextu. Nutno dodat, že přístup Otevřeného dialogu nepovažujeme za jediný správný. Myslíme ale, že je to prakticky uchopitelná a metodicky dobře popsaná praxe, která je v souladu se současnými doporučovanými postupy a hodnotami reformy psychiatrické péče v rámci tzv. nového paradigmatu. A proto může sloužit jako jeden z modelů poskytování komunitní psychosociální péče.

### **Reference:**

- Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2011). Comprehensive open-dialogue approach I: Developing a comprehensive culture of need-adapted approach in a psychiatric public health catchment area the Western Lapland Project. *Psychosis- Psychological, Social and Integrative Approaches* , stránky 3: 179- 191.
- Aaltonen, J., Seikkula, J., Alakarc, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Sutela, M. (1997). Western Lapland project: A comprehensive family- and network centered community psychiatric project. *Abstracts and lectures 12-16 October 1997 ISPS London*, str. 124.
- Gordon, C. (21. Jul 2019). [www.mentalhealthexcellence.org](http://www.mentalhealthexcellence.org). Načteno z <https://www.mentalhealthexcellence.org/reflections-on-rome/>
- Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014). Dialogue. The key elements of dialogic practice in Open. *The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA*, str. Version 1.1.
- Razzaque, R., & Stocmann, T. (2016). An introduction to peer-supported open dialogue in mental healthcare. *BJPsych Advances*, stránky 348–356.
- Razzaque, R. (2019). *Dialogical Psychiatry: A Handbook For The Teaching And Practice Of Open Dialogue*. London, Omni House Press.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakarc, B., Haarakangas, K., & al, c. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue: Treatment principles, follow up outcomes and two case studies. *Psychotherapy Research*, str. 214.
- Seikkula, J., Alakar, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., & Lehtinen, V. (2003). Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-year Follow-up on First Episode Schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services, New Youk*, stránky 163-182.

## 5. VYTVÁŘENÍ SOUCITNÝCH KOMUNIT: Přednáška na

## workshopu **Praktická implementace Otevřeného dialogu v ČR** (Jeseník, březen 2021, Mark Hopfenbeck)

Rád bych se ve své přednášce ohlédl nazpět do minulosti a zároveň svůj pohled nasměřoval také do budoucnosti. Ohlédnutí nazpět bude mimo jiné zahrnovat základní principy metody Otevřeného dialogu. V pohledu vpřed se zaměřím na to, jak bychom mohli do budoucna efektivněji budovat takzvané soucitné komunity. Hovořili jsme již o tom, že týmy OD fungují vždy v nějakém daném prostředí a dařit se jim může jen tehdy, pokud jsou součástí tzv. dialogické organizace. Jak všichni víte, fungovat jako dialogická organizace není snadné a přežít můžete jen tehdy, pokud zároveň fungujete také v dialogické komunitě, obci i celé společnosti.

Ve finském Torniu jsme měli takovou zkušenost, kdy v určitém čase absolvovalo výcvik OD takové množství lidí, že to zásadně změnilo fungování celé komunity. Rád bych dnes tedy hovořil o tom, jak může Otevřený dialog fungovat v rámci celé komunity.

Jaakko Seikkula uvedl ve svém článku *Dialog jako vtělení lásky*, že základ tohoto procesu netkví ani tak v brilantních zásadách profesionálů, ale zejména v emocionálním sdílení členů sítě. Ta pak zahrnuje i profesionály, kteří společně vytvářejí osobní pečující komunitu. Tato myšlenka se váže k základům OD starým zhruba padesát let, které spočívaly v síťové terapii. Myšlenka síťové terapie se tedy soustředí zejména na to, jak posílit vazby komunity. Psychiatr R. Speck už před 50 lety hovořil o sociálním rozhraní mezi společností a rodinou, které hraje roli u duševního onemocnění, např. schizofrenie. Tehdy uvedl: „*Má klinická praxe mě během let přesvědčila, že organizace sociálních struktur a společnosti jako takové hraje důležitější roli v procesu odcizení se člověka od sebe samého a od druhých, než si většina lidí je ochotna připustit.*” Dnes je více běžné mluvit o sítích péče, zvláště o peerech a fokusované péči jako o základu OD. Nevím, jestli je vám známá práce Martina Bubera, který byl tzv. filozofem dialogu. Norská terapeutka L. Fyrand zase mluvila o důležitosti interpersonálního setkání/dialogu v „Buberském smyslu”. My jsme večera hovořili o lidském spojení, kontaktu a tom, co to znamená ve filozofickém a psychologickém smyslu.

Základem OD je seznámení se se sociálním systémem v krizi a pomoc tomuto systému, aby se znovu spojil. Tohle bylo pak akcentováno rovněž v důležitém dokumentu vydaném v Anglii s názvem *Porozumění psychózy*, na kterém se podíleli hlavně psychologové a v němž uvádějí, že nejdůležitějším zdrojem podpory není tradiční psychiatrie, ale lidská síť vztahů, přátel, rodina a komunita. Jedná se o změnu tradičního chápání psychologů, kteří usilovali



o pomoc lidem něco napravit, uzdravit se. Nově tedy bylo žádoucí pomáhat celé síti člověka, jeho přátelům, rodině a dalším. Tento přístup je obzvláště důležitý v situacích, kdy otázky duševního zdraví souvisí se sociální nespravedlností. Například v USA či Anglii jsou mnozí lidé často konfrontováni se společenskou nerovností, útlakem a chudobou. V takové situaci není potřeba jen individuální řešení, kdy pomáháme jednotlivci, ale také tzv. sociální řešení. To se týká především lidí, kteří zažili nějaké trauma. Pokud se mají s tímto traumatem dobře vypořádat, musí to být v kontextu podpory přátel a rodiny, kteří jsou zdrojem podpory a ochrany pro tohoto jedince. Existují lidé, kteří jsou zbaveni moci nad svým životem, proto je také potřeba uvažovat, jak změnit naši společnost. Tak jako je OD součástí života, tak by také angažovanost a snaha o změnu měla být součástí našeho života. Je potřeba se podívat také na to, jak dialogické přístupy, které používáme nebo známe, mohou být aplikovány v dalších kontextech, aby došlo k žádoucí změně.

Na naší univerzitě jsem zapojen do výzkumu, který se jmenuje Vztahový systém zabezpečení a spokojeného života Well-Being. Zaměřuje se zejména na to, jak bychom mohli efektivně vytvářet soucitné komunity, ve kterých by se lidem dobře dařilo. Vyučuji rovněž postgraduální program, který se zaměřuje na vědomou přítomnost. Spolupracujeme s Oxfordskou nadací pro vědomou přítomnost, iniciativou pro města, v rámci které se zaměřujeme na to, jak vytvořit více vědomě přítomnou společnost, města a podobně. Zkoumáme možnosti toho, jaké by to bylo, kdyby doslova všichni policisté nebo třeba učitelé praktikovali vědomou přítomnost. Kdyby vědomá přítomnost byla vyučována ve všech školách a všechna pracoviště by poskytovala podmínky, aby lidé mohli praktikovat vědomou přítomnost. Myslíme si, že by to zlepšilo podmínky pro prožívání a praktikování větší empatie. Výzkum ukazuje, že když podpoříme empatii, tak tím podporujeme rozvoj komunity. Individuální činy empatie pak vedou ke kolektivním činům empatie, což vede k více odolným komunitám.

Nacházím v tom souvislost s tím, co se stalo téměř před 40 lety v Torniu. Když se lidé zapojují do OD, zároveň se učí být empatičtí, uvědomují si, že jejich hlas může být slyšet a že existuje globální hnutí usilující o vytváření soucitných komunit. Podstatou je, že když bojujeme za více soucitné komunity, můžeme tím pomoci lidem, kteří jsou osamělí, izolovaní, depresivní a stigmatizovaní. Jeden ze způsobů, jak toho dosáhnout, nacházíme u paliativní péče, v kontextu toho, jak se lidé vztahují ke smrti. Existuje globální hnutí, které se zaměřuje na soucitné komunity a paliativní péči, na to, jak pomoci lidem prostřednictvím Otevřeného dialogu před tím, než zemřou. Soustředíme se na projekty, které jsou zaměřené

na podporu rodin. Jak můžeme pomoci rodinám získat větší emocionální odolnost skrze sociální propojení.

Další otázka, kterou se zabýváme, je kategorie soucitu a sebesoucitu. Cornellova univerzita má projekt, ve kterém zkoumá, jak sebesoucit může integrovat se zdravějšími komunitami. Výzkum ukazuje, že když jsme soucitnější, vede to ke zdravější a silnější komunitě. Rád bych se zmínil o dvou dalších projektech, které mají blízko k OD. Jedná se o projekty *Budoucí Otevřený dialog* a *Trialogy*.

Pokud usilujeme o soucitnější komunity, jedna z věcí, se kterou můžeme začít, je tzv. trialog. Jedná se o způsob, jak umožnit setkávání více lidí, kteří zažili duševní distres.

Dorothea Buck se narodila téměř před 100 lety a když jí bylo 19 let, byla jí diagnostikována schizofrenie. Byla nuceně sterilizována během období nacismu. Po válce byla jednou z osob, které aktivně pracovaly pro práva přeživších. Dnes se trialog rozšířil po celém světě. Lidé Irsku, kteří vytvářejí trialog, aby dokázali snížit stigma a diskriminaci. Stejně jako Hnutí slyšení hlasů a další organizace přeživších se snaží vytvořit alternativní kulturu, kde mohou lidé mluvit o svých příbězích a akceptovat svou nejistotu. Jednoduše řečeno je to o tom, že můžeme říct svůj příběh a někdo mu naslouchá. T. Brock mluví o psychoterapii bez záměru, je to vlastně o učení se a o tom, jak to dělat bez experta. Je to rovnoprávné a otevřené, zároveň je to supervize pro všechny části, které jsou v tom zahrnuté. A protože to není nějaký druh léčby, může to být otevřené a nejisté. Je to ve skutečnosti velmi jednoduché, každý může začít s trialogem. Jde o to seztvat dohromady lidi se zkušeností, jejich příbuzné a profesionály, policisty, učitele, vlastně kohokoliv. Trialogy obvykle probíhají na nějakém neutrální místě, konají se večer, trvají tak dvě hodiny a jsou otevřené. Je to tedy něco, co může každý zkusit.

Další přístup, o kterém bych rád mluvil, se nazývá Anticipační dialog. Zatímco Jaako se zaměřoval na práci s akutní psychózou v Torniu, Tom Arnkil byl učitel a zaměřoval se na to, jak pomáhat rodinám a dětem. Často zažíval, že rodiny a profesionální sítě měly problém s koordinací svých aktivit. Lidé spolu seděli s různými obrazy, s různými představami, jak by měla vypadat společná budoucnost, a to pak dělalo společnou práci obtížnou. Často to byly rodiny nebo společenství, jejichž situace se zdála bezvýchodná. V celém procesu bylo zahrnuto více struktur jako OSPOD, policie či škola. Často se jednalo o rodiny s více problémy. Byla tedy akcentována potřeba pomoci těmto rodinám ve chvílích, kdy se dostávají do krizových situací. Tato setkání pak pomáhala koordinovat tuto polyfonii. Skrze tu polyfonii a dialog se rodil optimismus a naděje. A nejen to, vznikala také struktura pro to,

aby každý věděl, čím může přispět. Lidé se cítili unaveni a když se je podařilo seznat na jedno místo, vznikl pocit jakéhosi závazku ke spolupráci. Následně u nich vznikly obavy z dané situace a byli přivoláni dva externí facilitátoři. Tento proces je ve skutečnosti velmi jednoduchý.

Myslím také, že Anticipační dialog by mohl být snadněji implementován s metodou CARE, kterou ZAHRAHA používá. Další věcí, kterou po lidech žádáme, je, aby se zaměřili na rozvoj své komunity a její profil, který je založený na silných stránkách. Pokud přemýšlíme o OD jako o intervenci, která se zakládá na komunitě, je potřeba svou komunitu hlavně dobře znát. Je až překvapivé, že mnoho pracovníků v oblasti duševního zdraví svou komunitu až tak dobře nezná. Můžete využít tuto metodologii, abyste se dokázali podívat na jevy a skupiny, které existují v té komunitě. To je pak následně možné využít i v situacích, kdy se lidé nebo sociální systémy dostávají do krize. Přemýšlejte o těchto různých aspektech.

## 6. INSPIRACE: Recovery housing / Housing first

Otevřený dialog je integrativní model, který se nebrání novým vlivům a pořád se vyvíjí i vzhledem k potřebám a možnostem místa, kde je provozován. Hodnoty jako transparentnost, respekt, možnost volby nejsou zdaleka výsadou jen OD, a i proto čerpáme inspiraci z různých oblastí. Jednou ze zcela zásadních je i otázka podpory bydlení, ať již skrze model Housing first (bydlení především), nebo tzv. Recovery housing. Tyto přístupy jsou založené na paradigmatu zotavení, které říká že: „Zotavení je cestou uzdravení a transformace, která umožňuje osobě s duševní nemocí žít smysluplný život ve vybrané komunitě, zatímco se snaží dosáhnout svého plného potenciálu.“ (Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2004). National consensus statement on mental health recovery. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, SAMHSA.)

V současnosti přibývá důkazů, že otázka kvalitního bydlení je zásadní pro proces zotavení. A proto jsme se rozhodli se v této kapitole nechat inspirovat článkem s názvem:

### **Možnost volby a osobní zotavení pro osoby se závažným duševním onemocněním, žijící v podporovaném bydlení**

Myra Piat, Kimberly Seida & Deborah Padgett

*Publikováno v Journal of Mental Health, 2019.*

*Myra Piat, Kimberly Seida & Deborah Padgett (2019): Choice and personal recovery for people with serious mental illness living in supported housing, Journal of Mental Health, DOI: 10.1080/09638237.2019.1581338*

#### **Abstrakt**

**Kontext:** Vztah mezi osobní volbou a obnovou duševního zdraví v kontextu podporovaného bydlení nebyl zatím prozkoumán.

**Cíle:** Získat pochopení toho, jak volby usnadňují procesy uzdravení v prostředí podporovaného bydlení pro osoby s vážným duševním onemocněním.

**Metodologie:** Bylo provedeno 24 kvalitativních hloubkových rozhovorů s lidmi žijícími v podporovaném bydlení, kteří trpí vážným duševním onemocněním.

**Výsledek:** Možnost volby u lidí v chráněném bydlení významně přispěla k obnově jejich duševní pohody a zdraví. Nájemníci oceňovali tři oblasti výběru: (1) volba možností ovlivňujících jejich život, (2) volba způsobu organizace společenského života a (3) volby, díky nimž se mohou cítit „jako doma“.

**Závěr:** Jedná se o jednu z prvních studií o možnosti volby a s tím související zotavení u osob, které přešly do podporovaného bydlení. Zjištění ukazují potřebu širšího výzkumu nad rámec možnosti výběru bydlení a potřebu prozkoumat dále rozsah a význam výběru v bydlení.

## 1. Úvod

Od 90. let 20. století je podporované bydlení[1] ústředním pilířem komunitní péče o duševní zdraví, zaměřující se na zotavení. Jedná se o model bydlení pro jednotlivce s vážným duševním onemocněním.[2] Základními kameny podporovaného bydlení jsou možnost volby, nezávislost a normálnost,[3] které vede základní zásada, že lidé s vážným duševním onemocněním mohou být nezávislí a trvale ubytováni bez pravidelných změn bydliště.[4] Definice podporovaného bydlení se může lišit podle kontextu v dané zemi.[5] Tato studie charakterizuje podporované bydlení pěti znaky: podepsáním nájemní smlouvy, která zaručuje osobě práva nájemce bytu, absence restrikcí různých činností, nájemné omezené na 30% příjmu, volitelné podpůrné služby, na kterých není bydlení závislé, a možnost zvýšit využití služeb bez rizika ztráty bydlení.[6]

Model podporovaného bydlení byl vyvinut jako osvědčený postup poučený z nedostatků modelu pobytu v ústavních zařízeních.[7] Takovéto bydlení je považováno za nejrestriktivnější prostředí, které se vyznačuje standardizovanou péčí, omezenou možností volby (např. je stanovena doba oběda, je dán zákaz vycházení) a omezeným soukromím (sdílené pokoje).[8] Tato ubytovací služba je často soukromá, zisková a dočasná, jelikož nájemce při ní nepodepisuje nájemní smlouvu. Ústavní péče je kritizována za neschopnost umenšit deficit dovedností uživatelů služeb, čímž znemožňuje osobní zotavení.[9] Na rozdíl od ústavních modelů bydlení je struktura modelu podporovaného bydlení založena především na individualizaci, sebeurčení a silných stránkách klienta a je orientována především na jeho zotavení.[10]

Koncept obnovy osobního duševního zdraví se objevil v 80. letech[11] a od té doby se stal hlavním bodem zájmu v oboru duševního zdraví. Zotavení je mnohostranný koncept, který je definován různými způsoby. Centrum proti zneužívání návykových látek a péče o duševní zdraví definuje zotavení jako „cestu uzdravení a transformace, která umožňuje osobě s duševní nemocí žít

smysluplný život ve vybrané komunitě, zatímco se snaží dosáhnout svého plného potenciálu.“[12] Zotavení se může rovněž definovat jako pokračující a subjektivní proces osobních změn,[13] které vedou k uspokojivějšímu a smysluplnějšímu životu navzdory symptomům a omezením vyvstávajícím z duševní nemoci.[14] Klienti definují zotavení jako transformační proces spojený se sociální propojeností, nadějí a sebeurčením.[15]

Tyto definice ovlivnily vývoj koncepčního rámce osobního zotavení. Teoretický rámec od autorů Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams a Slade (2011) CIHME zdůrazňuje pět hlavních procesů v zotavení: propojenost, naděje a optimismus, růst osobnosti a transformace, smysl a účel a převzetí odpovědnosti. Tyto základní rámce poskytují koncepční základ pro rozvoj služeb orientovaných na zotavení, jako je podporované bydlení.[16]

Důležitý faktor v procesu zotavení je možnost volby, jelikož pomáhá motivovat uživatele služby k provedení životní změny[17] a dává pocit možnosti ovládat vlastní život.[18] Velká část literatury o podporovaném bydlení identifikuje rovněž výběr bydlení s uživatelem služby.[19] Nicméně je potřeba lépe vyjasnit, jakým způsobem možnost volby podporuje proces zotavení během bydlení,[20] a to zejména pro lidi, kteří se stěhují z prostředí ústavního zařízení. Velká část výzkumu v této oblasti se zaměřuje na bývalé bezdomovce.[21]

Předchozí výzkum týkající se volby typu bydlení uvádí, že většina (84%) uživatelů služeb dává přednost nezávislému živobytí[22] a že volba typu bydlení předestírá míru psychologické integrace a sebeaktualizace,[23] dlouhodobé štěstí a spokojenost se životem[24] a dává pocit kontroly a vnímání vlastní účinnosti (self-efficacy).[25] Zmíněné studie rovněž ukazují, že výběr souvisí se subjektivní pohodou a případným zmírněním psychiatrických příznaků.[26] Sociální izolace a pokračující zneužívání návykových látek však může doprovázet zvýšený výběr bývalých bezdomovců.[27] Tento článek představuje soubor poznatků z rozsáhlejší studie týkající se zkušeností lidí, kteří přecházejí z ústavního zařízení na podporované bydlení. Doplnuje stávající znalosti především tím, že se zaměřuje na to, co pro nájemce žijící v podporovaném bydlení znamená samotná možnost volby, spíše než výběr z konkrétních variant. Práce zkoumá také roli možnosti volby nad rámec psychiatrické léčby a služeb.

## **2. Metodologie**

## 2.1 Kontext

Po obdržení souhlasu č. 13-28 od Etické komise pro výzkum Douglasova institutu pro duševní zdraví byli přijati nájemci z pěti projektů podporovaného nebo podporovaného bydlení ve čtyřech kanadských městech: Toronto (29 jednotek), Montreal (35 jednotek), Quebec (182 jednotek) a St. John's, Newfoundland (100 jednotek). Montreal a Toronto poskytují společné bydlení, zatímco dvě ubytovací zařízení v Quebecu a St. John's nabízejí bydlení rozprostřené různě po městě. Tabulka 1 uvádí podporované bydlení podle druhu podporovaného ubytování.[28]

Tabulka 1. Studovaná ubytovací zařízení podle STAX-SA klasifikace.

	Montreal	Quebec město 1	Quebec město 2	Toronto	St. John's
<b>Umístění personálu</b>	Na místě	Bez personálu na místě	Bez personálu na místě	Na místě	Oboje
<b>Úroveň podpory</b>	Střední	Nízká	Nízká	Střední	Střední
<b>„Move-on“ faktor</b>	Omezený důraz	Omezený důraz	Omezený důraz	Omezený důraz	Omezený důraz
<b>Uspořádání bydlení</b>	Sdílené	Sdílené	Samostatné	Sdílené	Oboje

## 2.2 Statistický vzorek

Příručka popisující danou studii byla zaslána do schránek všech nájemců žijících v jednotlivých bytových projektech. Zájemci byli vyzváni, aby v případě zájmu kontaktovali výzkumný tým. Zveřejněna byla rovněž kritéria způsobilosti ke studii. Korespondenti museli být ve věku od 18 do 64 let, s diagnózou některé závažné psychické nemoci (např. schizofrenie, bipolární porucha nebo těžká depresivní porucha). Třicet jedna osob kontaktovalo výzkumný tým, načež byl proveden telefonický průzkum, jestli splňují kritéria způsobilosti. Sedm nesplnilo, takže měla studie celkem 24 účastníků. Všechny 24 nájemců poskytlo písemný informovaný souhlas. Tabulka 2 shrnuje jejich demografickou charakteristiku.

Tabulka 2. Sociodemografické charakteristiky nájemců (n=24).

Proměnné	N (%)
Věk (průměr, S.O.)	46 (±9)
Pohlaví	
Mužské	18 (75.0)
Ženské	6 (25.0)
Země původu	
Haiti	1 (4.2)
Mexiko	1 (4.2)



Kanada	22 (91.6)
Rodinný stav	
Svobodný	
Ženatý	22 (91.7)
Vzdělání	2 (8.3)
Základní	
Středoškolské učiliště	
Vyšší odborné	
Vysokoškolské	1 (4.2)
Zaměstnaný	15 (62.5)
Ano	
Ne	3 (12.5)
Hlavní zdroj příjmů	5 (20.8)
Sociální podpora	
Jiné	
Primární diagnóza	6 (25.0)
Psychotické poruchy	
Afektivní poruchy	18 (75.0)
Obsedantně kompulzivní porucha	
Úzkostná porucha	
Závislost	23 (95.8)
Neuvedeno	1 (4.2)
	16 (66.7)
	4 (16.7)
	1 (4.2)
	1 (4.2)
	1 (4.2)
	1 (4.2)

### 2.3 Sběr dat

Mezi květnem 2014 a červencem 2015 bylo provedeno dvacet čtyři hloubkových kvalitativních rozhovorů. Hlavní tazatel a tři výzkumní asistenti vyškolení v kvalitativních rozhovorech prováděli osobní rozhovory na místě zvoleném nájemcem. Rozhovory probíhaly v angličtině nebo francouzštině v závislosti na preferencích nájemců. Tazatelé se zabývali následujícími tématy:

situace v oblasti bydlení, možnosti rozhodování, sociální zapojení a participace a život v novém bydlení (viz Příloha 1: Otázky tazatele interview).

## 2.4 Analýza dat

Zvukové rozhovory byly doslovně přepsány. Přepisy byly několikrát přečteny a nahrány do NVivo10 pro kódování. Všechna data byla analyzována podle instrukcí obsažených v tematické analýze stanovené Braunem a Clarkem.[29] Všechny rozhovory byly kódovány dvěma členy výzkumného týmu, kteří pracovali samostatně. Rozhovory byly kódovány buď po řádcích, nebo na základě nejmenších smysluplných entit jako jednotek analýzy.[30] Všechny kódované segmenty byly poté spojeny do komplexního dokumentu a pro každý segment byly sepsány analytické souhrny, což usnadnilo identifikaci témat a vytvoření „tematické mapy“. [31] Při diskusi výzkumného týmu ohledně kódovaných a shrnutých segmentů došlo k přezkoumání, specifikaci a (znovu)definování tematické mapy. Jakékoli nejasnosti v kódování nebo interpretaci byly vyřešeny prostřednictvím dohody týmu. Analytická přesnost byla pojištěna průběžným revidováním přepisů tak, aby zůstaly blízko popisu nájemců,[32] a triangulací dat podle více kódérů a kontextů (pět lokalit s bydlením představujících různé sociálně-ekonomické a geografické oblasti).

## 3. Výsledky

V návaznosti na možnost volby nájemce v podporovaném bydlení a na to, jaký vliv na jeho duševní pohodu a obnovu duševního zdraví tato okolnost má, se objevila tři hlavní témata: (1) volba přijmout zodpovědnost za svůj život, (2) volba způsobu organizace společenského života a (3) volba, díky níž se mohou cítit „jako doma“.

### 3.1 Volba přijmout zodpovědnost za svůj život

Prvním vyvstalým tématem je osobní odpovědnost. Život v podporovaném bydlení umožňuje nájemcům zvolit si míru osobní odpovědnosti ve třech klíčových oblastech: péče o každodenní úkony v bytě, péče o osobní finance a péče o vlastní zdraví. Více než polovina nájemců zdůrazňovala dobrovolné převzetí zodpovědnosti za každodenní povinnosti v bytě. K těmto

povinnostem patří zejména úklid, vaření a příprava jídla a praní prádla. Mnoho nájemců zdůrazňuje možnost rozhodovat se při vaření. Ian například uvádí: „*Můžete vařit, co chcete. Můžete si udělat hamburgery nebo kuře a hranolky nebo cokoli jiného.*“ Jiní vítají možnost připravit si buď vlastní jídlo, nebo využít dotované stravování organizované poskytovatelem bydlení.

Jerry: „*Jo, a můžu vařit, kdy chci... nemusím si dělat starosti pokud vynechám jídlo, pokud jste v ústavním zařízení vynechali jídlo, bylo po tom velmi těžké sehnat jiné [...] Mohu si vařit své vlastní jídlo a když chci, ve čtvrtém patře poskytují jídlo a já dostanu nějaké potraviny a dávají mi dokonce věci, abych si mohl udělat vlastní snídani.*“

Catherine také oceňuje, že si může vybrat mezi přípravou vlastního jídla a využíváním stravovacích služeb, jelikož takovou možnost v předchozím bydlení neměla. Nájemníci rovněž oceňují, že si kdykoliv mohou jít vyřídit své záležitosti či nakoupit:

Tracy: „*Žiji zde sama a mohu se rozhodovat, jaké jídlo si pro sebe připravím. Mohu jít do supermarketu a rozhodnout se, jaké potraviny si chci koupit nebo co v potravinách potřebuji.*“

Kromě vaření činí nájemci rovněž rozhodnutí týkající se úklidu. Od přestěhování si Catherine všimla zásadního posunu ve své touze a schopnosti obstarávat každodenní úkony v domácnosti. Catherin poznamenala: „*Tady se staráme o sebe [...] to se změnilo a líbí se mi to.*“ Julien tvrdí: „*Starám se o své místo, uklízím a peru. Je to opravdu nezávislý život.*“ Leonard vysvětluje, proč si cení toho, že si může své místo uklidit sám, a vzpomíná na nehodu v ústavním zařízení: „*Během úklidu mi zaměstnanci odnesli čokoládu, kterou jsem chtěl někomu darovat. To je jeden z důvodů, proč oceňuji možnost zařizovat si úklid vlastního bytu, protože si můžu hlídat své osobní věci.*“

Zatímco někteří nájemníci oceňují možnost procvičit si osobní odpovědnost, jiní oceňují možnost nebýt vždy odpovědný, alespoň ne podle vnějšího očekávání.

Mathias: „*Nemusím si práť. Nemusím se nikam tahat abych se mohl umýt. Sám se umývám, sám si připravuji jídlo a starám se o byt. Nemám omezení, která jsem měl dříve.*“

Ve stejném duchu si několik nájemců všimá každodenních úkonů, které mají nyní možnost dělat. Mohou se rozhodnout, zda dělat domácí práce, co si uvařit k jídlu, kdy si opatřit potraviny nebo co budou jíst, kdy uklidit byt nebo práť prádlo.

Nájemníci si užívají také větší možnost výběru při nakládání s finančními prostředky. Mezi finanční rozhodování patří výběr toho, za co utratit peníze nebo jak ušetřit, případně získat pomoc se správou financí. Benova fiskální odpovědnost mu například umožňuje podporovat své přátele.

Ben: *„Neutratím moc peněz, jsem skromný. Potřebuji si koupit cigarety. Mám rozpočet, abych mohl přispět svým kamarádům, kterým chybí peníze, které mi vždy vrátí. Rád jim pomáhám. Být schopen odložit si peníze stranou mi umožňuje půjčovat přátelům, což je pro mě důležité, jelikož jsem již žil v chudobě a vím, že potřebuješ peníze na obživu.“*

Naše poznatky také odhalují různé způsoby, jakými nájemci přebírají odpovědnost za své zdraví. Nájemníci hovořili o výběru v oblasti medikamentů, vztahů s vedoucími pracovníky a mírou spoléhání se na poskytovatele služeb. Několik z nich zaznamenalo od svého přestěhování do podporovaného bydlení větší možnost výběru v rozvrhu podávání medikace. Julien dodává, že i když nemá plnou kontrolu, má flexibilní a jen částečně monitorovaný plán medikace, který mu poskytuje určitý prostor osobní svobody. Jamie bere své vlastní léky a oceňuje, že o tom může rozhodovat, byť uznává, že jsou zde nevýhody samostatného režimu, jako jsou někdy chybějící dávky. Stephane poznamenává, že i když mu psychiatr nabídl možnost výběru mezi dvěma léky, je to on, kdo rozhoduje, kdo si může zvolit. Mario se rozhodl dodržovat stanovený osobní léčebný plán, protože v minulosti měl problém s „podváděním“. Přesto, že má léčebný plán, má určitou volnost, jelikož si s sebou může vzít medikamenty na plánované cesty.

Nájemníci rovněž popisují, že mají větší možnost výběru, větší slovo a prostor ve vztazích s poskytovateli služeb. Joseph například uvádí, že má větší moc rozhodovat o svých věcech při projednávání možností s pracovníkem v podporovaném bydlení oproti ústavnímu zařízení. Vidí tuto novou rovnocennější dynamiku vztahu jako vítanou změnu a poznamenává: *„Vidím pracovníka jednou za dva týdny nebo podobně, ale jsem částečně nezávislý a docela se o sebe starám, což se mi hodně líbí [...] Opravdu mi nikdo nepřikazuje, co mám dělat.“* Paul také cítí, že si nyní může vybrat, zda dá na rady pracovníka, či nikoliv. Tato volba mu umožňuje cítit současně podporu, když jí potřebuje, a zároveň pocit moci, když chce rozhodovat o své léčbě nebo o plnění cílů.

Jedním z důležitých aspektů rovnocenné dynamiky vztahů u poskytovatelů služeb je schopnost nájemců přijímat pomoc pouze tehdy, pokud je to nezbytné. Několik nájemců (n=3) zaznamenává pokračující potřebu asistence podpůrného personálu, ale zdůrazňují, že tyto interakce jsou nyní méně časté a na základě jejich žádosti. Cyril si cení možnosti mít asistenci a Fred zdůrazňuje, že je

důležité mít možnost vybrat si členy klinického týmu. Někteří by šli ještě dále. Ideálním stavem pro Stephana je nemít žádnou asistenci, jelikož v minulosti byli pracovníci příliš zapojeni do jeho osobních záležitostí.

V souvislosti s více nezávislým bydlením a méně častými kontakty s poskytovateli péče se někteří nájemci naučili zvládat zdravotní krize sami. V nepřítomnosti svého asistenta sleduje Tracy film nebo se věnuje jiným činnostem, které ji uvádějí do pohody. Leonard popisuje událost, při které se necítil dobře, ale nechal to přejít namísto toho, aby šel do nemocnice.

### 3.4 Volba způsobu organizace společenského života

Nájemníci hovoří o různých typech možností ve společenské sféře života, mezi kterými mohou volit v podporovaném bydlení. Zaznamenávají zvýšenou možnost výběru mezi návštěvami, lepší socializaci s přáteli a rodinou a důslednější rozlišování času tráveného ve společnosti od samoty. I když nemají neomezenou možnost výběru, pokud jde o dlouhodobé návštěvníky nebo neohlášené spolubydlící, mají jinak nájemci vysokou míru flexibility při výběru návštěvníků a možnosti socializace s přáteli a rodinou. Julien a Mathias hovoří o možnosti pozvat si lidi nebo někoho navštívit, což byla dříve nedostupná věc. Catherine dodává: *„Ano, jsme jakoby svobodní. Mám přátele. Mohou se ke mně přijít najít. Potom si povídáme a jdeme spolu ven.“*

Někteří nájemci také oceňují schopnost filtrovat nebo minimalizovat sociální interakce s návštěvníky, přáteli nebo jinými nájemci, když se jim zlíbí. Ben, uzavřená osobnost, oceňuje možnost používat svůj interkom k zajištění pouze žádaných návštěv. Ben dodává: *„Když chci někoho vidět nebo mluvit s kamarádem, zvednu telefon nebo prostě zaklepu na dveře.“* Podle Mathiasových slov: *„Zábrany byly odstraněny [...] Moje současné bydlení mi dává příležitost stýkat se s lidmi, se kterými chci, aniž bych byl nucen někam chodit s lidmi, se kterými si ve skutečnosti nerozumím.“* Jiní nájemci zdůrazňují, že volba stupně a typu sociální interakce s ostatními nájemci v podporovaném bydlení jim pomáhá při zvládnání stresu a chrání jejich duševní pohodu.

Několik nájemců má možnost volby spojenou s rozhodováním, kdy trávit čas osamocně a kdy být s jinými lidmi. Beatrice poznamenává, že se její duševní zdraví zlepšilo a že pokud potřebuje společnost, může jít dolů do společenské místnosti, ale má rovněž prostor být sama, když to potřebuje. Jerryemu umožňuje volba být sám možnost ovládat emoce svépomocně (self-care), např.

sledováním dobrého filmu. Upřednostňuje podporované bydlení, protože nabízí „ani ne příliš, ani ne málo“ sociální interakce. Několik nájemců zdůrazňuje, že jim nevadí být sám, ale oceňují možnost trávit čas s ostatními, aniž by k tomu byli nuceni. Skutečnost, že máte možnost být sami, vytváří přehodnocení času, který člověk tráví sám.

Catherin: *„Můžete se cítit sami, jsou věci, které můžete udělat sami. V domě se můžete koupat sami, sprchovat se sami, v koupelně si čistit zuby sami. Spím nebo si zdřímnu sama. Takhle se mi to líbí [...] Někdy, když se cítíte příliš osaměle, můžete jít do společenské místnosti a promluvit si s někým.“*

Jamie si také váží času, který může trávit o samotě, a to navzdory osamělosti, která to občas doprovází, protože ví, že má také jiné možnosti, jak se socializovat, a to kdy a s kým chce. Vedle sentimentu Catherine si Mario užívá čas o samotě jako osvěžující dobu, která umožňuje efektivnější sociální zapojení.

*„Vracím se k normálnímu životu, víš? A to s tím má hodně společného, protože tady jste sami [...] Když je čas být s ostatními, je čas být s ostatními. Když je čas být sám, je čas být sám.“*

### 3.5 Možnost volby, díky níž se mohou cítit „jako doma“

U většiny nájemců (n= 13) se díky každodenním volbám stává jejich bydlení „domovem“. Zjištění ukazuje čtyři možné cesty, díky nimž tato transformace probíhá. Výběr vzhledu prostředí, výběr toho, jak je strukturován osobní čas, méně pravidel v oblasti bydlení a lépe zajištěné bytové potřeby.

Několik nájemců poznamenává, že klíčovým aspektem skutečného domova je možnost rozhodovat o vzhledu prostředí, ve kterém žijí, jako je dekor nebo nábytek.

Beatrice: *„Domov je místo, kde mám své knihy a kde se můžu rozhodnout, kam umístím své police na knihy. Mám možnost volby. [...] Nemusím vyjednávat, kam dát nábytek. Pokud chci udělat něco jako zavěšení houpací sítě v mé ložnici, [...] nemusím si dělat starosti s tím, co si myslí ostatní. [...] Mohu být znovu ve svém vlastním prostoru, to je dobrá věc.“*

Tracy také oceňuje možnost měnit nábytek a další věci. Na otázku, co dělá z jejího bytu domov, odpovídá: *„Mám spoustu místa. Můžu si to tady vyzdobit, jak chci.“* Jerry přitakává: *„Můžu si zařídit svůj byt, jak chci. Pokud chci dát obrázek na zeď, dám ho tam. Můžu to udělat.“* Pro

Danielle je charakteristikou skutečného domova možnost „*vyzdobit ho jakýmkoli způsobem či vymalovat ho barvou, kterou chce.*“

Druhou oblastí volby, díky níž se nájemci cítí jako doma, je flexibilita ve struktuře jejich časových a denních plánů. Joanna a Leonard popisují, že pro ně představuje skutečný domov „svoboda přicházet a odcházet, jak se jim zlíbí“. Ostatní nájemci poukazují na důležitost toho, že se nemusí obávat zákazu vycházení nebo delší nepřítomnosti v bytě. Joseph vzpomíná na stres, který zažíval, když byl nucen opustit svůj domov a vrátit se v určeném čase. „*Bez těchto pravidel nyní můžu relaxovat, jít do práce, vypadnout ven [...] nebo prostě jen zůstat doma.*“ Tony a Julien rovněž myslí, že jejich vlastní byt jim dal pocit svobody a možnost dělat, co chtějí, aniž by byli k něčemu nuceni. Nájemníci oceňují, že nemají naplánované stravování, protože si pak mohou vybrat, kdy odejdou z bytu za účelem vyřizování svých záležitostí nebo sportu. Možnost vařit, péct nebo dělat jiné domácí činnosti, jako je sledování televize, zvyšuje pocit domova.

Mírnější regulace bydlení přináší rovněž větší výběr toho, co lze dělat mezi čtyřmi stěnami bytu. Nájemníci mohou nyní zejména činit rozhodnutí týkající se užívání návykových látek, pořízení si domácího mazlíčka, který podpoří kontrolu nad bezprostředním životním prostředím a zároveň usnadňuje pocit vlastního prostoru, pohodlí a domova. Cyril například považuje svůj byt za víc než jen obydlí, když tam může kouřit cigarety. Podobně David vidí možnost pít a kouřit jako „velkou volbu“, která nebyla v domovech k dispozici. Nájemníci velice oceňují nově nalezenou možnost týkající se vlastnictví domácích zvířat, přičemž několik z nich uvádí, že možnost mít domácí zvířata je jednou z nejlepších věcí na životě v podporovaném bydlení. Catherine má dvě terapeutická zvířata a hovoří o tom, jak jí její papoušci udržují šťastnou. Stephane oceňuje tuto volbu, protože mu zvířátka poskytují podporu a pohodu v těžkých dobách: „*Když jsem se sem dostal, hned jsem si sem vzal svou kočku. Zní to hloupě, ale dělá to rozdíl, protože jsem neměl jinou možnost.*“

Přestože si nájemci byty pronajímají, možnost volby toho, jak dlouho zůstanou v podporovaném bydlení, podporuje pocit kontinuity a zabezpečeného bydlení. Například Marc tvrdí: „*Jsem více doma. Víte, je to moje místo a tam si mohu koupit věci a vím, že tam zůstanu.*“ Jiní poukazují na souvislost mezi zabezpečenou bytovou potřebou a pocitem domova.

Stephane: „*Vidím to tak, že jsem opravdu doma. Není to místo jako v ústavním zařízení, kde jsem věděl, že nejsem doma. Věděl jsem, že se musím přestěhovat. Ale tam, kde jsem teď, není nikdo, kdo by mi říkal, abych odešel.*“

#### 4. Diskuse

Toto je jedna z prvních hloubkových studií o vztahu mezi možností výběru a zotavením při bydlení v podporovaném bydlení. Volba je středobodem jak pro pozitivní hodnocení podporovaného bydlení, tak pro cestu osobního zotavení nájemců. Nájemníci vymezili možnost výběru v rámci pojmu svobody. Popisují svobodu v širším pojmu, včetně možnosti přizpůsobení si prostředí, ve kterém bydlí, plánování, socializace a řízení vlastního života, které je spojeno s bydlením ve vlastním bytě. V diskusi o nově nalezených svobodách lze vysledovat souvislost mezi možností výběru, subjektivní duševní pohodou a zotavením, což vyplňuje mezeru ve znalostech o zkušenostech uživatelů v podporovaném bydlení.[33] Možnost volby zvyšuje pocit svobody a samostatnosti, což zvyšuje subjektivní duševní pohodu jednotlivce, kvalitu života a vlastní zdroje nezbytné pro zotavení.

Jedním z nejdůležitějších zjištění je, že přestěhování do podporovaného bydlení umožňuje nájemcům zvolit si činnosti, které je vrátí do normálu, jako je vaření, praní prádla nebo tvoření rozpočtu. Vzhledem k jejich historii pobytu ve vysoce omezujícím životním prostředí hrají tyto zdánlivě banální volby významnou roli při procesu uzdravování a zotavování. Naše zjištění ilustruje důležitost volby při budování „normality“ člověka a zdůrazňují specifické vlastnosti podporovaného bydlení (např. vlastní kuchyň), které takový návrat do normálu umožňují. To doplňuje literaturu zkoumající roli normality v procesech zotavení obecněji.[34]

V naší studii kladli nájemníci velký důraz na to, aby mohli rozhodovat o uspořádání svých bytů. Takovéto zařizování domácnosti vedlo ke zvýšené duševní pohodě, pocitu pohodlí a kontroly. Tato zjištění podporují již existující práce, které identifikují domov jako místo autonomie,[35] jako symbol sebe sama[36] a zotavení[37]. Studie na chronické nebo bývalé bezdomovce uváděly možnost výběru prostředí, ve kterém žijí, jako predikativní pro jejich subjektivní duševní pohodu a kvalitu života.[38] Naše zjištění ukazují, že to může platit zejména pro osoby, které přecházejí z ubytování s více omezujícím režimem.

Pro zkušenosti uživatelů služeb v podporovaném bydlení jsou společné pojmy „domova“ a „vedení domácnosti“, [39] které jsou spojeny s vnímanou kontrolou života a stabilitou.[40] Podle našich vědomostí však neprobíhá dlouhodobější diskuse o konkrétních způsobech, jakými možnost volby



utváří pocit „domova“, ani o možnosti výběru coby klíčového faktoru procesu zotavení. Tato studie přispívá k dosavadní literatuře objasněním způsobu, jakým výběr utváří vztah mezi „vedením domácnosti“ a zotavením.

Překvapivým zjištěním byla potřeba přehodnocení významu času stráveného o samotě. Rozhodování o tom, kdy se socializovat a kdy být sám, hraje v procesech zotavení ústřední roli. Nájemci sami popisovali čas strávený o samotě jako něco, co jim pomáhá vyhnout se problémovým sociálním situacím, a zároveň něco, co jim dává šanci se dobít a odpočinout si. Přehodnocení samoty se dále shodovalo s normalizací a smířením se s občasnou osamělostí.[41] Toto zjištění kontrastuje s výzkumem, který tvrdí, že jednopokojové byty brání intimnímu a společenskému životu nájemníků.[42]

Nájemci oceňovali možnost posoudit limity své vlastní sociální „kapacity“ a možnost uspořádat si čas strávený společensky a čas strávený o samotě podle sebe. U nájemců, kteří jsou od přírody samotáři, by vynucená nebo příliš častá sociální interakce mohla negativně ovlivnit jejich duševní pohodu. Z toho plyne, že volba socializace je stejně tak o tom, že se nechcete stýkat, jako o společenském zapojení a angažovanosti. Toto zjištění je v souladu s předchozím výzkumem, který tvrdí, že bydlení orientované na zotavení by mělo vyvažovat samotu a společenskou potřebu.[43] Naše zjištění doplňují dosavadní literaturu, která se snaží určit roli sociálního začlenění a zapojení v obnově duševního zdraví tím, že zdůrazňuje důležitost možnosti volby frekvence i způsobu sociálních interakcí podle osobních potřeb klientů.

Posledním důležitým zjištěním je, že život v podporovaném bydlení poskytuje nájemcům větší možnost výběru a dává jim větší slovo při poskytování služeb souvisejících s léčbou, zejména při plánování medikace a interakci s poskytovateli služeb. Naše data ukazují, jak konkrétně může větší možnost výběru v uspořádání harmonogramu léčby podpořit nájemce, aby užívali své léky více samostatně a důsledně. I když vzniklo mnoho prací zabývajících se pozitivními účinky a léčebným potenciálem výběru programu a léčby pro osoby se závažným duševním onemocněním,[44] nebylo popsáno a prozkoumáno, jaký dopad má výběr související s léčbou a medikací v podporovaném bydlení. Naše zjištění řeší tuto mezeru a přidává tvrzení, která spojují možnost výběru uživatelů služeb s pozitivními výsledky bydlení.[45] Naše zjištění rovněž odpovídají jiným pracím spojujícím výběr uživatelů služeb se subjektivní kvalitou života[46] a zvýšenou adheencí k lékům.[47] Dalším, ale zásadním prvkem narativů souvisejících s léčbou je kontrola, kterou mají nájemci nad rozhodovacím procesem, i když to znamená dělat chyby při jejich volbě.

## 5. Limitace

Omezením této studie je, že jsme s nájemci prováděli pouze jeden rozhovor. Provádění dalších rozhovorů s nájemci s časovým rozstupem mohlo rozšířit rozsah našich zjištění. Přestože byl náš vzorek rozprostřen ve čtyřech kanadských provinciích, nelze naše zjištění zobecnit i pro jiné způsoby bydlení. Zkušenosti nájemců však předestírají proces, kterým možnost volby umožňuje osobní zotavení v prostředí podporovaného bydlení. A poskytují tak cenný pohled na to, jak optimalizovat volbu a rozhodování v jiných oblastech služeb tak, aby byla orientovaná na zotavení.

## 6. Závěr

Zjištění ilustruje klíčovou roli, kterou hraje možnost výběru v procesu zotavení pro nájemce, kteří přešli z ústavního zařízení na podporované bydlení. Naše zjištění odhalují potřebu výzkumu nad rámec výběru bydlení (tedy typu bydlení) a také potřebu zkoumat rozsah a význam dalších možností výběru a jeho roli v zotavení při poskytování podporovaného bydlení. Zatímco se většina studií zaměřuje na volbu uživatele služby týkající se psychiatrické léčby v klinickém kontextu, naše zjištění zdůrazňují významnost možností týkajících se medikace a léčby duševního zdraví v kontextu podporovaného bydlení. Přínos tohoto výzkumu je proto dvojitý. Zaprvé informuje o vývoji v oblasti bydlení zaměřeného na zotavení pro jednotlivce s těžkou duševní nemocí. A to tím, že se zabývá významem rozhodování, zejména u jedinců přecházejících z bydlení s omezenou možností rozhodování. Zadruhé vyzývá k větší podpoře začlenění možnosti volby do konceptualizace obnovy duševního zdraví.

Naše zjištění nabízejí možnosti pro budoucí výzkum, který by mohl zahrnovat úvahy o každodenních volbách podporujících proces zotavení, které se vyskytují v běžném životním prostoru mimo rámec formální psychiatrické léčby. Zatímco účastníci studie neidentifikovali žádné nevýhody zvýšené možnosti výběru, navazující výzkum by měl prozkoumat možnost, že se zvýšeným výběrem mohou přijít i neočekávané výzvy, jako je tlak na učinění správných rozhodnutí. V poslední řadě různé oblasti možnosti výběru, které oceňovali nájemníci, ukazují na potřebu začlenit mnohostranné chápání volby do stávajících koncepčních rámců osobního zotavení, jako je rámec CHIME Recovery.[48] Budoucí práce by měla zvážit možnost volby jako prvek obnovy

duševního zdraví, jenž stojí sám o sobě, spíše než ho zahrnout do širších pojmů samostatnosti či posílení.[49] To může usnadnit rozvoj komplexnějších a efektivnějších služeb zaměřených na zotavení.

## 7. Bibliografie

Původní text pracuje s pojmem „supported housing“, což odpovídá i ze své definice **podporovanému bydlení**, kdy má klient jednotku sám v pronájmu nebo ve vlastnictví. Hranice však není zcela jasně určena a v některých případech může služba v kanadském pojetí spadat do „chráněného bydlení“ nebo jiného typu sociálního bydlení.

<sup>2</sup> Aubry, T., Ecker, J., & Jett\_c, J. (2014). Supported housing as a promising Housing First approach for people with severe and persistent mental illness. In M. Guirguis-Younger, S. W. Hwang, & R. McNeil (Eds.), *Homelessness and Health in Canada* (pp. 155–188). Ottawa, ON: University of Ottawa Press.

<sup>3</sup> Parkinson, S., Nelson, G., & Horgan, S. (1999). From housing to homes: A review of the literature on housing approaches for psychiatric consumer/survivors. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 18(1), 145–164.

<sup>4</sup> Rog, D. J. (2004). The evidence on supported housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 334–344. Slade, M., Leese, M., Cahill, S., Thornicroft, G., & Kuipers, E. (2005).

<sup>5</sup> McPherson, P., Krotofil, J., & Killaspy, H. (2018). What works? Toward a new classification system for mental health supported accommodation services: The simple taxonomy for supported accommodation (STA X-SA). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), 190–206.

<sup>6</sup> Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2010). *Permanent supportive housing: Evaluating your program*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, SAMHSA.

<sup>7</sup> Původní text používá pojem „custodial housing“. V českém prostředí se může jednat o pobyt v ústavním zařízení, v ústavní péči či v nějaké podobě domova se zvláštní péčí.

<sup>8</sup> Piat M., & Sabeti, J. (2010). Residential housing for persons with serious mental illness: The fifty year experience with foster homes in Canada. In J. H. Stone & M. Blouin (Eds.), *International encyclopedia of rehabilitation* (pp. 1–14). Buffalo, NY: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE).

CAMH Community Support and Research Unit. (2012). *From this point forward: Ending custodial housing for people with mental illness in Canada*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

<sup>9</sup> CAMH Community Support and Research Unit. (2012)...

<sup>10</sup> Davidson, L., Rowe, M., Tondora, J., O'Connell, M. J., & Lawless, M. S. (2008). *A practical guide to recovery-oriented practice: Tools for transforming mental health care*. New York, NY: Oxford University Press.

- <sup>11</sup> Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19.
- <sup>12</sup> Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2004). National consensus statement on mental health recovery. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, SAMHSA.
- <sup>13</sup> Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R., & Sells, D. (2005). Processes of recovery in serious mental illness: Findings from a multinational study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(3), 177–201.
- <sup>14</sup> Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.
- <sup>15</sup> Ahern, L., & Fisher, D. (2001). Recovery at your own PACE (Personal Assistance in Community Existence). *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 39(4), 22–32. 4
- <sup>16</sup> Piat, M., & Lal, S. (2012). Service providers' experiences and perspectives on recovery-oriented mental health system reform. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(4), 289–296.
- <sup>17</sup> Martins, P., Ornelas, J., & Silva, A. C. (2016). The role of perceived housing quality and perceived choice to recovery: An ecological perspective on a housing first program in Lisbon. *Journal of Environmental Psychology*, 47, 44–52. 4
- <sup>18</sup> Greenwood, R. M., & Manning, R. M. (2017). Mastery matters: Consumer choice, psychiatric symptoms and problematic substance use among adults with histories of homelessness. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 1050–1060.
- <sup>19</sup> Richter, D., & Hoffman, H. (2017). Preference for independent housing of persons with mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(6), 817–823.
- <sup>20</sup> Greenwood, R. M., Schaefer-McDaniel, N. J., Winkel, G., & Tsemberis, S. J. (2005). Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *American Journal of Community Psychology*, 36(3–4), 223–238. z
- <sup>21</sup> Martins, P., Ornelas, J., & Silva, A. C. (2016)...
- <sup>22</sup> Piat, M., & Lesage, A., & Boyer, R., & Dorvil, H., & Couture, A., & Grenier, G., & Bloom, D. (2008). Housing for persons with serious mental illness: consumer and service provider preferences. *Psychiatric Services*, 59(9), 1011–1017.
- <sup>23</sup> Gulcur, L., Tsemberis, S., Stefancic, A., & Greenwood, R. M. (2007). Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. *Community Mental Health Journal*, 43(3), 211–228.
- <sup>24</sup> Srebnik, D., Livingston, J., Gordon, L., & King, D. (1995). Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness. *Community Mental Health Journal*, 31(2), 139–152.
- <sup>25</sup> Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651–656.

- <sup>26</sup> Tsai, J., Bond, G. R., & Davis, K. E. (2010). Housing preferences among adults with dual diagnoses in different stages of treatment and housing types. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(4), 258–275.
- <sup>27</sup> Kirst, M., Zerger, S., Harris, D. W., Plenert, E., & Stergiopoulos, V. (2014). The promise of recovery: Narratives of hope among homeless individuals with mental illness participating in a Housing First randomised controlled trial in Toronto, Canada. *BMJ Open*, 4(3), e004379.
- <sup>28</sup> McPherson, P., Krotofil, J., & Killaspy, H. (2018)...
- <sup>29</sup> Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- <sup>30</sup> Chenail, R. J. (2012). Conducting qualitative data analysis: Reading line-by-line, but analyzing by meaningful qualitative units. *The Qualitative Report*, 17(1), 266–269.
- <sup>31</sup> Braun, V., & Clarke, V. (2006)...
- <sup>32</sup> Oliffe, J. L., Bottorff, J. L., Kelly, M., & Halpin, M. (2008). Analyzing participant produced photographs from an ethnographic study of fatherhood and smoking. *Research in Nursing & Health*, 31(5), 529–539.
- <sup>33</sup> McPherson, P., Krotofil, J., & Killaspy, H. (2018)...
- <sup>34</sup> Borg, M., & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17(2), 129–140.
- Chester, P., Ehrlich, C., Warburton, L., Baker, D., Kendall, E., & Crompton, D. (2016). What is the work of recovery oriented practice? A systematic literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(4), 270–285.
- <sup>36</sup> Kearns, A., Hiscock, R., Ellaway, A., & Macintyre, S. (2000). ‘Beyond Four Walls’. The psycho-social benefits of home: Evidence from West Central Scotland. *Housing Studies*, 15(3), 387–410.
- <sup>37</sup> Evans, G. W., Wells, N. M., & Moch, A. (2003). Housing and mental health: A review of the evidence and a methodological and conceptual critique. *Journal of Social Issues*, 59(3), 475–500.
- <sup>38</sup> Padgett, D. K. (2007). There’s no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1925–1936.
- <sup>39</sup> Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L., & Trainor, J. (2007). Housing choice and control, housing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(2), 89–100.
- <sup>40</sup> McPherson, P., Krotofil, J., & Killaspy, H. (2018)...
- <sup>41</sup> Chesters, J., Fletcher, M., & Jones, R. (2005). Mental illness recovery and place. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(2), 89–97.

Watson, J., Fossey, E., & Harvey, C. (2018). A home but how to connect with others? A qualitative meta-synthesis of experiences of people with mental illness living in supported housing. *Health and Social Care in the Community*, 1–19.

<sup>42</sup> Piat, M., Sabetti, J., & Padgett, D. (2018). Supported housing for adults with psychiatric disabilities: How tenants confront the problem of loneliness. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), 191–198.

<sup>43</sup> Cruwys, T., Dingle, G. A., Hornsey, M. J., Jetten, J., Oei, T. P., & Walter, Z. C. (2014). Social isolation schema responds to positive social experiences: Longitudinal evidence from vulnerable populations. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(3), 265–280.

<sup>43</sup> Walker, R., & Seasons, M. (2002). Planning supported housing: A new orientation in housing for people with serious mental illness. *Journal of Planning Education and Research*, 21(3), 313–319.

<sup>44</sup> Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals. Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493–505.

Jost, J. J., Levitt, A. J., Hannigan, A., Barbosa, A., & Matuza, S. (2014). Promoting consumer choice and empowerment through tenant choice of supportive housing case manager. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 17(1), 72–91.

<sup>45</sup> Grant, J. G., & Westhues, A. (2010). Choice and outcome in mental health supported housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(3), 232–235.

<sup>46</sup> Slade, M., Leese, M., Cahill, S., Thornicroft, G., & Kuipers, E. (2005). Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *British Journal of Psychiatry*, 187(03), 256–261.

<sup>47</sup> Gray, R., White, J., Schulz, M., & Abderhalden, C. (2010). Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: An international programme of research. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(1), 36–44.

<sup>48</sup> Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(06), 445–452.

<sup>49</sup> Srov. Grealish, A., Tai, S., Hunter, A., Emsley, R., Murrells, T., & Morrison, A. P. (2017). Does empowerment mediate the effects of psychological factors on mental health, well-being, and recovery in young people? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 314–335.

## **Komplexní pětiletý psychoterapeutický výcvik Otevřeného dialogu**

Ve spolupráci s brněnskou organizací Narativ pořádáme pětiletý sebezkušenostní komplexní vzdělávací program, který byl rozhodnutím komise Institutu pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) schválen pro oblast zdravotnictví. Zahrnuje 200 hodin teorie, 320 hodin sebezkušenosti a 200 hodin supervize.

Výcvik je připraven pro pracovníky center duševního zdraví, členy multidisciplinárních týmů zdravotních i sociálních služeb, pro ambulantní psychology, psychiatry a psychoterapeuty, pro sociální, komunitní pracovníky a peer pracovníky, kteří chtějí pracovat psychoterapeuticky. Úspěšné absolvování komplexního vzdělávacího programu postačuje lékařům s atestací v klinickém oboru a klinickým psychologům k žádosti o Evropský certifikát psychoterapie (ECP) vydávaný European Association for Psychotherapy. Čestným garantem výcviku je prof. Jaakko Scikkula, Ph.D., University of Jyväskylä (Finsko).

### **Základní 150hodinový kurz v Otevřeném dialogu (akreditace MPSV)**

Prakticky pojatý základní kurz pro facilitaci síťových setkání v Otevřeném dialogu, vedený lektory s praxí v síťových setkáních v rozsahu 150 hodin. Kurz je koncipován v souladu s tzv. 1-year foundation training, který je v mezinárodní komunitě OD stanoven jako minimální požadavek na práci facilitátora v Otevřeném dialogu.

V průběhu kurzu bude představen Otevřený dialog jako metoda i jako přístup k životu. Budou představeny hlavní principy Otevřeného dialogu i historie metody. Účastníci budou obeznámeni s podstatou dialogické praxe, osvojí si základní dovednosti naslouchání, absolvují řadu cvičení pro utváření dialogické praxe, včetně tréninku reflektování. Dále se s vámi podělíme mimo jiné i o naše praktické zkušenosti z práce s klienty metodou OD i o zkušenosti s využitím OD v práci s týmem (intervize v duchu OD), ale i s postřehy ze zavádění OD do fungování organizací.

Garantem kurzu je Mark Steven Hopfenbeck, docent na Norské univerzitě vědy a technologie (NTNU) v Trondheimu.

Více info na: [www.zahrada2000.cz/vzdelavani](http://www.zahrada2000.cz/vzdelavani).

Iceland   
Liechtenstein  
Norway grants

# OTEVŘENÝ DIALOG

# ÅPNERE DIALOGER

Brožura vznikla v rámci projektu

„Promoting the practical implementation of Open Dialogues in the Czech Republic ((reg.č. EHP-BFNU-OVNKM-2-074-01-2019))“

Podpořeno z Fondu pro bilaterální vztahy v rámci Fondů EHP a Norska 2014-2021

[www.eeagrants.cz](http://www.eeagrants.cz)

Iceland   
Liechtenstein  
Norway grants

  
Norway  
grants

[www.norwaygrants.cz](http://www.norwaygrants.cz)