

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Rogeriánský přístup sociálního pracovníka v práci  
s klienty se schizofrenií**

Aneta Jungbauerová

**Diplomová práce**

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

**PRAHA 2018**

# Prague College of Psychosocial Studies



## Rogerian approach of a social worker in working with clients with schizophrenia

Aneta Jungbauerová

### **The Diploma Thesis**

The Diploma Thesis Work Supervisor: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

**PRAHA 2018**

## **Prohlášení:**

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 30. 7. 2018

.....

Aneta Jungbauerová

## **Poděkování:**

Za odborné vedení diplomové práce, za trpělivost a cenné rady velmi děkuji vedoucímu mé diplomové práce doc. PaedDr. Slavomíru Lacovi, Ph.D. Také chci poděkovat svým kolegům z organizace Bona o.p.s., že byli ochotní vyplnit můj dotazník týkající se praktické části diplomové práce a především Petru Vítkovi, za cenné rady a možnosti sdílení. A samozřejmě děkuji i kolegům z jiných organizací, kteří se přidali k dotazníkovému šetření.

**Anotace:**

Diplomová práce se zabývá využíváním psychoterapeutických metod při práci sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním. Konkrétně se věnuje lidem se schizofrenií a rogeriánské psychoterapii. Autorka se věnuje v praktické části třem podmínkám rogeriánského psychoterapeutického směru, tedy autenticitě, empatii a bezpodmínečně pozitivnímu přijetí. Tyto podmínky měří u sociálních pracovníků, co psychoterapeutický výcvik mají, a u těch co jej nemají. Cílem je zjistit, jaký je mezi těmito skupinami rozdíl.

**Klíčová slova:**

Sociální práce, psychoterapie, schizofrenie, opravdovost, empatie, bezpodmínečně pozitivní přijetí

**Annotation:**

This Diploma thesis is dealing with making use of psychotherapeutic methods within the work of social workers focusing on people with mental illness. It is specifically aiming at people with schizophrenia and Rogerian psychotherapy (Person-centered therapy). The author puts attention on three conditions of Rogerian psychotherapy, namely authenticity, empathy and unconditional acceptance. These conditions are measured among social workers, who completed psychotherapy training and those who did not. The aim of this thesis is to find out, if there are any differences between these two groups.

**Key words:**

Social work, psychotherapy, schizophrenia, authenticity, empathy, unconditional acceptance

# OBSAH

ÚVOD.....	7
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>9</b>
<b>1. SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK .....</b>	<b>9</b>
1.1. Osobnost sociálního pracovníka .....	11
1.2. Uplatnění sociálního pracovníka .....	14
1.3. Etický kodex sociálního pracovníka.....	16
<b>2. SOCIÁLNÍ PRÁCE A TERAPIE .....</b>	<b>22</b>
2.1. Sociální práce .....	24
2.2. Psychoterapie.....	27
2.3. Příklady používaných terapeutických přístupů v sociální práci.....	30
2.3.1. Rogeriánský přístup.....	32
2.3.2. Kognitivně behaviorální přístup .....	36
2.3.3. Daseinanalýza.....	38
<b>3. CHARAKTERISTIKA SCHIZOFRENIE .....</b>	<b>40</b>
3.1. Specifika práce s lidmi se schizofrenií .....	43
3.2. Sociální služby pro lidi se schizofrenií .....	46
3.3. Příklad organizace věnující se lidem s duševním onemocněním .....	50
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>53</b>
<b>4. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>53</b>
4.1. Cíl výzkumu a formulace hypotéz .....	53
4.2. Metoda výzkumu.....	55
4.2.1. Výzkumný dotazník .....	56
4.3. Sběr dat a respondenti.....	59
4.4. Výsledky výzkumu .....	64
<b>5. DISKUZE .....</b>	<b>70</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>74</b>
<b>POUŽITÁ LITERATURA A ELEKTRONICKÉ ZDROJE .....</b>	<b>77</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ A TABULEK .....</b>	<b>80</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>82</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>83</b>

## ÚVOD

Téma své diplomové práce jsem nemusela dlouho rozmýšlet. Již několik let pracuji v organizaci podporující lidi s duševním onemocněním, v jejich začleňování do běžné společnosti. Zde pracuji jako sociální pracovník. A před více než třemi lety jsem nastoupila do rogeriánského psychoterapeutického výcviku. Oba tyto směry mě velmi naplňují, přijdou mi smysluplné a tím pádem se jim snažím oběma věnovat, jak nejvíce to jde.

Rogeriánská psychoterapie je známá svými třemi stěžejními podmínkami. Jedná se o opravdovost/autenticitu terapeuta, jeho empatii a bezpodmínečně pozitivnímu přijetí vůči klientovi. Tyto tři podmínky vnímám zároveň jako důležité pro práci sociálních pracovníků.

Právě proto je mým cílem v diplomové práci zjistit, jak na tom sociální pracovníci s uplatňováním těchto podmínek vůči svým klientům jsou. A konkrétně zjišťuji, zda je rozdíl mezi sociálními pracovníky, co mají nějaký psychoterapeutický výcvik a sociálními pracovníky bez psychoterapeutického výcviku.

Propojení terapeutických metod při práci s lidmi s psychoterií, vnímám jako velmi důležité. Psychoterapie v současné době získává konečně na oblibě, a proto si myslím, že by se měla uplatňovat všude tam, kde je možné, že pomůže. Mnoho lidí se schizofrenií se léčí či udržuje ve stabilním stavu často jen díky pravidelné medikaci. Psychiatrická medikace uživatele však velmi utlumuje, vzniká na ní závislost a často je jediným řešením zhoršeného stavu člověka ještě její navýšení lékařem. Jak by bylo skvělé, kdyby bylo více lidí s duševním onemocněním, kterým by dokázala pomoci pravidelná terapie. Avšak toto přání je asi otázkou daleké budoucnosti. Nicméně využívání alespoň terapeutických metod sociálními pracovníky by bylo velmi přínosné. Chtěla bych, aby tato práce přiblížila čtenáři, jak by bylo přínosné tyto dva obory propojovat.

V teoretické části přibližuji v její první kapitole čtenáři práci sociálního pracovníka. Věnuji se tomu, jaká by měla být osobnost sociálního pracovníka. Co musí splňovat a dělat pro to, aby svou práci vykonával kvalitně. Dále se zabývám jeho uplatněním v praxi. Kde můžeme na sociální pracovníky narazit a co vše mohou

se svým vzděláním dělat. Na konec první kapitoly se věnuji etickému kodexu sociálního pracovníka.

Následuje druhá kapitola, která se zabývá sociální prací, psychoterapií a jejich propojení. Nejdříve se čtenář seznámí se sociální prací, pak s psychoterapií. Věnuji se konkrétněji třem psychoterapeutickým směrům, které jsou v sociální práci často užívány. Jedná se o kognitivně behaviorální terapii, daseinanalýzu a terapii rogeriánskou. Nejvíce se však věnuji rogeriánské terapii, jelikož je na ni práce primárně zaměřena.

Poslední kapitola teoretické části se věnuje charakteristice schizofrenie. Objevuje se zde vysvětlení, co schizofrenie je, jaká jsou specifika práce s lidmi se schizofrenií. Dále píšou o sociálních službách, které podporují lidi s duševním onemocněním, a nakonec uvádím jednu konkrétní organizaci, která se lidem se schizofrenií věnuje již několik let.

Po teoretickém seznámení se všemi důležitými tématy práce se dostáváme k praktické části diplomové práce. Zde pomocí kvantitativní metody zjišťuji, jaká je souvislost mezi tím, zda mají sociální pracovníci psychoterapeutický výcvik či nikoli a jaký to má dopad na to, jestli užívají tři psychoterapeutické podmínky rogeriánského přístupu. Tento cíl zjišťuji pomocí dotazníku, kde respondenti odpovídají na otázky zaměřené na jednotlivé podmínky.

Šetření se zúčastnilo 40 sociálních pracovníků, z nichž 20 má psychoterapeutický výcvik a 20 nikoli.

Praktická část čtenáře seznámí s cílem výzkumu, hypotézami, metodami výzkumu a podrobněji s průzkumným dotazníkem. Dále zde popisují sběr dat od respondentů a složení respondentů, které může být přehledně znázorněno díky demografickým otázkám v dotazníku.

Ke konci praktické části dojdeme k výsledkům, diskusi a závěru celé diplomové práce.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

Práce sociálního pracovníka může mít mnoho podob. Sociální pracovník může pracovat s klienty v kanceláři, v jejich domově, na ulici, prostě kdekoliv. Může pracovat s klienty individuálně, se skupinou, samostatně, ve dvojici, ve větším týmu. A tak dále. Způsobů a podob práce sociálních pracovníků je nepřehledné množství. A čím více jde čas dále, tím více se možnosti podpory ze stran sociálních pracovníků rozšiřují. Je více problémů v životě samotném. Sociální pracovník jako povolání existuje již velmi dlouho. Dříve bylo jeho hlavní náplní práce řešení chudoby. Dnes má sociální pracovník plno práce s okolnostmi, které se dříve řešit nemusely. Myslím tím například drogy. Celá drogová závislost je něco, co je v této době velmi rozšířené, zároveň nebylo před stovkami let. Rozhodně ne v takové míře. I z tohoto důvodu vznikl nový pojem duální diagnóza. Což je spojení nějakého duševního onemocnění a k tomu připojené závislosti. Jakékoli. Nejčastěji se však jedná o drogovou či alkoholovou závislost (Bohnice bez hranic, n.d.). Chci tímto příkladem sdělit, že práce sociálního pracovníka postupem let, desetiletí, staletí nabírá na své náročnosti.

Každý člověk, který vykonává povolání sociálního pracovníka je jedinečný a to samozřejmě také vnáší do svého způsobu práce. Někdo je více klidný a rozvážný, někdo má naopak rád, když je se vším co nejrychleji hotový a může řešit věc další. Existuje však mnoho definic, co sociální pracovník činí, jaká je jeho náplň práce. „Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky“ (Matoušek, 2012, s. 10). Sociální pracovník by měl být profesionálem, který disponuje předpoklady, vlastnostmi a schopnostmi, které jsou pro práci sociálního pracovníka žádoucí. Svoji práci nabádá ke zlepšení životní situace a vede ke správným postojům, ať už pracuje s jednotlivcem, skupinou či komunitou (Laca, 2017, s. 336). Ve slovníku ministerstva práce a sociálních věcí se pro popis sociálního pracovníka uvádějí tato slova: „Sociální pracovník je kvalifikovaný pracovník vykonávající

činnosti, které přispívají k uskutečňování smyslu a účelu sociální práce, tj. k ochraně lidských práv a lidské důstojnosti a k podpoře sociálního bezpečí osob. Tyto odborné činnosti jsou vykonávány v souladu s rozsahem odborné kvalifikace sociálního pracovníka. Sociální pracovník při své práci využívá metody sociální práce (např. metody práce s osobami se sluchovým postižením, s drogově závislými osobami atd.) a poznatky dalších oborů, jakými jsou např. právo, psychologie, sociologie. Předpokladem pro výkon povolání sociálního pracovníka je svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost odpovídající požadavkům stanoveným zákonem“ (Slovník Ministerstvo práce a sociálních věcí, n.d.).

Jak jsem psala výše, definic toho, kdo sociálním pracovníkem je a není, je velké množství. Ty ale neurčují lidské založení člověka/sociálního pracovníka, který bude práci vykonávat. Je to vlastně jen takové vodítko, které dává hranice práci, kterou může každý vykonávat podle svého uvážení, samozřejmě v souladu s etickými kodexy a v první řadě v zájmu klienta.

V České republice může pracovat jako sociální pracovník, resp. je odborně způsobilý pro pozici sociálního pracovníka, člověk, který je absolventem v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci, sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociálně právní činnost či charitní a sociální činnost. A to ať ve vyšším či vysokoškolském vzdělání (Ministersvo práce a sociálních věcí, n.d.). Tyto podmínky nám ukládá zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytující služby sociální prevence, despítážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace“ (Ministersvo práce a sociálních věcí, n.d.).

Pro určení toho, kdo je sociální pracovník jsou zákon a zákonné požadavky jistě nezbytnou součástí. Pro tuto profesi je určitě nutné mít určité vzdělání a odbornost. Ovšem nejen vzdělání dělá kvalitního sociálního pracovníka. Vzdělání může člověka konkrétněji nasměrovat, dát mu jistou představu a znalosti. Ale je

nutné, aby člověk jako sociální pracovník se také jako sociální pracovník vnímal. Byl v této životní roli spokojený. Rozšířenějším úhlem pohledu kouká na sociálního pracovníka Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFSW – International Federation of Social Workers). Tato federace stanovila podmínky pro výkon sociálního pracovníka. A to takové:

- Sociální pracovník má mít minimálně tříleté pomaturitní vzdělání z okruhu sociální práce (tedy bakalářské nebo magisterské ukončené studium sociální práce),
- Má zájem o celoživotní vzdělávání,
- Pro začátek praxe musí dosáhnout věku 21 let,
- Splňuje osobnostní požadavky (např. beztrestnost, mlčenlivost či důvěryhodnost),
- Má požadovanou úroveň všeobecných, odborných a specializovaných vědomostí a sociálních dovedností (Laca, 2017, s. 146).

Vypadá to, že sociální pracovník může být jen někdo, kdo je rozhodnutý své práci obětovat mnoho. Což je i není pravdou. Není to práce jako každá jiná. Jde o častý kontakt s lidmi, často špatně sociálně přizpůsobenými lidmi. Důležitým faktorem v celé profesi je to, aby měl sociální pracovník svou práci rád a vykonával ji s chutí. Jak se totiž tato chuť ztratí, velmi rychle se nechut' dostane i k lidem, se kterými dotyčný pracuje. Ale o tom už více v další kapitole.

## **1.1. Osobnost sociálního pracovníka**

V žádném případě nemůže práci sociálního pracovníka dělat každý. Jako pro téměř každý druh práce, i pro výkon práce sociálního pracovníka musí mít člověk určité charakteristiky, aby vykonával své uplatnění tak, aby se dalo říci, že svou práci dělá kvalitně. A i když může být uplatnění sociálních pracovníků na trhu práce hodně odlišné, vždy je důležitých několik vlastností a kvalit, které musí sociální pracovník naplňovat. Základem je tolerance a bezpodmínečné přijetí cílové skupiny, se kterou chce sociální pracovník pracovat. Je důležitá míra empatie pro své klienty a pochopení jejich znevýhodnění a situaci. Také je velmi důležité takzvané

naladění člověka, aby byl svým klientům nadějí a příjemným společníkem, rádcem, vrbou nebo motivací. Jednoduše řečeno, sociální pracovník musí umět být přiměřenou podporou pro člověka, kterému chce být nápomocen. Pro mě je v tomto mém popisu charakteristik sociálního pracovníka důležité právě slovo přiměřenost. Což je možná na této práci to nejtěžší. Najít, mít a udržet si tu správnou míru, kdy jsem klientovi podporou tam, kde si on sám ideálně určí. Je podle mě velice špatně, když jsem ke klientovi až moc nápomocná, až za hranici toho, kdy klienta zneschopňuji a dělám věci za něj. Bývá velice lehké do tohoto schématu zapadnout. Dost často to bývá pohodlné pro obě strany. Jak pro pracovníka, protože situace a problémy se většinou vyřeší rychleji, což může soc. pracovníka uspokojovat po jeho výkonné stránce a pro klienta je to samozřejmě pohodlné, protože věci se zařizují bez jeho většího přičinění. A i s tímto velmi souvisí nejen dobré vzdělání, pravidelné školení, ale i zkušenost pracovníka a jeho přístup k životu. I k jeho samotnému životu. Těžko může pomáhat člověk, který se sám potácí ve svých osobních problémech. Je pak hlavou u sebe a tím pádem se velmi pravděpodobně vylučuje i to, aby byl přítomen pro klienta. A tím mohu velmi dobře navázat i na to, že je velmi příhodné, když má člověk v pomáhající profesi celkově zvládnutý psychotherapeutický výcvik. Pro člověka v pomáhající profesi – zde konkrétně v práci sociálního pracovníka, je potom snadnější pracovat s klienty v těžších situacích, s větším znevýhodněním a celkově je pro něj snadnější oddělovat práci od osobního života a umět si věci lépe vysvětlovat, porozumět jim.

Další důležitou osobnostní součástí člověka na pozici sociálního pracovníka je jeho fungování v krizových situacích. Při výkonu sociální práce může člověk narazit na velmi nepříjemné, někdy nebezpečné situace, v nichž je třeba zachovat chladnou hlavu a být tím, o koho se dá opřít a obrátit se na něj. Spoustu takových situací se dá natrénovat, naučit se postupy. Ale stejně jako život samotný, i práce s klienty v sociální práci je velmi různorodá a pracovník může s klientem při práci narazit na mnoho okolností a problémů, které zažívá poprvé v životě a nemusel o nich ani slyšet. Nemyslím si, že je ze všeho nejdůležitější, aby se každá situace vyřešila správně. Protože, co to vlastně je? Vyřešit situaci správně. Ale je důležité zachovat se tak, aby se v co největší možné míře zachovala důstojnost klienta a jak se říká, čisté svědomí sociálního pracovníka.

V literatuře můžeme narazit na několik způsobů dělení sociálního pracovníka. Uvedu jeden z nejběžnějších a nejpoužívanějších. Je jím dělení od Banksové z roku 1995 a knihy *Ethics and Values in Social Work*. Sociální pracovníky dělí podle jejich přístupu k praxi (Matoušek, 2008, s. 46):

- Angažovaný pracovník pracuje takovým způsobem, jakým si naplňuje své morální hodnoty – což je pro něj prioritou. S klienty jedná jako se sobě rovnými a chová se k nim s respektem, pečuje o ně a jedná s nimi jako s přáteli. U tohoto pracovníka hrozí, že může dojít k vytvoření osobního vztahu s klientem, anebo k jeho vyhoření. Je důležité, aby byl kladen důraz na to, aby se pracovník pohyboval v institucionálním rámci práv a povinností.
- Radikální sociální pracovník má jako svou prioritu politickou stránku věci. Tím myšleno, že s klienty sice pracuje, ale takovým způsobem, a hlavně proto, aby ukázal, co je špatně ve společenské normě. Jde mu tedy spíše o politickou ideologii a pracuje v zájmu sociální změny. A stejně jako angažovaný sociální pracovník tedy vkládá do práce své osobní hodnoty.
- Byrokratický sociální pracovník se vyznačuje manipulací s klienty pro jejich prospěch. U tohoto modelu se doporučuje oddělení osobních, profesních a hodnot zaměstnavatele. Toto rozdělení je nutné proto, aby se byrokratičtí sociální pracovníci necítili vinni tím, že s lidmi manipulují a že využívají vztah způsobem, který by v jejich osobním životě nebyl považován za čestný.
- Profesionálním sociálním pracovníkem se nazývá ten, který má dostatečné vysokoškolské vzdělání proto, aby mohl práci sociálního pracovníka vykonávat a v praxi je veden etickým kodexem. Jeho prioritou je klient samotný. Je pro něj důležitý individuální vztah s klientem, kterého chápe jako aktivního spolupracovníka. Umožňuje participaci klienta na rozhodování a otevře se i služba jeho vlivu. Klient má možnost si stěžovat. Dostává prostě v kontextu profesionálního vztahu větší moc, která je však stále pod kontrolou sociálního pracovníka (Matoušek, 2008, s. 46).

Můžeme také sociální pracovníky dělit podle toho, jak svou práci vůči klientům vykonávají. Pro tento příklad nám může posloužit Laca (2017, s. 149–151) a jeho kniha Sociální práce a sociální pedagogika. Píše zde o funkcích, které sociální pracovník potřebuje pro výkon své práce. Pro nějakého sociálního pracovníka jsou všechny uvedené na denním pořádku, pro někoho jsou uvedené charakteristiky nepředstavitelné. Jedná se o funkce: soc. pracovník jako psychoterapeut, jako pedagog, manažer, jako vědec či výzkumník a poslední je sociální pracovník jako osobnost. Každý z uvedených přístupů/funkcí je velmi důležitý a pro klienta potřebný. Někdy potřebuje klient někoho jako učitele, někdy někoho jako poradce či terapeuta. Nemyslím, že je třeba jednotlivé rozdělení vysvětlovat. Přijde mi celkem jasné a hezky představitelné. A je ideální skloubit všechny uvedené schopnosti sociálního pracovníka v jednom člověku. Pozastavila bych se jen u poslední funkce, a to tedy sociální pracovník jako osobnost. Opět chci zdůraznit, že je důležité, aby člověk, který chce pracovat na pozici sociálního pracovníka, rozmyslel, zda je ochotný a osobnostně uzpůsobený k takovému druhu práce. Nicméně tato funkce je právě ta, která se dá jen těžko naučit. Být pedagogem nebo manažerem se dá natrénovat, načíst. Být ale člověkem, který rád a srdečně napomůže člověku, který může být kvůli svému znevýhodnění na okraji společnosti, to se učit nedá.

## **1.2. Uplatnění sociálního pracovníka**

Se sociálním pracovníkem se můžeme setkat v podstatě každý den. Jejich možnosti uplatnění jsou velmi široké. A cest, kterými se může vystudovaný sociální pracovník po škole vydat, je mnoho. A tím pádem se nabízí hledět na rozdělení možných uplatnění z více úhlů pohledů. Můžeme dělit práci sociálního pracovníka dle toho:

- Jak staří jsou jeho klienti – děti, mládež, důchodový věk apod.,
- Dle statusů jeho klientů – nezaměstnaní klienti, lidé bez domova, migranti apod.,
- Podle místa, kde sociální pracovník práci vykonává – terénní práce, práce v komunitě, ambulantní práce apod.,

- Podle toho, jaký druh činnosti vykonává – sociální služby, sociální poradenství, sociální prevence, supervize, streetwork, mediace, krizová intervence, sociální terapie, sociální výzkum, vzdělávání profesionálů, sociální diagnostika apod.

Tímto přehledným rozdělením jsem se nechala inspirovat z knihy Sociálna práca a sociálna pedagogika (Laca, 2017, s. 113–114). Autor chtěl tímto rozdělením sdělit různorodost metod sociální práce. Zároveň jsem přesvědčená, že tím uvedl i různorodost možností uplatnění sociálního pracovníka.

Jaká mohou být uplatnění sociálních pracovníků, nalezneme vždy stručně vypsána i na internetových stránkách jednotlivých škol, které nabízejí studium tohoto oboru. Jsem však přesvědčená o tom, že nelze vypsát kompletní a definitivní souhrn možností uplatnění sociálních pracovníků. A to z důvodu toho, že společnost jde neustále kupředu. Objevují se stále nové a nové situace, které si vyžadují nové či jiné řešení. Ne na každou situaci můžeme použít metodu, která zafungovala na situaci předešlou. Naopak. Je nutné, aby uměl sociální pracovník již vytvořené metody používat, kombinovat a zároveň být i tvořivý v tom, jak metodu použít, aby zafungovala na konkrétního klienta. Proto je metodika sociální práce stále živým materiálem, který je třeba dotvářet, přetvářet a hodnotit (Laca, 2017, s. 117).

Uplatnění sociálního pracovníka dle Pražské vysoké školy psychosociálních studií zní následovně:

*Uplatnění absolventů bude zejména v těchto typech institucí:*

- Státní správa a státní služby,
- Občanská sdružení, nadace, charitativní instituce, neziskové organizace, vzdělávací instituce,
- Círky a náboženská sdružení,
- Instituce a sdružení, které se zabývají vývojem a růstem člověka a lidských společenství,
- Instituce udržující a rozvíjející kulturní hodnoty a statky v rámci místa, obce i regionu,

- Podniky poskytující svým zaměstnancům sociální služby,
- Stavovské a zaměstnanecké organizace,
- Při výkonu svobodného povolání sociálního pracovníka poskytujícího své služby samostatně nebo ve sdružení s jinými kolegy pomáhajících profesí (Pražská vysoká škola psychosociálních studií, n.d.).

### **1.3. Etický kodex sociálního pracovníka**

Nutnost etického kodexu v sociální práci je nevyhnutelná. Etický kodex stanovuje etické normy pro sociální pracovníky. Určuje pravidla, hranice a schvaluje či neschvaluje určité postupy při práci s klienty, informacemi o nich, mezizaměstnanecké principy a další nezbytnosti k práci sociálního pracovníka. Jeho úkolem není jen udávat normy sociálním pracovníkům, ale také jim pomoci chápat sami sebe a ozřejmit poslání profese veřejnosti i zájemcům o sociální práci (Matoušek, 2008, s. 42).

Etický kodex má samozřejmě svou dlouhou historii. Původní etický kodex vydala Společnost sociálních pracovníků již v roce 1995. Nyní je také mezinárodně platná Deklarace etických zásad, přijatá v roce 1994 a vycházející z etického kodexu přijatého IFSW (International Federation of Social Workers) v roce 1976 (Matoušek, 2008, s. 41). Etický kodex, který je pro tuto číst práce stěžejní, je etický kodex sociálních pracovníků, který byl schválen Společností sociálních pracovníků 19. 5. 2006 a účinnosti nabyl 20. 5. 2006 (Sociální pracovníci, n.d.).

Etický kodex sociálních pracovníků se zabývá několika body. Jedná se o etické zásady, což jsou spíše obecnější informace jako například, že sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez rozdílu, či že musí dávat přednost své profesionální odpovědnosti před soukromím. Dále se etický kodex zabývá konkrétními vztahy, na které sociální pracovník naráží. Jedná se o vztah s klientem, se svým zaměstnavatelem, s kolegy, o vztah ke svému povolání a odbornosti a vztahu ke společnosti. Pro větší seznámení s etickým kodexem přikládám jeho znění do přílohy na konci diplomové práce.



Samozřejmě má pak každá konkrétní organizace svůj etický kodex, který však vychází většinou ze vzoru tohoto, či je mu vždy minimálně velmi nápadně podobný. Pro příklad uvedu část jednoho etického kodexu. Konkrétně z organizace Bona o.p.s., v které jsem převážně sbírala data pro svoji práci:

Účelem tohoto dokumentu je podpora žádoucích norem přístupu a chování pracovníků Bona o.p.s. v souladu se Standardy kvality sociálních služeb. O těchto zásadách jsou informováni i uživatelé služeb Bona o.p.s.

#### *1. Pravidla etického chování pracovníka ve vztahu k uživateli služeb*

- Pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva uživatelů.
- Pracovník respektuje uživatele služby jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy, povinnostmi, včetně jeho zodpovědnosti za vlastní zdraví a vede ho k vědomí vlastní odpovědnosti.
- Pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem uživatelům.
- Pracovník respektuje právo každého uživatele na seberealizaci v takové míře, aby nedocházelo k omezení tohoto práva u jiných osob.
- Při kontaktování je pracovník povinen uživatele informovat o jeho právech a možnostech s důrazem na dodržování mlčenlivosti, postup při uplatňování stížností, proceduru přijetí, poskytování a ukončení služby, obecný popis dalších dostupných služeb.
- Pracovník je povinen jednat odpovědně, zejména s ohledem na specifika práce, která je založena na důvěře a určité míře závislosti.
- Pracovník si je vědom svého postavení vzhledem k uživateli. Nezneužívá práci, postavení a důvěru uživatele ve svůj prospěch.
- Pracovník nezanáší do profesionálního vztahu s uživatelem služeb své osobní problémy, přesvědčení a postoje (náboženské, filozofické, politické, ekologické).

- Pracovník zachovává mlčenlivost o osobních údajích a informacích, které se o uživateli dozví, chrání jeho právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení; data a informace požaduje po uživateli s ohledem na potřebnost při poskytování služeb a informuje ho o jejich potřebnosti a použití; žádnou informaci o uživateli neposkytne třetí osobě bez jeho písemného souhlasu.
- Pracovník vždy respektuje samostatnost uživatele, vyjádření jeho názoru a svobodu jeho rozhodnutí; uživatel může učinit rozhodnutí, které pracovník považuje za rizikové; pracovník v tomto případě uživatele na rizika upozorní, ale jeho rozhodnutí plně respektuje, pokud to neodporuje právním normám a pravidlům stanoveným ve smlouvách mezi uživatelem a organizací.
- Pracovník může jednat proti přáním uživatele pouze v případech (vymezených zákonem), kdy uživatel bezprostředně ohrožuje sebe nebo jiné osoby.
- Pracovník vstupuje do soukromí uživatele (bytu, pokoje, domu, pracoviště apod.) jen s výslovným souhlasem uživatele a za podmínky odůvodněnosti vzhledem k výkonu práce.
- Pracovník aktivně zamezí situacím, kdy by mohl být negativně ovlivněn ve své nestrannosti a profesionalitě (přijímáním hodnotných darů, vytvářením obchodních vztahů s uživateli, mimopracovními/intimními vztahy s uživateli apod.).
- Pracovník se přímo ani nepřímo nezapojí do žádné činnosti, která by mohla být vykládána jako přijetí úplatku.

## *2. Pravidla etického chování pracovníka ve vztahu ke svým kolegům*

- Pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků, vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných služeb.

- Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.
- Pracovník konstruktivně spolupracuje se svými kolegy, kteří jsou v kontaktu se stejnými uživateli.
- Upřednostňuje týmovou spolupráci před separací a individuálním pojetím služby.

### 3. *Pravidla etického chování pracovníka ve vztahu ke své osobě a profesi*

- Pracovník musí být bezúhonný, spolehlivý a zodpovědný.
- Pracovník musí za všech okolností dodržovat etické standardy platné v zaměstnanecké organizaci.
- V případě zjištění neetického či nelegálního jednání kolegy je povinen osobně ho na tuto skutečnost upozornit. V případě, že nedojde k nápravě tohoto jednání, je povinen o této skutečnosti informovat své nadřízené.
- Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně své práce a uplatňování nových přístupů a metod.
- Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základním předpokladem pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.
- Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.
- Pracovník si je vědom profesních hranic a zodpovídá za jejich udržování.
- Pracovník zná a v praxi uplatňuje postupy k prevenci syndromu vyhoření.
- Pracovník poskytuje služby dle platné metodiky organizace a v souladu s etickým kodexem.

#### *4. Pravidla etického chování pracovníka ve vztahu ke svému zaměstnavateli*

- Pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.
- V organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní i ostatním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.
- Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných uživatelům.
- Pracovník poskytuje informace o organizaci pouze v rozsahu svých kompetencí.
- Pracovník nevystupuje proti organizaci, proti jejím cílům, proti zájmům její činnosti ani proti uživatelům jejích služeb (Bona, n.d.).

Dohledala jsem na internetových stránkách MPSV, že pod etickým kodexem se skrývají práva duševně nemocných. A ty sem, vzhledem k tématu této práce, vkládám:

#### *Práva duševně postižených*

1. Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
3. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá, pokud možno, jeho schopnostem.
4. Tam, kde je to možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije,

by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.

5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.
7. Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instanci.
8. Tuto rezoluci schválilo Valné shromáždění OSN dne 20. prosince 1971 (Ministerstvo práce a sociálních věcí, n.d.).

Co se však ve slovech etického kodexu nedozvíme, jsou konkrétní postupy v konkrétních situacích. Jak píše Matoušek ve své knize *Metody a řízení sociální práce*: „Co však v kodexu nenajdou, je vedení ve specifických problematických situacích, kde se detaily liší případ od případu. Kodex nemůže být přesnou kuchařkou, podle níž by sociální pracovník bezmyšlenkovitě jednal a neměl by pak prostor pro vlastní úsudek a rozhodování a etická dimenze by se z jeho jednání nutně vytratila“ (Matoušek, 2008, s. 43).

## 2. SOCIÁLNÍ PRÁCE A TERAPIE

Pokud se člověk rozhodne pracovat v pomáhající profesi, ať už jako lékař, psycholog, terapeut, psychiatr nebo právě sociální pracovník, vždy je na místě, aby tento člověk na svém vybraném místě přistupoval k lidem nanejvýš lidsky a s porozuměním. Ne vždy je to ale pro každého samozřejmost. Pomoc ostatním není jen radost a pocit smysluplnosti, ale i starost a hlavně veliká zodpovědnost. S tím souvisí trénink dovedností a nezanedbatelně i charakter osoby. Někomu jsou tyto vlastnosti dány. Někteří z nás je hledají, jiní se musí zdokonalovat pomocí školení, kurzů či výcviků. Jedna z možností, jak jít těmto vlastnostem a pohledům naproti je psychoterapeutický výcvik, který je velmi cenný jak v osobním, tak v profesním životě. A právě terapeutický přístup v sociální práci je velmi důležitý. Samozřejmě primárně pro klienta, se kterým pracujeme, ale i pro pracovníka samotného. Terapie v pravém slova smyslu vyžaduje mimo jiné od terapeuta pochopení pro druhé, přijetí a toleranci k lidskému chybování. A to samé je nutné a žádoucí od člověka na pozici sociálního pracovníka.

V předchozí kapitole jsem se věnovala popisu sociálního pracovníka. Převážně jsem sdělovala informace, týkající se potřebného vzdělání kvalifikace, uplatnění nebo principy etického kodexu. Tato kapitola se bude dále věnovat sociální práci jako takové a jejímu popisu. A nyní se podíváme na propojení sociální práce a terapie. A jak je velmi přínosné, když se tyto dva obory prolínají.

Jak terapie, tak sociální práce jsou obory zaměřující se na člověka, jeho fungování v životě a celkově kvalitu jeho života. Oba obory se snaží o podporu, pomoc v situacích, kdy člověk nedokáže, ať už zapříčiněním svým nebo vlivem okolností, zvládnout situaci sám. Mezi psychoterapií a sociální prací je však rozdíl. A to v tom, že psychoterapie se zaměřuje na klienta jako na individuálního tvora a věnuje se spolu s klientem intenzivně růstu jeho samotného. Samozřejmě se během terapií dostávají k probírání ostatních lidí. Ale primárně je práce zaměřena na osobní růst, stabilitu, porozumění klienta sobě samému. Kdežto sociální pracovník pracuje s klientem velmi často v rámci sociálního prostředí a jeho fungování v něm (Navrátil, 2001, s. 23). Sociální pracovník se mnohem více zaobírá s klientem těmi praktickými věcmi. Například pomoc s hledáním práce, bydlení, podpora s finanční gramotností

apod. Sociální pracovník by se při práci s klientem měl zamýšlet a pracovat s využitím všech možných dostupných ostatních lidí v okolí klienta a snažit se je zapojit do spolupráce, pokud to jde (Navrátil, 2001, s. 22).

Vzhledem k tématu práce, která je zaměřená na osoby s duševním onemocněním, bych se ráda věnovala i zde konkrétně této cílové skupině. V následující kapitole se budu podrobněji věnovat duševnímu onemocnění, konkrétně schizofrenii. Takže teď jen zmíním, že kromě mnoha dalších možných symptomů schizofrenie je jedním z nich narušené vnímání reality (Kučerová, 2010, s. 11). To je takový projev lidské psychiky, který si mnoho z nás nedokáže představit. A tím pádem se důraz na empatii, či důvěru v to, když se někdo s takovou poruchou setkává, zvyšuje. Reagování na klientovy halucinace, představy či přesvědčení musí být zvládnuté, jinak může hrozit klientova hostilita či dokonce agrese. Pokud přijde člověk mající schizofrenii za sociálním pracovníkem, lékařem, terapeutem a už je velmi utrápený z bludného pronásledování jeho osoby, tak by se rozhodně nemělo stávat, že na něj pomáhající pracovník bude reagovat výsměšně, odmítavě nebo jakkoli jinak, co by vyjadřovalo nepřijetí jeho stavu. Člověk v pomáhající profesi se musí umět naladit na vlnu paranoidního člověka, který za ním přichází, jinak práce nemá smysl. Klient pozná, pokud mu někdo nevěří a bere jeho slova jako hloupost (Kučerová, 2010, s. 23–24). A třeba právě tento konkrétní příklad znázorňuje, jak je důležité umět pracovat se svými vlastními myšlenkami, umět dostatečně rychle promyslet, formulovat a podat klientovi tak, aby došlo k porozumění. A to není věc, co zvládne každý. Marlis Pörtner ve své knize píše o psychiatrické klinice v Belgii. Zde je i pomocný personál oddělení důvěrně seznamován se základy preterapie. Způsob práce na tomto oddělení je definován jako „zaměřený na osobu a realitu“. A celé jedno oddělení funguje podle zásad preterapie. Podporovat kontaktní funkce pacientů zde není náplň práce terapeutů, jako na většině pracovišť. Zde to je způsob každodenního fungování od všech, co se na pracovišti pohybují a přijdou s pacienty do kontaktu (Pörtner, 2009, s. 125).

Chci těmito příklady také naznačit, jak je důležité mít pro tyto lidi dostatek přijetí, empatie a být ve vztahu k nim co nejvíce otevřený. A právě tyto podmínky jsou dostačující pro Přístup zaměřený na člověka a právě ty, kterým se budu věnovat v empirické části mé diplomové práce.

## 2.1. Sociální práce

Historie sociální práce sahá pravděpodobně až do počátků lidstva samotného. Nechci se v této práci věnovat historii sociální práce. To je velmi mnoho informací a pro mou práci nejsou tolik podstatné. Co je ale za samotným vznikem sociální práce nebo možná lépe řečeno za sociálním chováním lidí, které napomáhá lepšímu fungování lidí ostatních. Navrátil píše, že významnou silou, která lidi motivuje k pomoci jiným je soucit. Soucit, kvůli kterému lidé pomáhají řešit problémy lidí, kteří trpí. A druhým důvodem pomoci je strach z toho, že sociální problémy ostatních by měli dopad na fungování i ostatních (Navrátil, 2001, s. 9).

Co však sociální práce vlastně je a jak se vymezuje, se nyní podíváme z pohledu více definic a snah některých autorů o to, jak slovy vyjádřit tento téměř všeobsahující obor zaměřený na člověka. Jedná se o společenskovední disciplínu, zároveň i oblast praktické činnosti. Za cíl si klade odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (Matoušek, 2012, s. 10). Takto popisuje sociální práci Matoušek. Avšak se neliší nijak zvlášť od ostatních autorů. Sociální práce vychází z poznatků mnohých jiných společenských věd a tyto vědecké poznatky pak aplikuje do praktického konání. Sociální práce se zabývá optimálním fungováním sociálních institucí, které se zabývají podporou jednotlivců, skupin či komunit (Laca, 2017, s. 335). Psychologický slovník nám sociální práci charakterizuje jako odbornou činnost profesionálních pracovníků prováděnou ve prospěch lidí v sociální nouzi. A dále o ní píše, že je to „aplikovaná společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejíž náplní je odhalování, vysvětlování a náprava sociálních problémů, při uplatňování společenské solidarity a naplňování individuálního lidského potenciálu“ (Hartl & Hartlová, 2010, s. 436). Nejstarší definicí je, že „sociální práce je to, co dělají sociální pracovníci“. A oproti tomu může stát definice, že „sociální práce je často to, co jiní – zdravotní sestry, lékaři, policie atd. nedělají“. Mohla bych přidávat další a další možné definice sociální práce. Ale jsem si jistá, že žádná z nich by nebyla úplná nebo dostačující, aby obsáhla veškerý obsah, který se za pojmem „sociální práce“ skrývá. Vytvořit definici sociální práce nejde ani z důvodu toho, že jak jsem již psala v kapitole o uplatnění sociálního pracovníka, je sociální práce živým oborem, který se neustále



vyvíjí a jeho rozsah reaguje na sociální události, které se proměňují, jdou dopředu, mění se (Laca, 2017, s. 117.)

V rámci sociální politiky má sociální práce nezastupitelné a pevné místo. „Sociální práce je součástí státem organizovaného a zabezpečovacího systému redistribuce zboží a služeb. Jejím cílem je uspokojování sociálních potřeb klientů a zajištění kontroly, příp. změny chování, které je považováno za sociálně problematické nebo deviantní“ (Matoušek, 2008, s. 25). Ač je sociální práce téměř všudypřítomná, nejvíce se vyskytuje a provádí v rámci sociálních služeb. A zde jsou sociální pracovníci profesionály, kteří se svými klienty pracují na cílech, plánech. A tím se velkou mírou realizuje sociální politika (Matoušek, 2012, s. 179). Jak jednoduše zní, že sociální pracovníci pracují na cílech a plánech se svými klienty. Ten, kdo nikdy s klienty nepracoval, si těžko dokáže představit, jak náročný tento proces může být. Každý klient nespolupracuje tak, jak by bylo pro spolupráci ideální. Sociální pracovník musí být velmi často vyzbrojen velkou dávkou tolerance a trpělivosti. Přesně v tom, jak je každý klient jiný, je sociální práce krásná a stejně tak náročná. Za tím, jak sociální práce plní cíle sociální politiky, je obrovská dávka těžké práce sociálních pracovníků. Tyto myšlenky souvisí se slovy Řezníčka, který píše: „Specifikem profese sociální práce je požadavek osobního nasazení pracovníků při řešení problémů jejich klientů. Princip kontrolovaného osobního zaujetí spolu s požadavkem hodnotové neutrality kladou značné nároky na emocionální rovnováhu a výkonovou výdrž sociálních pracovníků“ (Řezníček, 2000, s. 19).

Sociální práce se dělí na tři paradigmaty. Tedy tři takové úhly pohledu, ve kterých je sociální práce viděna vždy trochu jinak. Má vždy jiné filosofické východisko. Matějček jednotlivá paradigmaty popisuje následovně:

1) Sociální práce jako terapeutická pomoc:

- Hlavním faktorem sociálního fungování je duševní zdraví a pohoda člověka,
- Sociální práce se zde chápe jako terapeutická intervence, s cílem zabezpečit jednotlivcům, skupinám a komunitám psychosociální pohodu,
- Důraz je kladem na komunikaci a budování vztahu,

- Příkladem tohoto pojetí je Rogersova humanistická koncepce,
- Sociální pracovník by měl mít psychologické znalosti.

## 2) Sociální práce jako reforma společenského prostředí:

- Zde se sociální fungování chápe skrze společenskou rovnost v různých dimenzích společenského života,
- Sociální práce v tomto paradigmatu se zaměřuje na zmocňování jednotlivců i skupin a snaží se o to, aby měli klienti větší podíl na tvorbě a změnách společenských institucí,
- Jedná se zde o snahu o budování společnosti na rovnostářských principech,
- Příkladem je strukturální model, který vypracovali Middleman, Goldberg a Wood,
- Sociální pracovník by se měl vyznat v politologii, sociální filozofii a sociologii.

## 3) Poradenské paradigma sociální práce:

- Sociální fungování se zde odvíjí od schopnosti zvládat problémy a od přístupu k odpovídajícím informacím a službám,
- Je kladen důraz na individuální potřeby a současně se usiluje o zlepšení systému sociálních služeb,
- Sociální pracovníci pomáhají klientům prostřednictvím poskytování informací, kvalifikovaným poradenstvím, zpřístupňováním zdrojů a mediací,
- Zaměření je spíše na malé, individuální změny, které obvykle nevedou k větší sociální změně,
- Příkladem je úkolově orientovaný přístup práce s klientem,
- Sociální pracovník by měl mít znalosti psychologie, sociologie a práva.

Pro tuto práci je nejvýznamnější paradigma první. Evidentně je díky němu terapie podstatnou součástí sociální práce. U tohoto paradigmatu se totiž klade důraz

na psychologické znalosti a terapeutický výcvik u sociálních pracovníků (Matějček, 2012, s. 187–188).

## 2.2. Psychoterapie

Co se týče psychoterapie, dá se říci, že její historie je stejně tak bohatá jako sociální práce. Když se podíváme do knih, jak se kdysi léčily duševní poruchy nebo nějaké znaky chování vymykající se normálu, nebyly většinou metody léčení příliš humánní. Často se za léčbu považovalo bičování, hladovění, pálení a jiné. Lidé se tím snažili vyhnat zlého ducha ze schránky člověka, tedy jeho těla (Atkinson & Hilgard, 2012, s. 673). Nicméně už tyto metody se dají považovat za pokus o léčbu, tedy terapii pro člověka, který trpí nějakými problémy.

Psychologický slovník nám k psychoterapii říká, že se jedná o: „lечение duševních poruch a hraničních stavů psychologickými prostředky, k nimž patří: slovo, gesto, mimika mlčení, případně úprava prostředí; je jedním z účinných způsobů psychologické pomoci, plánované, promyšlené a prováděné odborníky; psychoterapie vyžaduje talent, schopnost improvizace a intuici, je vždy úsilím k odpovědnosti, snahou rozšířit subjektivní svět pacientových/klientových hodnot“ (Hartl & Hartlová, 2010, s. 477). Trochu obecněji můžeme vidět popis výrazu psychoterapie v Atkinsonové, která uvádí, že: „Výrazem psychoterapie označujeme řadu psychologických technik, jejichž cílem je zmírnit problémy člověka a usnadnit jeho efektivní působení ve společnosti“ (Atkinson & Hilgard, 2012, s. 677). Psychoterapie je prostě metoda pomoci lidem v nějaké subjektivně tíživé životní situaci. Jedná se o léčebnou činnost, léčebné působení, záměrné ovlivňování, soubor léčebných metod apod. A dle toho se samozřejmě dělí na velké množství cest a způsobů jejího využití. Mezi současné směry v psychoterapii řadíme psychoterapii hlubinnou, dynamickou a interpersonální, rogersovskou, behaviorální, kognitivní, komunikační, gestalt terapii, existenciální a humanistickou psychoterapii a další (Kratochvíl, 2017, s. 21). Nechci se však jednotlivým odvětvím nijak do podrobnosti věnovat. Už z důvodu omezenosti práce, tak i proto, že to není nutné vzhledem k tématu. Více se dále v práci věnuji třem vybraným směrům, s jedním v čele, na který je zaměřena má diplomová práce, tedy na rogeriánskou psychoterapii.

Psychoterapie se dělí jednak dle směrů, dále také dle toho, zda se jedná o psychoterapii individuální, skupinovou, či o léčebné společenství. Vždy však psychoterapie probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená. A tyto interakce probíhají tedy mezi terapeutem a klientem nebo terapeuty a klienty, když se jedná o skupinovou léčbu (Baštecká, 2009, s. 307).

Co se týče cílů psychoterapie, jsou samozřejmě individuální dle klienta, který na terapii přichází a co si žádá. Obecněji se však dají rozdělit na dvojí. Kratochvíl formuluje cíle následovně:

- 1) Cílem psychoterapie je odstranění chorobných příznaků – cílem terapeuta je, aby pacienta zbavil potíží, případně konkrétněji obnovil pracovní schopnosti, schopnosti požitku, kontaktu, naděje, schopnosti radovat se. Cíl je dosažen, pokud vymizí symptomy, které tomu bránily.
- 2) Cílem psychoterapie je reedukace, resocializace, reorganizace, restrukturační, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti – zde se usiluje o korekci postojů. Osobnost pacienta se přetváří ve směru správné adaptace nebo ve směru zrání a uskutečňování svého individuálního životního poslání. Odstranění symptomu je zde spíše jako vedlejší důsledek. Zlepšení se hodnotí podle dosaženého stupně osobnostních změn, nikoli dle symptomatiky.

Kratochvíl dále uvádí, že právě druhý přístup je nepochybně výhodnější, díky větší důkladnosti a hlubšímu působení (Kratochvíl, 2017, s. 19).

I přes všechny slova a popisy v knihách, či od expertů, si nikdo nedokáže předem přesně představit, jak by vypadala konkrétně jeho individuální terapie. Tím, že je každý člověk jiný, je i každá jedna terapie odlišná. I kvůli osobnosti terapeuta, tak především kvůli osobnosti klienta. Mnoho lidí se bojí odhalovat před „cizím“ člověkem, i když se jedná o povolání, které je k naslouchání určené. „Mezi uživateli psychoterapie narůstá potřeba, aby je terapeut nepoučoval o jejich skrytých grandiózních přáních a o tom, že se zdráhají přijmout každodenní práci a přizpůsobit se realitě. Chtějí spíše, aby jim terapeut potvrdil, že je realita tak zlá, jak připadá jim samým. Terapeut nemá zpochybňovat jejich manickou obranu. Má je podpořit,

pomoci jim v realizaci grandiózních fantazií a případně jim být k dispozici jako obětní beránek, když se to nepodaří“ (Schmidbauer, 2013, s. 331–332).

Lidé přicházející na terapii, mají často v hlavě otázky. Otázky, které mají připravené na svého terapeuta, neboť si myslí, že na ně terapeut zná odpovědi. To je ovšem přání, které se na terapeutických sezeních málokdy naplní. U většiny druhů terapií je nutný veliký počet sezení, aby se člověk cítil lépe. A i přesto se stane, že po několika letech docházení na terapie se klient necítí jako úplně vyléčený, úplně svobodný a připravený realizovat všechna svoje životní přání. Co by se ale mělo stát, je to, že by se měl klient lépe orientovat ve svém životě. Porozumět tomu, co se kolem něj děje a proč v tom reaguje svým způsobem. A to se stane pouze, pokud je terapie dobře provedena (Schmidbauer, 2013, s. 332).

Jak lze z předchozích vět vyčíst, práce terapeuta je velmi náročná a kladou se na něj velké nároky. Psychoterapeut musí mít potřebné vzdělání a k provádění odborné psychoterapie i speciální výcvik. A dále kromě tohoto formálního a nepostradatelného vzdělání musí mít dostatečné znalosti a dovednosti a nepostradatelně jsou důležité osobnostní vlastnosti, které už se mohou lišit v závislosti na konkrétním psychoterapeutickém přístupu. Vzhledem k tomu, že se v nich metody liší, může si každý vybrat svůj psychoterapeutický směr dle svého osobnostního založení. Nezbytný a stejný u všech je však základní etický přístup v povolání (Kratochvíl, 2017, s. 16). A velmi důležité je, aby se psychoterapeuti o sebe a svou psychiku starali. Chodili na pravidelné supervize. Jejich psychika je jejich pracovním nástrojem. Proto je osobnost psychoterapeuta tak důležitá. Ve své knize shrnuje Kottler: „Naše práce není definována pouze naším terapeutickým výkonem, ale také tím, jak ji vnitřně prožíváme. Nezáleží ani tak na konkrétních úkolech, které řešíme, ani na našem pracovním kontextu; v zásadě jsme totiž placeni za to, že neustále v mnoha ohledech pracujeme na sobě samých a rozvíjíme se. Všechny ty knihy, které čteme, semináře a supervizní sezení, jež absolvujeme, naše rozhovory s kolegy, zejména však sezení, která vedeme – to vše nám pomáhá rozvinout naše schopnosti, dovednosti a osobní výkonnost. Když hovoříme se svými klienty, mluvíme zároveň sami k sobě. Když se snažíme vyvolat u druhých změnu novými, kreativnějšími způsoby, nutně i ve vlastním životě využíváme to, co jsme se při tom naučili“ (Kottler, 2013, s. 30).

### **2.3. Příklady používaných terapeutických přístupů v sociální práci**

Terapeutických přístupů je mnoho. A stále se rozšiřují. A samozřejmě i kombinují. Mállokterý přístup zůstává ve své praxi jen čistým jedním konkrétním směrem. A mnoho terapeutů má často více než jeden psychoterapeutický výcvik. Má to mnoho výhod. Jeden terapeut pak může mít dopad na více klientů, resp. na více potíží, které se lidem mohou přihodit. A tento přístup se nazývá integrativní psychoterapií (Baštecká & Goldman, 2001, s. 119). A to je právě terapie určená člověku na míru. Terapeut se tedy nemusí držet striktně jednoho směru, ale může využít metody i dalších, pokud je to na místě pro jeho klienta. V ČR je v praxi integrativní a ekletický přístup užíván nejrozšířeněji (Baštecká, 2009, s. 308). Jako i ostatní vědy, i psychoterapie má tendenci jít stále kupředu. Sama o sobě je ale už natolik rozpracovaná všemi možnými směry, že už asi není na co nového přicházet. Už se neobjevují žádné nové velké teorie a pohledy na fungování lidské psychiky. Jen sem tam se objeví maličko pozměněný postup nebo druh techniky, kterými se lze podívat. Ale ve výsledku už to je to samé, již jednou popsané v některé z teorií již existující (Baštecká & Goldman, 2001, s. 119). Kognitivně behaviorální terapie je ideální přístup například na kompulzivní poruchy, existencialismus pro člověka, který ztrácí smysl života. Pokud se člověk ocitne v životě někde, kde je nucen řešit více komplikací najednou a narazí na terapeuta, který má vzdělání ve všem, je to ideální.

Jednotlivé psychoterapeutické směry se v mnohém liší. Třeba tím, jak přemýšlí nad klientem – je si s terapeutem roven, či je to někdo, komu je třeba pomoci a je „pod“ terapeutem? Dále délkou setkávání se. U terapie je narozdíl od poradenství významné to, že terapeut se s klientem setkává pravidelně a opakovaně. Jedině tak se dá dělat terapie. U poradenství stačí někdy i jedno setkání. U terapie nikoli. Počet může být různý. Od několika měsíců po léta pravidelného docházení k terapeutovi. A rozdílů může být mezi jednotlivými směry mnoho a mnoho. Důležitější však než rozdíly mezi jednotlivými psychoterapeutickými směry je to, co mají společné. A v mé práci hlavně to, co z toho se může používat v sociální práci. Užívání terapeutických metod při tomto druhu práce je velmi přínosné. V terapeutickém přístupu je nejen způsob chování se ke klientovi, ale celkový

způsob myšlení, rozhovory s kolegy, mluvení o podřízených či nadřízených. Když mluví o terapeutickém přístupu v sociální práci, myslím tím, že osoba je vyzrálejší, klidnější, spokojenější. Svým klientům a kolegům poskytuje pochopení, přijetí, možnost zažít kvalitní vztah. Tím pádem i naději do budoucna, že společnost mě, jako případného klienta, dokáže přijmout i s mým znevýhodněním, pokud to do teď tak nebylo.

To, že sociální pracovník mluví lidsky, srozumitelně a tolerantně může být lidská charakteristika, možná, jak se říká, dar. Avšak tomu může jít člověk naproti tím, že nastoupí do psychoterapeutického výcviku. Ve výsledku totiž nejde pouze o způsob komunikace. Ale o způsob myšlení. Pokud se člověk rozhodne pro to, že nastoupí do psychoterapeutického výcviku, musí být toto rozhodnutí zcela dobrovolné. A to hlavně proto, že když výcvik probíhá, ne vždy je to příjemný proces. Člověk se v něm dotkne pocitů, které vědomě či nevědomě potlačuje a potká se s nimi často v dosti surové podobě. Záleží pak samozřejmě na individuálnosti každého frekventanta (člověka v psychoterapeutickém výcviku), jak bude průběh prožívat a jaký to bude mít dopad na jeho osobní život a jeho okolí. Hodně mluví v souvislosti s výcvikem o vztazích mezi lidmi. Což odpovídá realitě. Člověk je sociální tvor. A to buď méně, nebo více. Ale pro každého zdravého člověka je okolní sociální svět nějakým způsobem téma. Proto je to často probíraná věc na psychoterapeutických výcvicích i mimo ně, samozřejmě. A je to téma, které ovlivňuje nás všechny. A člověka pracujícího jako sociálního pracovníka obzvlášť. Už ze samotného pojmenování „sociální pracovník“ je jasné, že je to to primární, na co se má pracovník zaměřit. A téměř vždy je jednou z nejdůležitějších věcí v individuálním plánu něco jako kontakt s okolím – jakkoli to mají různí klienti pojmenované. Však i ze samotných charakteristik sociální práce je zřejmé, že člověk, na kterého se sociální práce zaměřuje je ten, který je kvůli nějakému důvodu na okraji společnosti. A u charakteristik psychoterapie se tématu vztahů dotýkáme samozřejmě také: „Psychoterapie je léčebná činnost, při níž psychoterapeut využívá své osobnosti a svých dovedností k tomu, aby u klienta došlo k žádoucí změně směrem k uspokojivějšímu prožívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění. Dovednosti psychoterapeuta se týkají vedení rozhovoru, vytvoření a udržování podpůrného vztahu a používání technik. Psychoterapii lze charakterizovat také jako

zvláštní formu lidského setkávání psychoterapeuta s druhým člověkem, který o pomoc žádá, zatímco terapeut jí nabízí“ (Vybíral & Roubal, 2010, s. 30).

Sociální práce a psychoterapie, či psychoterapeutické metody, jdou ruku v ruce. I když jsou to odlišné obory, jejich smysl je podobný a lidé studující tyto obory jsou si podobní svým lidským založením.

Vybrala jsem si pouze tři směry, které ve své práci přiblížím. Jak z důvodu omezenosti rozsahu práce, tak i proto, že myslím, že není třeba se věnovat všem. A konkrétně tyto tři jsem si vybrala proto, jelikož se s nimi při své práci setkávám nejčastěji. Respektive s metodami, které se v těchto směrech využívají. Jak jsem psala už dříve, pracuji s lidmi se schizofrenií, o kterých je primárně tato práce. A zároveň se podmínky těchto směrů využívají hojně celkově v sociální práci, tak i v životě, jak běží.

### **2.3.1. Rogeriánský přístup**

Ráda bych se tomuto směru věnovala nejvíce. Hlavně proto, jelikož je to jedna z hlavních částí celé diplomové práce, a proto si zaslouží více pozornosti než další uvedené směry. A také proto, že jsem sama v rogeriánském psychoterapeutickém výcviku, takže ho logicky považuji za ten nejzdařilejší – jako asi každý frekventant psychoterapeutického výcviku ten svůj.

Rogeriánský přístup má mnoho pojmenování, a co je zajímavé, téměř všechny se užívají podobně. Můžeme o něm slyšet (a jak já nejčastěji uvádím) jako o Rogeriánské terapii, terapii zaměřené na člověka/osobu/klienta, PCA terapie (Client Centered Therapy), terapie rozhovorem, teorie „já“, nedirektivní přístup, atd.

Prvně několik slov o Carlu R. Rogersovi, zakladateli Rogeriánské terapie. Žil mezi léty 1902 až 1987. Tento Američan se narodil v Illinois velmi bohatým a nábožensky založeným rodičům. Měl dalších pět sourozenců. Velkou část svého dětského života prožil na rodinném statku. Vždy hodně četl, mimo jiné i o zemědělství. A tak jeho kroky vedly ke studiu zemědělství. Před jeho dokončením však přestoupil na studium teologie. Ale ani to nebylo jeho poslední studium. Přešel ještě jednou a to na pedagogiku. Toto studium již dokončil a jeho uplatnění byla práce v poradně pro děti, které se dopustily trestných činů (Nykl, 2012, s. 24). Odtud



se začala jeho kariéra jako proslulého psychoterapeuta již krystalizovat jasněji. Začal přednášet, setkával se s lidmi z jeho budoucí a předurčené oblasti a vše šlo směrem k tomu, co dnes já tak velmi uznávám, tedy založení humanistické psychologie. „Rogers získal osm čestných doktorátů, byl zvolen prezidentem několika amerických psychologických společností a dostal mnoho ocenění, mezi jinými i cenu Americké psychologické asociace za výjimečný odborný přínos pro výzkum v oblasti psychoterapie a první cenu za odborný přínos. Tato ocenění nám signalizují, jak houževnatým a konsekventním zastáncem vědeckého přístupu Rogers byl; své teorie ověřoval celý svůj život, ale zároveň zůstal ve styku s klienty prostým člověkem“ (Nykl, 2012, s. 25).

Jak jednoduše zní „zůstal prostým člověkem“. Myslím však, že pro mnohé takto významné lidi je právě toto to nejtěžší. Kdykoli čtu jakoukoli knihu od Rogerse, tak s velkým respektem a vlastně hltám každé slovo, které si mohu prohlédnout. Uvědomuji si, jak je toto vyjádření hluboce individuální a čistě mé. Ale vážně v rogersovské teorii vidím význam nejen pro práci s klienty, ale i pro osobní život a především vztahy každého člověka, kdo by se o ni zajímal a chtěl by proniknout do jejích zákoutí. Kde přitom najde přístup, který je ohromně funkční, ale vlastně jednoduchý a po čase může být úplně přirozený téměř každému. Tento přístup je primárně tvořen třemi podmínkami. K třem stěžejním podmínkám se dostanu níže. Ale celý přístup samozřejmě nestojí jen na nich. „Teorie přístupu zaměřeného na člověka je nesmírně obsáhlá a zahrnuje mnoho dalších aspektů: obsáhlou teorii osobnosti a chování, definici mnoha pojmů, teorii self (struktura a diferencování psychických pochodů), vymezení příčin psychických poruch, odpoutání se od klinické diagnózy, aplikaci tohoto přístupu ve školství a v managementu, teorii všeobecných vztahů, teorii aktualizací tendence, teorii a podmínky psychoterapeutického procesu, vývoj osobnosti v terapeutickém procesu a encounterových skupinách“ (Nykl, 2012, s. 31). Ke všem těmto vzpomenujícím součástem by se samozřejmě dal dát nějaký popis, ale bojím se, že pak by se celá práce zvrhla v popis práce Carla Rogerse. Což by úplně nesplnilo podmínky, kterým se nechci vyhnout.

Rogeriánská terapie se od ostatních druhů psychoterapií liší především tím, že terapeut a klient jsou rovnocenní partneři. Ráda tento princip vysvětluji

na příkladu, že terapeut nejde, obrazně řečeno, před klientem a ukazuje mu cestu, nýbrž jdou terapeut s klientem vedle sebe. Stejným tempem. A hlavně tempem, které si určí klient sám. Jak samotný Rogers popisuje ve své knize Být sám sebou: „Vstupuji do vztahu nikoli jako vědec, nikoli jako lékař, který může stanovit přesnou diagnózu a aplikovat léčbu, ale jako osoba vstupující do osobního vztahu. Pokud bych klienta viděl pouze jako objekt, měl bych tendenci stát se pouhým objektem“ (Rogers, 2015, s. 222). Těžko popsati, co má být cílem rogeriánské terapie. To je právě to, co si každý klient určí sám. To je to důležité na tomto přístupu. Rogeriáni jsou přesvědčeni v aktualizační tendenci každého jedince. Což nám může správně připomínat Maslowa a jeho známou pyramidu potřeb. Sebeaktualizace je až nahoře. A k této potřebě je někdy velmi těžké dojít. Rogeriánská terapie, stejně jako mnoho dalších terapií, mají tento smysl.

Rogeriánský přístup je tvořen třemi podmínkami. A to: bezpodmínečné přijetí, empatie a kongruence. Tyto podmínky by měly být součástí každé terapie. Avšak pro rogeriánský směr jsou postačující. Bez nijakých dalších složitých technik. Pokud Rogeriánský terapeut dokáže naplnit skrze sebe pro klienta všechny tyto tři podmínky, terapie probíhá a klient se dostává blíže k sobě a porozumění si sám sobě. Rogeriáni jsou přesvědčeni, že každý člověk v sobě má aktualizační tendenci, jen je třeba, aby byl člověk přijímaný, chápaný a vyslyšený. Aby tímto způsobem došel k přijetí sebe samého a vyznal se, co v sobě prožívá. Ano, rogeriánská terapie je velmi o emocích. Jedna z podmínek tohoto přístupu je, jak jsem psala výše, kongruence. To se v základu myslí tak, že terapeut musí být dostatečně autentický/kongruentní, aby klient viděl a věřil v opravdovost svého terapeuta. Slovo autentický jsem použila spíše pro lepší pochopené této podmínky. Autenticita a kongruence totiž není jedno a totéž. Rozdíl mezi nimi je takový, že autentický člověk ne vždy pomůže druhému k jeho růstu, otevřenosti k sobě samému, exploraci. To je úkolem kongruence. Příkladem. Pokud mě někdo nazlobí, autenticky mohu říct „Štveš mě.“, ale právě u takového výroku chybí ta kvalita, že druhý člověk v této konverzaci bude vědět, co udělal nebo co udělat příště. Pokud to ale vyjádřím slovy: „Nezlob se na mě, ale opravdu mě štve, když já mluvím a ty mi do toho skáčeš. Mám pak vztek a nechce se mi už mluvit.“, to je kongruentní výrok. Pokud bude terapeutovi smutno z toho, co mu klient říká, je na místě, aby to vyslovil. Pokud

bude zažívat vztek, tak taktéž. A stejně tak u všech ostatních emocí. Radosti, napětí, zvědavosti a dalších. Jde hodně i o schopnost, jak používat jazyk. Jak se vyjádřit tak, aby to, co klient od terapeuta uslyší, bylo pochopitelné, konstruktivní a klienta to neunášelo k myšlenkám terapeuta, ale aby zůstal u sebe, nyní však možná s náhledem nové kvality, kterou předtím neviděl, než jí terapeut nevyslovil. Další výše zmíněnou podmínkou je bezpodmínečné přijetí. Respektive bezpodmínečné pozitivní přijetí. Tato podmínka je v podstatě ta základní. Bez ní se další dvě velmi špatně, zda vůbec, naplní. Rogeriánský terapeut by měl mít velkou míru tolerance k lidem. Respektovat je a umět jim pomoci, pokud chtějí. Samozřejmě to neznamená, že když přijde klient, na kterého si terapeut prostě nedokáže vytvořit takovou míru přijetí, které by umožňovalo pokračovat, doporučí klienta ke svému kolegovi, pokud je zájem z dalších stran. Ale bylo by velmi neprofesionální, kdyby terapeut pracoval s klientem, u kterého ví, že nedokáže naplnit podmínku bezpodmínečného pozitivního přijetí. Jak se tento pocit na straně terapeuta pozná? Tak, že když klient mluví, terapeut se dokáže vcítit do jeho prožívání, neběží mu hlavou myšlenky odsuzování, pohrdání, nechutě. Věří v jeho aktualizační tendenci. Třetí a poslední podmínkou je empatie. Bez podmínečného přijetí by právě tato podmínka nemohla vzniknout, jak jsem psala. Pokud klienta nedokáží vnitřně přijmout, nedokáží se do něj vcítovat, což je něco, bez čeho se rogeriánská terapie neobejde. Úkolem terapeuta je umět se dokázat vcítit do pocitů/prožitků jeho klienta. Být v emocích s ním. Být empatický, jak se říká, ale s větší kvalitou, než je běžné. „Empatie (ř. *empathia*: vcítění) je schopnost projevující se v tom, že s různou mírou přesnosti zachycujeme aktuální prožívání druhého člověka, které souvisí s určitými obsahy jeho vědomí, tedy i zkušenostmi, spolu s individuálními významy, jež pro něho tyto obsahy a zkušenosti mají. Přes porozumění aktuálnímu subjektivnímu světu druhého se dostáváme k porozumění jeho předpokladů, které vyplívají z vnitřního vztahového rámce, tedy ze sebepojetí“ (Vymětal, 1996, s. 89–90). Empatie u rogeriánského terapeuta je něco, co by měl klient na sezení pociťovat. Z terapeuta by mělo podle mého vyjadřovat, že klientovi rozumí. Což ale platí u všech třech podmínek. Ideální prostředí u terapie zaměřené na člověka vypadá tedy ve shrnutí tak, že má být znatelné, že terapeut svého klienta bezpodmínečně přijímá – že je klient vítán, pociťuje v průběhu sezení zájem o svou osobu, že mu terapeut rozumí, že to, co cítí je terapeutem respektováno, chápáno. To klient pozná tak, že to terapeut dokáže

autenticky vyjádřit nebo dát na sobě znát takovým způsobem, aby to bylo pro klienta dobře pochopitelné.

Pokud klient dochází na sezení dostatečně dlouho, setkává se s pocitem, kdy se dotýká sám sebe. Velmi těžko popsatelný pocit. A pochybuji, že to svým spisovatelským umem dokáži dostatečně vystihnout. Nicméně je to něco, co je velmi příjemné a zažívá pocit smysluplnosti. Díky němu více rozumí sám sobě nejen v situacích, které už pominuly, ale hlavně i těm, které nastávají a budou nastávat. Může to mít velký dopad na jeho vztahy s lidmi. Sám Rogers, který podle mého názoru skvěle popisuje právě podobné pocity, se k tomuto zážitku vyjadřuje takto: „Ale bytí se sebou samým „neřeší problémy“. Pouze otevírá nový způsob žití, v němž je větší hloubka a větší výška prožívání pocitů, větší šířka a větší rozmezí. Cítí se jedinečnější, a proto i osamělejší, je ale o tolik skutečnější, že jeho vztahy s druhými přestávají být strojené a začínají být hlubší, uspokojivější a vztahují do vztahu více skutečnosti druhé osoby“ (Rogers, 2015, s. 224).

### **2.3.2. Kognitivně behaviorální přístup**

Kognitivně behaviorální terapie je, jak je z názvu vidno, složen z dvou terapeutických směrů. Kognitivní terapie a behaviorální terapie. Kognitivní terapie se zabývá myšlením, zatímco behaviorální terapie se zaměřuje převážně na učení a jeho procesy. Dalo by se říci, že kognitivní terapie se zaměřovala na vnitřní procesy a behaviorální terapie na takové, co jsou vidět. Spojení těchto dvou přístupů se zdá být ideální. Funkčnost tohoto přístupu je mnohými výzkumy prokázána. Hlavně na nějaké typy diagnóz či poruch. Kognitivně behaviorální terapie využívá metodologii z behaviorální analýzy i teorie učení a k tomu přidává poznatky z kognitivní teorie a emoce. A toto propojení se terapeuticky pozitivně uplatňuje hlavně u úzkostných stavů (panických poruch, agorafobií, obsedantně kompulzivních poruch, sociálních fobií, hypochondrických poruch), depresivních poruch i dalších jiných poruch (noční pomočování, hraniční poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy, chronických bludů a halucinací, atd.) (Vybíral & Roubal et al., 2010, s. 200).

A nyní k popisu základních metod a znaků kognitivně behaviorální terapie. Moc hezky a přehledně popisuje tento a jiné přístupy ve své knize Současná psychoterapie Vybíral & Roubal et al. (2010). Dovolím si tedy popis kognitivně

behaviorální terapie převzít od něj. Je několik základních charakteristik, které ji vymezují:

- Průběh léčby je kratšího trvání, většinou jen několik měsíců, jen málokdy déle než rok. Počet sezení se pohybuje od jednoho do dvaceti a jedno sezení trvá 45 až 90 minut.
- Celá léčba je zaměřená na konkrétně definované problémy a měřitelné cíle. Jednotlivá sezení i veškeré kroky mají jasnou strukturu.
- Klient je od terapeuta informován o smyslu terapeutického postupu a tím pádem se od klienta vyžaduje aktivní přístup k řešení svých problémů i při zvýšení psychické nepohody.
- Každý terapeutický postup, který se použije, vychází z konkrétních potřeb daného klienta.
- I kognitivně behaviorální terapie se zaměřuje na dění teď a tady. Pokud se dostáváme do minulosti, tak jen pod tou podmínkou, že se emoce z dřívější doby promítají do současných.
- Problémy, které se terapií řeší, by měli být co nejvíce specifické – přítomné, konkrétní a ohraničené.
- Podobné by měli být i cíle, kterých se má dosáhnout – konkrétní, funkční, faktické a měřitelné.
- Důležité pro kognitivně behaviorální terapii jsou změny v životě. Změna chování, myšlení, prožívání, avšak v době mimo sezení, resp. mezi setkáními, ne na setkáních. Klient tedy nacvičuje způsoby chování a zvládání problémů díky domácím cvičením, které dostává.
- Využívají se vědecké způsoby práce. Při léčbě se sbírají konkrétní fakta. A ty pak slouží pro formulování hypotéz o vlivu faktorů na sebe. To je pak empiricky zkoumáno.
- A konečným cílem je samostatnost klienta. Klient je postupnými procesy a otázkami veden k tomu, aby si na dané souvislosti přicházel sám (Vybíral & Roubal et al., 2010, s. 195–197).

### 2.3.3. Daseinanalýza

Daseinanalýza je další směr z humanistického zaměření psychoterapií. Tím pádem má mnohé podobné s již mnou výše uvedenou rogeriánskou psychoterapií. Už v naladění se terapeuta na klienta, či důležitostí vztahu mezi terapeutem a klientem. Také je podobné, že terapeut, který se rozhodne pro práci terapeuta zaměřeného daseinanaliticky a projde jejím výcvikem, tak se nejedná pouze o výslednou práci s klientem, ale o celkovou změnu osobnosti terapeuta. Styl myšlení, uvažování, fungování ve vztazích a tak dále. Ale půjdeme od popisování podobností mezi Rogeriánstvím a Daseinanalýzou přímo k popisu Daseinanalýzy.

Daseinanalýza už svým přeložením do českého jazyka napovídá, o čem tento psychoterapeutický směr je. „Daseins“ se různými způsoby překládá vždy něco jako bytí, pobyt, existence. Jedná se tedy o analýzu pobytu. Ano. Hlavním smyslem Daseinanalýzy je najít smysl pobytu teď a tady. Najít smysl svého života nebo prožívání. Terapeut se správnými otázkami mířenými ke klientovi, dostává k jeho bytí. K jeho hlubokému prožívání. Pomáhá tedy klientovi najít sebe samého v sobě samém. Jak známo, má Daseinanalýza dlouhou historii. Vychází z širokých filosofických základů, primárně z Martina Heideggera a Edmunda Husserla. Do Čech se dostala skrze Jana Patočku. Jak jsem psala, historie a filosofický základ je široký. Daseinanalýza je psychoterapie nejvíce se hlásící ke svým filozofickým kořenům, kterou znám a hodnotím velmi kladně její dopady. Ale téměř každá psychoterapie vychází ze svých filozofických předchůdců. Však k sobě tyto dvě vědy mají tak blízko, přitom se každá zaměřuje na jiné věci. „Zatímco psychologie vysvětluje pozorovatelné chování a intrapersonální dynamiku, filozofie se pokouší vytvořit smysluplný pohled na lidskou existenci obecně a na existenci jednotlivce zvláště. Otázky filozofie mají hlubší, ontologickou povahu než otázky psychologie. To nám pomáhá pochopit, proč je každá teorie osobnosti založena na nějakém filozofickém předpokladu o povaze člověka. Psychologická fenomenologie, stejně jako některé jiné teorie, je založena na existenciální filozofii“ (Drapela, 2008, s. 112). Ale pro úctyhodné představení tohoto směru skrze filozofii zde v mé práci není prostor. Zúžím tedy popis k Daseinanalýze na její popis a aplikaci jejích metod. Začnu tedy opakováním již výše napsaného a popis postupně rozšířím. Terapeut pomáhá najít klientovi cestu k autenticitě. Jak jsem psala o Rogeriánské terapii,

že terapeut je klienta partner, u Daseinanalýzy je nazýván terapeut spíše průvodcem. Je jeho úkolem dovést klienta k jeho vnitřnímu prožívání, na které sám nedokáže nahlédnout. Primárním prostředkem je vztah, který by měl umět terapeut vytvořit a udržet. A v rámci tohoto vztahu svému klientovi naslouchá, je mu podporou a opakuje iniciativně výroky, které by mohly být pro klienta podstatné a jím neviděné, či zatím neprocitované. Což ale není myšleno jako nevědomí v psychoanalýze. I když by se mohlo zdát, že mají něco společné. Například důležitost snů. Avšak opět z jiného úhlu pohledu. „Existenciální analýza snů se od Freudova a Jungova přístupu liší tím, že odmítá hledat skrytý význam snových symbolů. Snové obrazy (respektive jejich popis) jsou považovány za mentální fenomény, jejich smysl lze bezprostředně vyložit z nich samotných“ (Plháková, 2010, s. 213).

### 3. CHARAKTERISTIKA SCHIZOFRENIE

Schizofrenie. Často skloňované slovo, avšak ne vždy správně pochopené. Jak často slyšíme z médií, že člověk se schizofrenií napadl člověka, jak člověk, co měl schizofrenii, pobodal ženu v obchodním domě, jak byl podezřelý člověk nejspíše schizofrenní. A tak dále. Mě osobně vždy tyto články v novinách nebo celkově zprávy o agresivních lidech se schizofrenií dost rozhněvají. Samozřejmě mají tyto informace ve společnosti ne malý dopad. Kdykoli se někde zmíním, že pracuji s lidmi se schizofrenií, tak první dotaz, který na mě dopadne je „A nebojíš se?“. A i když mě tyto reakce netěší, tak je vlastně chápu. Stejně jako je mýtus, že schizofrenie je rozdvojená osobnost, tak začíná být čím dál více pro společnost stereotyp, že člověk se schizofrenií je nebezpečný. Často vrah nebo minimálně někdo, před kým je potřeba být na pozoru. Má reakce na výše uvedenou reakci na mojí práci je, že se mnohdy více bojím jít domu noční Prahou sama, než být každý den v místnosti s našimi klienty nebo za nimi jít na pavilon, když jsou hospitalizováni. Poté přijde většinou vysvětlování, co to vlastně schizofrenie je, protože následující dotaz často bývá, kolik mají třeba moji klienti osobností.

Co to tedy vlastně schizofrenie je? Uvádí se, že lidí trpících schizofrenií je asi 1 % populace. Přesná příčina vzniku schizofrenie je však neznámá. Často se jedná o dědičnost, těžké životní zkušenosti, experimenty s drogami nebo vývojově podmíněné změny. Více trpí schizofrenií muži (Green doors, n.d.). Dle psychologického slovníku od Hartla a Hartlové je pod slovem schizofrenik napsáno: „Osoba trpící schizofrenií; postižení trpí epizodami bludu, halucinacemi, hlavně v podobě neexistujících hlasů a dlouhodobým oplošťováním emocí; postupně ztrácejí kontakt s realitou, špatně odlišují fantazii a trpí poruchami myšlení; postižena stejně obě pohlaví, u mužů nástup nejčastěji mezi 17 a 30 lety, u žen mezi 20 a 40 lety věku; zhruba polovina se uzdraví, ale během života se u nich nemoc znovu objeví, čtvrtina zůstává trvale nemocných“ (Hartl & Hartlová, 2010, s. 525).

Jak jsem psala v úvodu, pracuji s lidmi se schizofrenií tři roky. Za tu dobu jsem potkala v přímé práci několik lidí trpících touto nemocí. Každý byl samozřejmě jiný. Jak svou osobností, tak svými příznaky nemoci. Což se sebou dosti souvisí. Pokud je někdo ve svém osobním založení úzkostný, projevy jeho schizofrenie jsou



také spíše úzkostné. Pokud je někdo ustrašený, má časté projevy strachu. A tak dále. Jinak řečeno, stejně jako je každý člověk originál, i to platí pro schizofrenii. Každá je originál. Avšak vždy ovlivněná osobním založením člověka. Samozřejmě některé projevy jsou totožné, ale psychopatie konkrétního člověka je jedinečná, pro danou osobu typická. Existuje vzájemná vazba mezi osobností člověka a jeho duševní nemocí (Kučerová, 2010, s. 9). Zjednodušeně řečeno, pokud má někdo zlomenou ruku, má zlomenou ruku stejně jako někdo jiný. U schizofrenie to takto nefunguje. Další věcí, které si hodně všímám je, že druhy psychóz jsou často odvozeny od věku klientů. Myslím tím, že lidé, co zažili například dobu okolo 60. let dvacátého století a prožívali při ní stres, měli velmi často druh psychózy, kdy byli ustrašení z toho, že jsou stále sledovaní. Odmítali mobilní telefony nebo jsou stále velmi podezřívaví vůči čemukoli. Klienti mladší, tím myslím třeba takové, co se narodili už ke konci dvacátého století, mají většinou schizofrenii vyvolanou drogami. To je opravdu velmi časté. A více než pocity strachu mají hlasy. Samozřejmě se projevy prolínají i nehledě na věk, respektive dobu, ve které žili ještě před nemocí. Avšak tento opakující se jev byl pro mě nepřehlédnutelný. I z těchto důvodů bývá diagnostika schizofrenie pro lékaře obtížná.

Schizofrenie se dělí na několik podtypů. Nechala jsem se dělením inspirovat přímo z mezinárodní klasifikace nemocí MKN10. Zde se tedy dělí schizofrenie na:

- Paranoidní schizofrenie (F20.0),
- Hebefrenní schizofrenie (F20.1),
- Katatonní schizofrenie (F20.2),
- Nedefinovaná schizofrenie (F20.3),
- Postschizofrenní deprese (F20.4),
- Reziduální schizofrenie (F20.5),
- Schizophrenia simplex (F20.6),
- Jiná schizofrenie (F20.8),
- Schizofrenie, nespecifikovaná (F20.9) (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, n.d.).

Více se k jednotlivým podtypům rozepisovat nebudu. Myslím, že to pro tuto samotnou práci není nijak důležité. Avšak jsem je zde chtěla uvést i proto, jelikož je známé, jak jsem psala výše, že schizofrenii není snadné vždy diagnostikovat. I to totiž neulehčí rozeznání, zda člověk schizofrenií trpí či nikoli. Je to velice vážné rozhodnutí a lékař, který do lékařské zprávy napíše právě toto vyjádření, by si měl být jistý. Nejedná se o rýmu ani kašel. Ale o nemoc, která dotyčného onálepkuje prakticky na celý život. Dle Kučerové je důležité zaměřit se na několik příznaků, které napovídají přítomnost schizofrenie. Nejdůležitější je to, jak pacient mluví. „Velmi často je jeho řeč zvláštní, podivná, šroubovaná, nadměrně filozofující, planá, nic neříkající, nebo jen vágně popisující nějaké pocity, problémy, nekonkrétní, prchavé, nepřesně formulované“ (Kučerová, 2010, s. 25).

Také je důležité se zeptat na to, jak dotyčný myslí. Zda jsou myšlenky jeho nebo zda má pocit, že jeho nejsou. A doptávat se pak podle odpovědi pacienta dále. Dále je důležité to, co si pacient myslí/říká. Někdy je těžké rozeznat, zda to, co říká, je realita či je to projev schizofrenie. Hranice může být velmi úzká. Velmi důležitá může být emotivita. Například konkrétně to, aby se shodovaly pocity, které klient popisuje a které prožívá. Dost často klienti se schizofrenií přemýšlí o sebevraždě. Což dokazuje to, že lidé se schizofrenií bývají úzkostní. Také velké procento z nich sebevraždu spáchá. Nezapomene se zaměřit na vnímání. „Pokud z pacientovy řeči přímo nevyplývá, že vidí nebo slyší něco, co zřetelně vypadá jako halucinace, ptáme se cíleně, jestli někdy měl pocit, že by jinak viděl, jinak slyšel, že by viděl či slyšel nějaké zvláštnosti, nebo zda někdy nezažil nějaké zvláštní neobvyklé pocity, po těle, uvnitř těla atd.“ (Kučerová, 2010, s. 26–27). A příznaků může být mnohem více. Tyto znaky uvedené Kučerovou jsou ty nejčastější, na které se můžeme zaměřit.

S lidmi se schizofrenií pracuji velmi ráda. V mnohém jsou pro mě inspirací a hodně z nich si nepřestávám vážit. Za svou práci jsem ráda i proto, že díky cílové skupině, s kterou pracuji, si více vážím života, který mám. Teď bych moc nerada, aby tento můj výrok byl pochopen špatně. Ale uvědomuji si, jak těžký život se schizofrenií pro některé mé klienty je. Ne jeden přemýšlel nebo přemýšlí o ukončení života. Protože to, co díky nemoci zažívají, je pro ně už nesnesitelné. Nebo je k tomu dokonce nutí jejich hlasy či nutkavé pocity nebo potřeby. Měla jsem jednoho klienta, který byl díky svým hlasům, které ho nutili skončit se životem

nucen nejezdit metrem, nepohybovat se ve výškových budovách apod. Protože říkal, že by pro ty hlasy bylo potom jednodušší, aby jim podlehl. Toto je prožívání schizofrenie na straně jedné. Na další jsem se s klienty velice nasmála. Někteří srší vtipem a dobrou náladou jako málokdo, kdo žádnou diagnózu nemá. Další mě zase poučovali o filozofii nebo politice. Obohacují mě i svým různorodým pohledem na život a na dění v něm. Mám moc ráda chvíle, kdy si s klienty mohu jen tak povídat a prožívat, naslouchat jim. Stejně jako s ostatními lidmi v mém okolí. O to víc jsem tím ujištěna, že člověk se schizofrenií je především člověk. Ne schizofrenik. Prostě člověk, co má schizofrenii. Stejně tak, jako člověk, co má skoliózu zad nebo problémy s chodidly. Jedna z posledních vět, která mi po rozhovoru s jedním klientem zůstala v hlavě a kterou bych moc ráda vložila do své práce, je: „Někdy je lepší být dobře nemocnej, než přehnaně zdravěj. Ty zdravý se pořád někam ženou, nemají dost.“ Je mi vlastně jedno, jestli tuto větu někde slyšel či četl. Líbí se mi, že ji použil a že ji řekl i přede mnou. Protože jsem ji dřív neslyšela. A myslím, že je skvělá.

### **3.1. Specifika práce s lidmi se schizofrenií**

Člověk, který se rozhodne pro práci s lidmi se schizofrenií, by měl mít rozhodně vědomosti o tom, co schizofrenie je, co člověk jí mající může prožívat a jak se může projevat. Není možné, aby se připravil na vše, ale je nezbytné vkročit do spolupráce s člověkem se schizofrenií s určitými znalostmi. Práce s touto cílovou skupinou má svá specifika, na které je důležité myslet.

Kučerová v úvodu kapitoly, ve které se zabývá tím, jak jednat s člověkem, který má schizofrenii píše: „Myslím, že je třeba dodržovat dvě zásady: Především se pacienta nebát, a také mu nedávat najevo, že jeho řeč nebo chování není normální“ (Kučerová, 2010, s. 23). Rozhodně se jedná o dvě velmi důležité zásady, v žádném případě ne dostačující. Myslím, že určitá dávka strachu je v práci se schizofrenními klienty občas na místě a je důležité myslet na možná rizika proto, aby se jim případně mohlo předejít. Ale jak píše Kučerová, souhlasím s tím, že přímo se bát je velmi omezující. Zároveň dokážu tento pocit pochopit. Vzhledem k časté medializaci toho, že duševně nemocný člověk někde někoho napadl, je jasné, že společnost má tedy s touto cílovou skupinou spojený pocit možného ohrožení. Druhou zásadu však

vnímám jako opravdu zásadní. Pokud za mnou jako za pracovníkem přijde člověk, který je přesvědčen o nějaké věci, sdělí mi ji a já reaguji tak, že mu evidentně nevěřím, tak je spolupráce a hlavně vztah mezi námi pryč. A navázaný vztah mezi sociálním pracovníkem a jeho klientem je něco, co je velmi, velmi důležité pro to, abychom mohli kvalitně spolupracovat. „S psychickým onemocněním bývají spojeny potíže, které se týkají především lidských vztahů a které popisujeme jako problémy se „základní důvěrou“, blízkostí, závislostí. Hovoříme o obtížích někoho potřebovat, neschopností unést ztrátu“ (Pěč & Probstová, 2009, s. 41). Právě proto je velmi důležité, aby klient se svým sociálním pracovníkem navázal kvalitní vztah, díky němuž bude pracovníkovi věřit. Z toho důvodu, že mnoho lidí, co mají schizofrenii, nemají kvalitní vztahy, většinou kvůli projevům své nemoci. Proto je důležité, aby od sociálního pracovníka pocítili upřímný zájem a mohli mu důvěřovat. Což samozřejmě klade velké nároky i na pracovníka. Aby mohli klientovi poskytnout chápající porozumění a uměli pracovat s očekáváními a pocity člověka s takto emočně výraznými potížemi, musí umět pracovat i se svými problémy a celkově sebou samým (Pěč & Probstová, 2009, s. 41). Pokud má sociální pracovník s klientem vytvořený kvalitní vztah o důvěře, můžou kvalitně pokračovat dále.

Sociální pracovník může plnit různé role a úlohy, které klient dokáže využít. Může mít úlohu průvodce či tlumočnicka, který klientovi pomáhá v pobývání ve vnějším světě a snaží se pro klienta dělat svět pochopitelnějším, přístupnějším. Další rolí může být úloha trenéra, který pomáhá tomu, aby se klient dokázal v tom světě tak vyznat, aby ho dokázal využívat ke svému prospěchu (Pěč & Probstová, 2009, s. 18–19). Úloh může mít sociální pracovník několik. Které se budou prolínat, měnit, rozvíjet. Zároveň nemusí být sociální pracovník tímto „nadčlověkem“, pokud má možnost pracovat v multidisciplinárním týmu, který je tvořen několika lidmi a jsou složeni tak, že každý z nich je odborníkem v jiné oblasti. Dalo by se dokonce říci, že forma péče v podobě case managementu je takovou ideální péčí o duševně nemocné v právě probíhající reformě psychiatrické péče. Definice, která by case management jednoduše vymezila, tak, aby byl díky ní pochopen, není snadné. Proto bývá častěji popisován souhrnem svých znaků. Tyto uvádí Stuchlík:

1. Získání přehledu o potřebách a schopnostech klienta,
2. Plánování péče a podpory,

3. Uskutečňování plánu s využitím zdrojů klienta a jeho sociální sítě,
4. Monitorování dosažených výsledků,
5. Vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí (Pěč & Probstová, 2009, s. 141).

Díky mé nedávné stáži v Terstu v Itálii, kde reformu psychiatrické péče již mají za sebou, jsem mohla na vlastní oči vidět, jak jsou fungující multidisciplinární týmy podstatné v kvalitní podpoře klienta. Jak je důležité držet se case managementových principů pro rehabilitaci a kvalitní vztah mezi pracovníky a klienty. Celý systém psychiatrické péče je v Terstu a v dalších jiných městech či státech velmi odlišný od toho našeho. Terst je výjimečný v tom, že zde reforma psychiatrické péče úspěšně proběhla (Freedom first, 2015) Pro konkrétnost uvedu hlavní zásady case managementu, neboť mi přijdou podstatné pro kvalitní práci s lidmi s duševním onemocněním. Stuchlík je uvádí ve své kapitole o case managementu v knize Psychóza a zároveň jsem je od něj několikrát slyšela na kurzech, kde je evidentní jeho velká důvěra k metodě case managementu.

Hlavní zásady case managementu:

- Zaměření na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii,
- Podstatný je vztah klienta a case managera,
- Intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí,
- Terapeutický optimismus,
- Komunita je zdrojem podpory (Pěč & Probstová, 2009, s. 146–147).

O case managementu by se dalo psát velmi dlouze. Avšak si myslím, že toto jeho krátké představení pro tuto práci postačí. Jsem přesvědčena o tom, že to je právě způsob práce, který je ideální pro spolupráci s lidmi se schizofrenií a je ověřené, že opravdu funguje.

Tato kapitola by nebyla úplná, kdybych se alespoň krátce nezmínila o konceptu recovery, tedy zotavení. Velmi souvisí s několika principy, na kterých funguje case management a jak by se mělo k lidem se schizofrenií přistupovat. Co to

recovery je? „Zotavení znamená něco jiného než vyléčení v lékařském smyslu. Zotavení rovněž není totožné s dosažením psychické stability. Při „zotavení“ se jedná o jedinečné osobní procesy, v nichž se klienti snaží svému životu dát znovu obsah. V procesu zotavování může mít klient prospěch z poskytovatele pomoci, ale těžiště zotavení spočívá mnohem spíše v tom, co podniká sám klient, aby dal svému životu příznivý obrat. Zotavení spočívá v postupné výměně identity „pacienta“ za identitu „občana“ (Pěč & Probstová, 2009, s. 20). O konceptu zotavení je toho napsáno mnoho, je velmi diskutován, zároveň je velmi těžké ho přirozeně zapojit do psychiatrické péče tak, aby byl užíván správně. Jedná se totiž o proces. Recovery nemá nějaký výsledný bod nebo cíl. Jde o to, že klient vnímá svá reálná omezení. Vidí věci, které zvládá a zároveň ty, které nezvládá. Plně přijímá svou nemoc a omezení. A po tomto přijetí funguje s tím, co může. Zotavení trvá mnoho let. Je to dlouhodobě probíhající proces, který má své fáze:

1. „Přemožení“ nemocí – klient je destabilizovaný kvůli symptomům své nemoci a zaměřuje se hlavně na mentální a tělesné přežití,
2. Zápas s nemocí – zde klient zápasí s malou sebedůvěrou a je stále velmi vystrašen z toho, že ho nemoc opět zaplaví,
3. Život s nemocí – zde už klient věří, že s chorobou lze žít, i když jsou omezení stále ještě pociťována, už jsou obnoveny staré role a zkoušejí se nové, roste důvěra v to, že s chorobou lze žít,
4. Život mimo nemoc – choroba je v pozadí, klient je opět schopen plně fungovat, je prostor pro nové cíle v životě (Pěč & Probstová, 2009, s. 20–21).

Práce s lidmi se schizofrenií může probíhat několika způsoby. Žádný koncept ani myšlenka není špatná, pokud s ní souzní sám klient.

### **3.2. Sociální služby pro lidi se schizofrenií**

Hodně často se setkáváme v této tematice se zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách, konkrétně s jeho třetí částí o sociálních službách. V zákoně se dočteme to, že sociální služby se dělí na sociální poradenství, služby sociální péče

a služby sociální prevence (Zákony pro lidi, n.d.). Lidé spolupracující s lidmi se schizofrenií se vyskytují ve všech třech druzích sociálních služeb, které jsem nyní uvedla. Takže šíře sociálních služeb pro osoby se schizofrenií je velmi široká. V zákoně 108/2006 Sb. najdeme výpis všech existujících sociálních služeb v hlavě a oddílu 1 pod paragrafem 34:

(1) Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení sociálních služeb:

- a) centra denních služeb,
- b) denní stacionáře,
- c) týdenní stacionáře,
- d) domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- e) domovy pro seniory,
- f) domovy se zvláštním režimem,
- g) chráněné bydlení,
- h) azylové domy,
- i) domy na půl cesty,
- j) zařízení pro krizovou pomoc,
- k) nízkoprahová denní centra,
- l) nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- m) noclehárny,
- n) terapeutické komunity,
- o) sociální poradny,
- p) sociálně terapeutické dílny,
- q) centra sociálně rehabilitačních služeb,
- r) pracoviště rané péče,
- s) intervenční centra,
- t) zařízení následné péče.

(2) Kombinací zařízení sociálních služeb lze zřizovat mezigenerační a integrovaná centra (Zákony pro lidi, n.d.).

V dalším paragrafu, tedy paragrafu 35 téhož zákona je také výpis základních činností při poskytování sociálních služeb a to například pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, základní sociální poradenství, sociálně terapeutické činnosti, telefonická krizová pomoc a tak dále (Zákony pro lidi, n.d.).

Nebudu se dále zabývat zákonem, ale přiblížíme si konkrétněji ty oblasti, ve kterých je často potřeba pomoci lidem s duševním onemocněním a které sociální služby jsou jim v té konkrétní oblasti k pomoci.

Vzhledem k diagnóze a jejím dopadům, jak jsem popisovala výše, je důležité se postupně, či najednou, zaměřit na všechny stránky života konkrétního člověka. Některé služby se zaměřují právě na konkrétní záležitosti, jako například na práci, jiné se snaží pomáhat celostně. Nedá se říci, co je lepší. Důležité je, jak to vyhovuje klientovi. Každopádně, pokud se nějaká služba zaměřuje na konkrétní záležitost a ví se, že klient spolupracuje ještě s dalšími lidmi, je na místě, aby se klíčoví pracovníci setkávali a sdělovali si, samozřejmě spolu s klientem, jak spolupráce probíhá, postupuje a kam míří. Lehko se může stát, že se soc. pracovníci, či jiné profese v pomáhajícím postavení, dublují a neví se o tom. Ať z důvodu nedostatečné komunikace s klientem, či často i z důvodu toho, že klient prostě neřekne, že už řeší, například stravovací návyky, i s jiným pracovníkem. A výsledný efekt je pak velmi špatný, pokud každá ze stran radí něco jiného. Klient je poté jakoby v kleštích a neví, jakým směrem se dát. A pracovníci jsou mrzutí z toho, že práce s klientem nejde. Je tedy velmi důležité, aby pomáhající organizace spolupracovali. Pro všechny strany. Ráda používám metaforu, že klient má potom pevnější základnu, na které může stavět a postupovat dále.

Nejdůležitější bývá zajištění bydlení. Schizofrenie často způsobí, že člověk, co jí trpí, přijde o zázemí. Rodina ho zavrhne nebo s ním nechce bydlet. Dlouholetou hospitalizací nemá ani dostatek finančních prostředků, aby si mohl dovolit komerční byt. Navíc dost veliké procento neví, jak se o domácnost starat. Důvody jsou různé a nejsem si jistá, zda je možné uvést všechny existující možnosti. Tak či tak je



bydlení zásadní. Je to pro člověka základna v plném slova smyslu, kde může začít a kam se může vrátet. Kde má pocit bezpečí a dostatek klidu pro svůj život. Sociálních služeb, které se zabývají problematikou bydlení pro lidi s duševním onemocněním je více. Některé z nich pomáhají při jeho hledání, jiné ho poskytují a další nabízí možnost pomoci, když už člověk bydlí, pomáhají s tím chodem domácnosti.

Výše jsem zmínila sociální službu, zaměřující se na práci. Velmi důležité téma pro lidi se schizofrenií. Tím, jak na ně společnost nazírá, je často velmi těžké najít práci, kde by člověk se schizofrenií nebyl onálepkovaný svou nemocí. Mluvím samozřejmě o otevřeném trhu. Chráněných pracovišť je několik a fungují většinou skvěle. Takže sociální služby zaměřující se na práci se mohou orientovat na pomoc a přípravu v jejím hledání nebo takové, co práci poskytují. Obě velmi důležité.

Máme bydlení, máme práci. Další důležitou složkou života je trávení volného času. V životě lidí je velmi podstatné, aby trávili čas něčím, co je baví, co je naplňuje, co přináší pocit štěstí. A to samozřejmě mluvím nejen o lidech se schizofrenií, ale o všech. Je několik takzvaných volnočasových klubů, kam je možné, aby lidi s duševním onemocněním docházeli. Nabídka bývá povětšinou v jednotlivých volnočasových klubech či službách široká. Od sledování filmů, hraní stolních her po společné výlety či sportovní aktivity.

Lidé se schizofrenií často naráží na sociální vyloučení. A mnohdy neví, jak na to, aby se opět začlenili. Je důležité respektovat i to, pokud zájem nemají. Prostě se nechtějí s nikým družít a scházet. Je určitě dobré, pokud mají alespoň jednoho známého, kamaráda, fajn souseda. Ale pokud to nepotřebují a jsou tak spokojení, je třeba to respektovat. Nicméně i toto je vlastně funkce volnočasových klubů. Seznámit se. Ale pak jsou i další možnosti. Jedna z nich může být například docházení do skupin. Ty mají navíc ještě přidanou hodnotu, že jsou často terapeutické. Ono v podstatě každá aktivita, kde je možnost se setkat s dalšími lidmi je způsob, jak lidem, sociálně vyloučeným, pomoci zpět do společnosti.

### **3.3. Příklad organizace věnující se lidem s duševním onemocněním**

V této poslední části z teorie se chci věnovat organizaci, ve které pracuji a ve které probíhal z většinové části výzkum. Organizace se jmenuje Bona o.p.s. Jedná se o nestátní neziskovou organizaci, která byla založena v roce 1999. Konkrétní datum, kdy Bona o.p.s. zahájila svou činnost 1. 6. 1999. Následující rok tedy oslava dvaceti let fungování. Takže je zřejmé, že již není žádnou začínající a nezkušenou organizací. Vidím u nás velmi příjemný a fungující systém, který se ale samozřejmě stále vyvíjí a sem tam se mění. Což si myslím, že čas a doba vyžaduje. Ve všem. Poskytujeme tři druhy služeb. Dovolím si ke každé z nich napsat několik slov.

#### *Chráněné bydlení*

Klient, který je u nás na chráněné bydlení může bydlet v jednom ze čtyř objektů. V každém z nich se jedná o skupinové, komunitní žití čtrnácti až patnácti klientů. Pomocí rozpisu služeb, které se týkají péče o domácnost, ať vaření, uklízení či praní prádla. Je zde díky komunitě možné trénovat asertivitu i toleranci vůči ostatním spolubydlícím. Zde je také důležité uvést, že podporu od sociálních pracovníků nebo pracovníků v sociálních službách mohou klienti využívat dvacet čtyři hodin denně, tedy včetně celé noci. Jsou samozřejmě podporováni a motivováni k tomu, aby zvládali vše co nejsamostatněji, ale fungujeme pro jistotu.

#### *Podpora samostatného bydlení*

Úloha našich pracovníků na Podpoře samostatného bydlení je asi nejvíce podobná náplni práce case managerů. Každý z pracovníků má jako klíčový pracovník několik klientů. A několikrát do měsíce se s jednotlivými klienty setkávají. Ideálně v kanceláři, aby klienti měli povinnost, a tím zároveň trénink, někam na smluvený čas dojít, ale je také nutné scházet se s klienty u nich doma, aby pracovník viděl, jak klient udržuje svůj byt v pořádku. Zároveň se návštěvou u klienta doma dá někdy rozpoznat, jak je na tom klient se svou nemocí. Hodně velký nepořádek v bytě dost často souvisí s relapsem.

### *Sociální rehabilitace*

V rámci sociální rehabilitace poskytujeme tři různé dílny, kde klienty zaměstnáváme jak na pracovní úvazek za finanční ohodnocení, tak je možné, aby zde klient chodil vyloženě na sociální rehabilitaci a učil se pracovním návykům, ale bez finanční odměny. Prvně se jedná o sklářskou dílnu. Zaměstnanci i klienti zde vyrábějí krásné skleněné vitráže, šperky a mnoho dalších výrobků. Dále máme šicí dílnu, kde klienti vyrábějí úžasné a stejně tak originální výrobky z textilu. Obě tyto dílny prodávají své výrobky na internetu na různých trzích, na zakázku a slaví hezké úspěchy. Poslední a neméně důležitou dílnou je dílna technická. Zde se klienti spolu s terapeuty starají o veřejné prostranství i vyžádanou péči o soukromé prostory.

Všemi třemi službami, jak je zřejmé, se snažíme pomoci našim klientům o opětovný návrat do běžného života. Ale máme samozřejmě také nějaké požadavky pro vstup do našich služeb. Například věk. Vymezujeme se pro věkovou skupinu od 18 do 64 let. Dále je velmi důležitá dobrovolnost. Pokud klient nechce nastoupit sám a nemá chuť se posouvat, není přijat. Tento i další požadavky zjišťujeme při vstupních pohovorech, kterými musí projít každý nastupující (i v druhém případě nenastupující) klient. Dále musí mít naši klienti diagnostikovanou duševní poruchu z okruhu psychóz, jak jsem psala výše, a také jim musí jejich zdravotní stav umožňovat využívání služby. Dále máme požadavek, aby byl klient trvalým bydleštěm z Prahy. Pak musí tedy všichni zájemci projít informačními a vstupními pohovory, a pokud je vše, jak má být, spolupráce začíná.

Třemi službami ale Bona o.p.s. nekončí. Má na svém seznamu ještě další aktivity, kterými se snaží pomoci nebo podpořit lidi s duševním onemocněním a jejím blízkým.

První z dalších aktivit je poradna Bonsay. Tato poradna funguje vždy jednou týdně na tři hodiny. Jsou zde vítáni všichni, kteří se setkají s duševním onemocněním nebo jejich rodiny a blízcí. Zároveň zde může pracovník poradny poskytnout informaci i široké veřejnosti o tématice duševního zdraví. Bona o.p.s. má také emailovou poradnu. Ta slouží těm, kteří se nemohou nebo nechtějí dostavit osobně. Obě poradny jsou poskytovány anonymně a zdarma.

Dalším projektem, který organizace provozuje, je komunitní centrum Jedna bedna. Jedná se o malý obchod v centru Prahy, v kterém se prodávají nejen výrobky boňáckých chráněných dílen, ale i z jiných chráněných pracovišť a psychiatrických léčeben po celé ČR. Výrobky spojuje, že jsou vyráběny lidmi s duševním onemocněním. Součástí obchůdku je galerie, která slouží k výstavě děl, které vytvořili taktéž lidé s duševním onemocněním. Autoři pocházejí z celé ČR a po měsíci se vždy vystřídají. Zájem o vystavování v galerii je velmi vysoký a prostor je vždy na několik měsíců obsazen.

Bona o.p.s. provozuje i socioterapeutické centrum, které nabízí mnoho knih a časopisů k zapůjčení zdarma. Příchozí si zde mohou v klidu posadit a číst si cokoli z nabízených knih nebo si přinést četbu vlastní.

Působnost služeb Bony o.p.s. se stále rozšiřuje. Již teď je několik plánů a aktivit, které by Bona ráda pro lidi s duševním onemocněním do budoucna poskytovala (Bona, n.d.).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4. PRAKTICKÁ ČÁST

V teoretické části jsme se věnovali sociální práci a psychoterapii. Oba dva obory jsem se snažila popsat dostatečně, včetně jejich využití při práci s klienty. Popsala jsem, kde se můžeme setkat se sociální prací. Zaměřovali jsme se více na problematiku duševně nemocných, konkrétně na lidi se schizofrenií a jaké sociální služby mohou využívat. Také jsme viděli, jaké je využití psychoterapie. A více než jiným směřům jsem se věnovala psychoterapii rogeriánské. Jejíž základy tvoří tři podmínky, a to empatie, bezpodmínečné pozitivní přijetí a kongruence (více v kapitole 2.3.1.). Právě těmto třem podmínkám se bude praktická část mé diplomové práce věnovat a porovnávat jejich užití mezi sociálními pracovníky, co mají psychotherapeutický výcvik (jakýkoli) a mezi těmi, co ho nemají.

Zde se budeme věnovat tomu, jaký vzorek respondentů můj dotazník vyplňovalo. Zaměříme se na demografické otázky, a jak na ně respondenti odpovídali. Zpočátku jsem si nebyla jistá, z jakého pohledu budu dotazníky posuzovat. Nakonec však podle toho, zda mají sociální pracovníci psychotherapeutický výcvik či nikoli. Ale nabízelo se i z pohledu pohlaví, věku, doby v pomáhající profesi, či zda mají pracovníci sourozence či nikoli. Věřím, že z každého pohledu by bylo zajímavé se na korelaci mezi jednotlivými proměnnými podívat. Ale bohužel se to v této práci nestane. Zde se podíváme pouze na souvislost mezi sociálními pracovníky s psychotherapeutickým výzkumem a bez něj a jejich využívání rogeriánských podmínek při své práci s klienty s duševním onemocněním.

### 4.1. Cíl výzkumu a formulace hypotéz

Cílem této diplomové práce je propojení rogeriánské psychoterapie a sociální práce s duševně nemocnými lidmi.

Chceme zjistit, jak často, či zda vůbec, používají sociální pracovníci v práci s lidmi s duševním onemocněním přístupy, které jsou typické pro rogeriánskou terapii.

Základní otázka praktické části diplomové práce tedy zní: *Jsou používány metody rogeriánského přístupu sociálními pracovníky k lidem s duševním onemocněním?*

Jak jsem psala, jsem v rogeriánském výcviku, který nyní ukončuji a již několik let pracuji s lidmi s duševním onemocněním. A tak sama metody rogeriánského přístupu v práci s klienty uplatňuji. Zajímalo by nás tedy, zda se tyto, pro mě již zaběhlé přístupy ke klientům v práci, využívají obecně, či ne. A pokud ano, kdo spíše má k používání těchto přístupů blíže. Jsou to sociální pracovníci s psychoterapeutickým výcvikem? Jsou to spíše muži než ženy? Nebo ti, co pracují již déle v pomáhající profesi? Možností je několik. Ale prozkoumat je všechny nejde, neboť to nedovoluje rozsah diplomové práce.

Hlavní informace, kterou budeme na základě vyplněných dotazníků od respondentů zjišťovat, bude, zda je rozdíl mezi pracovníky s psychoterapeutickým výzkumem a bez něj. Vzhledem k tomu, že dotazníku se zaměřuje na tři principy, lze vytvořit více hypotéz.

### ***Hypotéza 1***

Hypotéza H<sub>0</sub>: Pravděpodobnost výskytu autentického vyjadřování je stejná u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem, tak u sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.

Alternativní hypotéza H<sub>1</sub>: Pravděpodobnost výskytu autentického vyjadřování se liší u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem a sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.

### ***Hypotéza 2***

Hypotéza H<sub>0</sub>: Pravděpodobnost výskytu empatického porozumění je stejná u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem, tak u sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.

Alternativní hypotéza H<sub>1</sub>: Pravděpodobnost výskytu empatického porozumění se liší u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem a sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.

### *Hypotéza 3*

Hypotéza  $H_0$ : Pravděpodobnost výskytu bezpodmínečného pozitivního přijetí klienta je stejná u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem, tak u sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.

Alternativní hypotéza  $H_1$ : Pravděpodobnost výskytu bezpodmínečného pozitivního přijetí klienta se liší u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem a u sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.

## **4.2. Metoda výzkumu**

Našimi respondenty měli být od začátku sociální pracovníci, pracující s lidmi s duševním onemocněním. Záměrem bylo získat odpovědi od co největšího počtu respondentů, aby výsledek šetření byl co nejvíce objektivní. K prozkoumání cíle průzkumu jsme se rozhodli pro kvantitativní metodu a konkrétně formou písemného dotazníku. Potřebovali jsme dát stejné otázky většímu počtu lidí, a proto je dotazník ideální (Ferjenčík, 2010, s. 183).

Dotazník jsem tvořila samostatně na základě svých vědomostí z psychoterapeutického rogeriánského výcviku, který budu nyní zakončovat. Jak se píše v teoretické části, rogeriánský psychoterapeutický směr je založen na třech podmínkách, a to: opravdovost, empatie a bezpodmínečné pozitivní přijetí. A právě tyto podmínky jsou hlavním a kromě demografických otázek jediným cílem, který má dotazník zjistit. Dotazník má zjistit, v jaké míře jsou tyto přístupy používány sociálními pracovníky k lidem s duševním onemocněním.

Při interpretaci sesbíraných dat posuzujeme, jak často respondenti volili odpovědi vyjadřující větší míru opravdovosti, empatie a bezpodmínečného přijetí a jak to souvisí s demografickými odpověďmi. Ač je demografických otázek pět, zaměřili jsme se více konkrétně na jednu z nich. A to, zda mají respondenti psychoterapeutický výcvik či ne. Na tomto základě jsou i formulovány hypotézy tohoto výzkumu. K potvrzení nebo vyvrácení hypotéz nám pomůže Chí-kvadrát test. Tento test je jednou ze statistických metod, který je ale zároveň základním a nejpoužívanějším (Portál matematická biologie, n.d.). Chí-kvadrát test nám

poslouží k porovnání četnosti pozorované a očekávané. Což uvidíme v tabulkách. Ty pozorované četnosti budou data vyzkoumaná na respondentech, očekávanou zjistíme výpočtem základního vzorce pro Chí-kvadrát:

$$X^2 = \frac{\sum (O-E)^2}{E}$$

Kde: O – pozorovaná četnost, E – očekávaná četnost

Test chí-kvadrát, test dobré shody, slouží k rozpoznání rozdílu mezi skutečnou a očekávanou četností. Dle něj tedy posoudíme uvedené hypotézy.

Vzhledem k povaze dat jsme ještě před použitím chí-kvadrátu použili mediánový test. Ten posloužil k tomu, aby se z tabulek srozumitelněji četlo a data byla přehlednější.

Na základě mediánu jsme podle hodnoty zkoumaného souboru rozdělili respondenty do dvou skupin. Skupinu s výsledkem vyšším než medián (tj. 3) jsme posuzovali jako kladnou, tzn. tato skupina tím splňovala kritéria pro to, aby konkrétní odpovědi byly nahlíženy jako opravdové, empatické nebo bezpodmínečně pozitivně přijímající. Vzhledem k tomu, že v tabulce četnosti se objevilo číslo menší než pět, bylo nutné použít v testu Yatesovu korekci.

#### **4.2.1. Výzkumný dotazník**

Dotazník je nazván „Mapování postojů sociálních pracovníků v praxi“. Cíleně jsem nedávala do hlavičky a úvodu dotazníku informace o tom, co konkrétně má dotazník zjistit. Uvedla jsem do hlavičky pouze to, že se dotazník zaměřuje na prozkoumání postojů sociálních pracovníků v praxi ke klientům. Dále jsem respondenty poprosila, aby vyplnili každou uvedenou otázku a vždy zvolili pouze jednu z uvedených odpovědí. Pro to, abych mohla vyplněné dotazníky zpracovat, jsem po respondentech chtěla, aby přidali k dotazníku svůj podpis, kterým potvrzují, že mohu jejich vyplněný dotazník použít k výzkumu. Celý dotazník naleznete v příloze.



Dotazník čítá dohromady dvacet uzavřených otázek.

Posledních pět otázek v dotazníku je demografických. Od respondentů nás zajímá, jakého jsou pohlaví, kolik jim je let, jak dlouho pracují v pomáhající profesi, zda mají sourozence a jestli mají nějaký psychoterapeutický výcvik. Demografické otázky jsou vloženy na konec dotazníku, aby respondenti odpovídali co nejvíce objektivně.

Dalších patnáct otázek je rozděleno mezi tři rogeriánské podmínky, tedy opravdovost, empatie a bezpodmínečné pozitivní přijetí. Otázky na jednotlivé podmínky jsou v dotazníku proházené mezi sebou. Každou z podmínek mapuje pět otázek. Vždy s tím, že jedna z těch pěti je vždy položena přímočaře. To znamená, že na opravdovost je položena otázka č. 1:

*1. Když pracuji s klientem, sděluji mu, jak se u toho cítím.*

*a) Ano*

*b) Ne*

Přímočará otázka na empatii je v otázce č. 8:

*8. Považujete se za empatického pracovníka?*

*a) Ano*

*b) Ne*

A poslední přímočará otázka na bezpodmínečné pozitivní přijetí je pod otázkou číslo 15:

*15. Přijímám bezpodmínečně každého klienta, se kterým pracuji?*

*a) Ano*

*b) Ne*

Nechci do této části vkládat celý dotazník, protože je k nahlédnutí celý v příloze diplomové práce. Vždy uvedu jen jednu příkladnou otázku, která zjišťuje konkrétní podmínku.

Opravdovost zjišťují otázky 1, 4, 7, 10 a 13.

10. Klient chodí na Vaše schůzky opakovaně pozdě a Vám to hodně vadí, protože tím ztrácíte svůj čas.

a) Sdělím klientovi, co se mnou jeho pozdní příchody dělají, a ptám se po příčině.

b) Na nejbližší schůzce se mile zeptám, co se to děje.

Odpověď s větší mírou opravdovosti je varianta a). Pokud se jako pracovník chovám autenticky/opravdově, nebudu se na nejbližší schůzce ptát mile, pokud mi to ve skutečnosti hodně vadí.

Empatii zjišťují otázky 2, 5, 8, 11 a 14.

2. Klient se Vám svěřuje: „Kdykoli slyším zvuk sanitky, mám chuť se někam schovat, aby mě zas neodvezla do léčebny.“ Jaká by byla vaše odpověď, která by vykazovala největší míru porozumění?

a) Vždycky Vás přepadnou veliké obavy.

b) To jste si teda asi musel zažít dost ošklivé věci, když jste byl hospitalizovaný.

Více empatickou reakci najdeme pod odpovědí a). Klient ve větě vyjádřil, že se má chuť někam schovat při zvuku sanitky. Pod tím se může skrývat více věcí. Když klientovi tvrdím, že asi zažil dost ošklivé věci při hospitalizaci, už si vkládám do jeho výroku své fantazie, proč se asi chce schovat. Mnohem empatictější a podnětnější je pro klienta reflexe, že ho přepadávají obavy.

A bezpodmínečné pozitivní přijetí zjišťují otázky číslo 3, 6, 9, 12 a 15.

2. Klient opakovaně zaspává do práce, kde už kvůli tomu má problémy a šéf už jeho pozdní příchody podmiňuje výpovědí. Jak se zachováte?

a) Zeptám se klienta, co se to děje, poradím mu nějaké pomůcky, jak vstávat a doporučuji mu, aby už si dával pozor, protože je přeci škoda o práci přijít.

b) Zajímá mě, zda o tom chce klient se mnou mluvit. Pokud ano, vyslechnu si, co se děje, ale bez jeho svolení mu do toho nebudu povídat.

Odpovědí, která vyjadřuje bezpodmínečné pozitivní přijetí je varianta b). Varianta a) nevyjadřuje přijetí. V reakci se pracovník ptá na to, co se děje, ale hned

mu radí nějaké pomůcky a dává doporučení. Navíc poučuje, co je pro něj dobré. Ani jedna z tendencí v odpovědi *a)* nevyjadřuje bezpodmínečné přijetí.

Na závěr k seznámení s dotazníkem je důležité napsat, že žádná z uvedených odpovědí není vyložena špatně. Jen jedna ze dvou nabízených možností je více dle rogeriánského přístupu, který dotazník mapoval.

### **4.3. Sběr dat a respondenti**

Po vytvoření dotazníku jsem ho nechala otestovat na dvou nezávislých lidech, kteří mi řekli, zda je dotazník srozumitelný a zda se mohu pustit do jeho rozesílání. Takže hned po jeho prvotním otestování jsem se pustila do sběru dat. Prvně jsem dotazník rozeslala elektronicky či osobně svým kolegům z organizace Bona o.p.s.

Dále jsem využila i jiných pražských organizací či nemocnic, které se věnují podpoře lidem s duševním onemocněním, kam jsem s prosbou zaslala dotazník elektronicky. Po necelém týdnu jsem si vyplněné dotazníky vyzvedávala. Počítala jsem s tím, že k dotazníku se dostanou sociální pracovníci, či pracovníci v sociálních službách, protože vzhledem k zákonu 108/2006 Sb. by nikdo jiný ani v sociálních službách s klienty pracovat neměl.

Dotazníků jsem vysbírala překvapivě dost za tak krátkou dobu. Celkem máme k dispozici 60 dotazníků. Ale vzhledem k tomu, že se chceme zaměřit v diplomové práci především na rozdíly mezi sociálními pracovníky s psychoterapeutickým výcvikem a bez něj, náhodně jsem vybrala z dotazníků pouze 40 z nich, ve kterých je 20 dotazníků vyplněno sociálními pracovníky s psychoterapeutickým výcvikem a 20 dalších je vyplněno sociálními pracovníky bez psychoterapeutického výcviku. Následující přehled je tedy postaven pouze na těchto 40 vybraných dotaznicích.

Na jednotlivé demografické otázky vytvořím vždy graf pro názornou představu.

## Dle pohlaví:

Graf č. 1: Pohlaví u soc. pracovníků bez PV



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 2: Pohlaví u soc. pracovníků s PV



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 3: Pohlaví všech respondentů

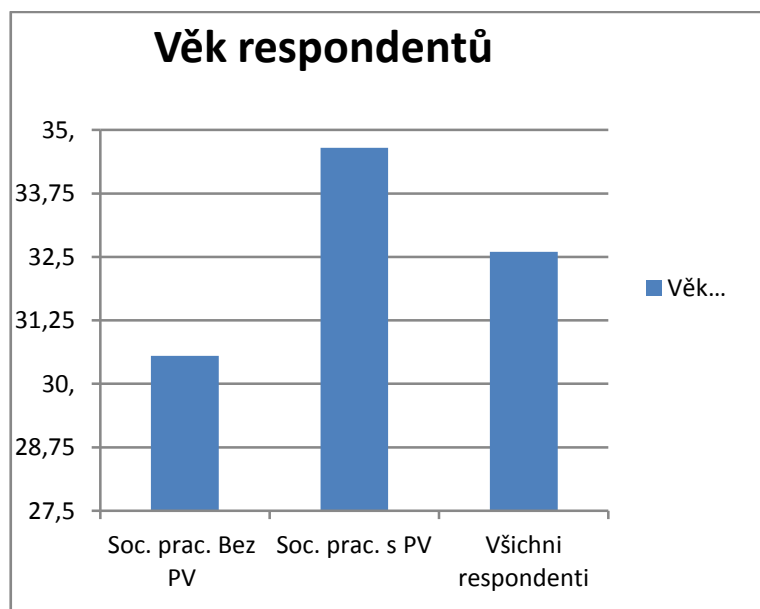


Zdroj: vlastní zpracování

Jak je vidět, převaha žen v pomáhající profesi u lidí s duševním onemocněním je mezi našimi respondenty velmi převažující. U sociálních pracovníků bez psychoterapeutického výcviku bylo pouze 5 mužů z dvaceti respondentů. Mužů ve skupině sociálních pracovníků bez psychoterapeutického výcviku bylo tedy 25 % a žen bylo v této skupině 75 %. Ve skupině sociálních pracovníků s psychoterapeutickým výcvikem bylo ještě o jednoho muže méně. Takže u sociálních pracovníků s psychoterapeutickým výcvikem bylo 80 % žen a 20 % mužů. Celkově je tedy mezi našimi respondenty 22,5 % mužů a 77,5 % žen.

### Dle věku:

Graf č. 4: Průměrný věk respondentů



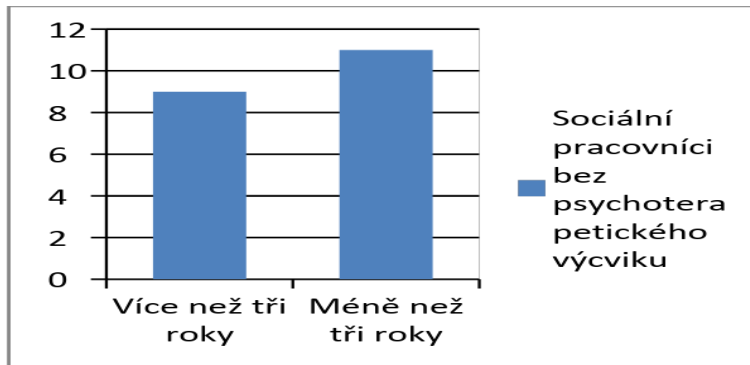
Zdroj: vlastní zpracování

Věk znázorníme pomocí průměru. Ale můžeme se podívat na nejmladšího a nejstaršího respondenta z obou skupin.

Ve skupině sociálních pracovníků bez výcviku byl nejmladší člověk starý 22 let, nejstarší 49 let. Průměrný věk všech dvaceti respondentů je 30,55. Ve druhé skupině sociálních pracovníků s psychoterapeutickým výcvikem je průměrný věk dotazovaných 34,65. S nejmladším ve věku 24 let a nejstarším věkem 53 let.

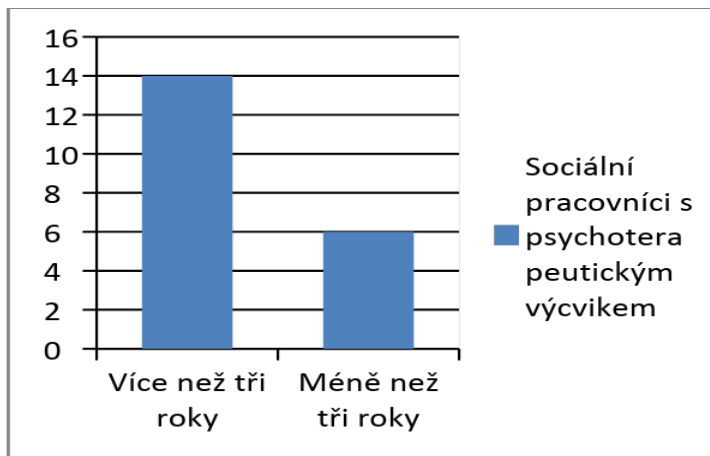
## Jak dlouho pracují v pomáhajících službách:

Graf č. 5: Doba v pomáhající profesi soc. pracovníků



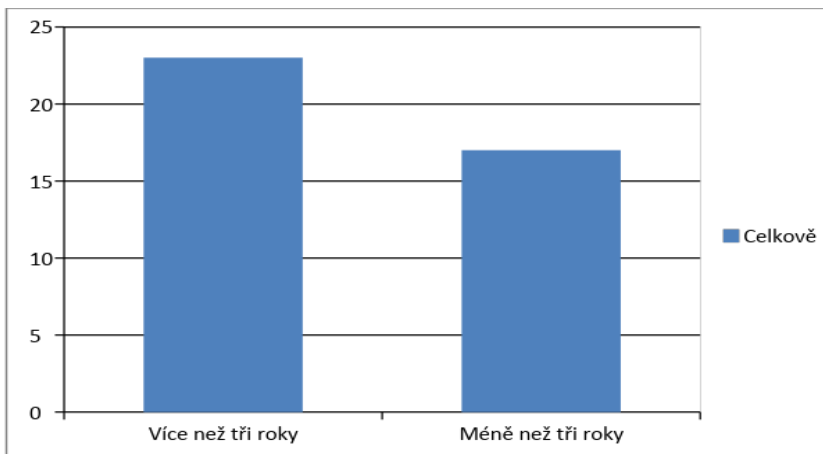
Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 6: Doba v pomáhající profesi soc. pracovníků s PV



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 7: Doba v pomáhající profesy všech respondentů

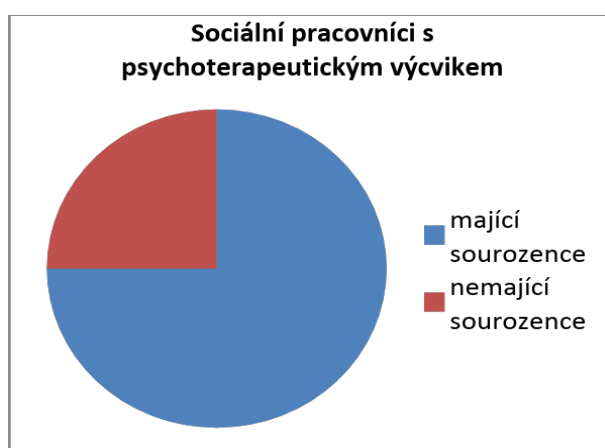


Zdroj: vlastní zpracování

Demografická otázka, která u dotazovaných zjišťovala dobu v pomáhající profesi, byla uzavřená. Respondenti měli na výběr ze dvou možností. A to, zda pracují v pomáhající profesi méně než 3 roky nebo více než 3 roky. Dle toho je tedy můžeme přehledně rozdělit. Ve skupině bez psychoterapeutického výcviku pracuje 11 lidí v pomáhající profesi méně než tři roky a 9 lidí více než tři roky. U lidí s psychoterapeutickým výcvikem je pouze 6 lidí v pomáhající profesi méně než tři roky a 14 respondentů více než tři roky. Celkově je tedy mezi respondenty 23 lidí, kteří pracují v pomáhající profesi více než tři roky a 17 méně než tři roky.

### Sourozenci:

Graf č. 8: Sociální pracovníci a sourozenci



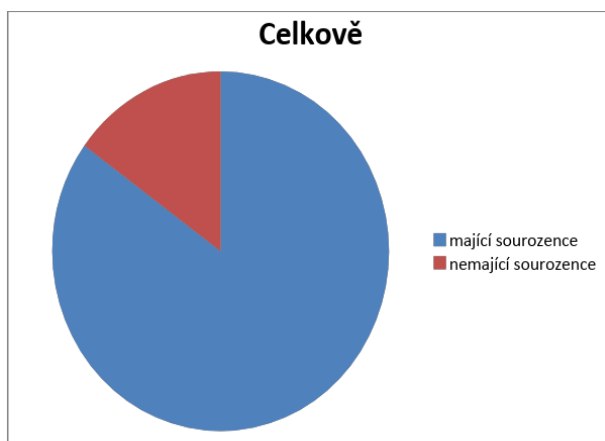
Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 9: Sociální pracovníci s PV a sourozenci



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 10: Respondenti a sourozenci



Zdroj: vlastní zpracování

Co se týče sourozenců, je převaha o dosti větší na straně těch, co sourozence mají. U dotazovaných bez psychologického výcviku byl pouze jeden z celé skupiny, který nemá sourozence. Zbýlých 19 uvedlo, že sourozence mají. A skupiny s psychologickým výzkumem se objevilo 5 lidí bez sourozenců a 15 se sourozencem. Celkově je tedy v celé skupině pouze 6 lidí nemajících sourozence. Ostatních 34 respondentů sourozence mají.

#### 4.4. Výsledky výzkumu

Pro přehlednost výsledků dotazníků budeme získané údaje uvádět pomocí tabulek a čísel. Na jejich základě budeme potvrzovat nebo zamítat hypotézy.

Budeme se věnovat každé hypotéze zvlášť. Tedy se postupně zaměřím na opravdovost, na empatii a nakonec na bezpodmínečné pozitivní přijetí a budeme porovnávat, zda je mezi těmito podmínkami rozdíl mezi sociálními pracovníky bez psychologického výcviku a sociálními pracovníky s psychologickým výcvikem.

U všech třech podmínek první tabulka ukazuje, jaká je pozorovaná četnost, což jsou data, která byla sbírána od respondentů. K výsledným číslům v tabulce jsme se dostali, jak jsem psala výše, pomocí mediánu. Z tabulky, kde jsou uvedené pozorované četnosti, se odvodí tabulka očekávaných četností. A pak se pomocí základního vzorce chí-kvadrátu dostaneme k výsledku, který nám prozradí, zda se uvedené hypotézy potvrdí či vyvrátí.



Nejdříve se podíváme, jak dopadlo dotazníkové šetření u podmínky opravdovosti (autenticity) mezi sociálními pracovníky s psychoterapeutickým výcvikem a bez něj.

***Hypotézy opravdovosti, které budeme potvrzovat, či vyvracet, znějí následovně:***

Hypotéza  $H_0$ : *Pravděpodobnost výskytu autentického vyjadřování je stejná u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem tak u sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.*

Alternativní hypotéza  $H_1$ : *Pravděpodobnost výskytu autentického vyjadřování se liší u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem a sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.*

Tabulka č. 1: Pozorovaná opravdovost

Opravdovost		Medián=3		
N=40		ZP = Opravdovost		Celkem
		nad mediánem	pod mediánem	
NP = výcvik	s výcvikem	16	4	20
	bez	9	11	20
Celkem		25	15	40

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 2: Očekávaná opravdovost

Očekávané rozložení – O			
	nad mediánem	pod mediánem	Celkem
s výcvikem	12,5	7,5	20
bez	12,5	7,5	20
Celkem	25	15	40

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 3:  $\chi^2$  výpočty opravdovosti

<b>chi O</b>	0,72	2,13
	1,28	1,2

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 4: Výsledky u opravdovosti

<b>Z(O)</b>	<b>5,33</b>
<b>St.v.</b>	<b>1</b>
<b>p</b>	<b>0,0209</b>

Zdroj: vlastní zpracování

$$X^2(1; n = 40) = 5.33; p < 0.05$$

$$p = 0,02 < 0,05$$

Zamítáme  $H_0$ , přijímáme  $H_1$ .

Jak vidíme, výsledek p hodnoty je 0,0209, což je menší než hladina signifikance 0,05. Vzhledem k tomuto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní.

Což tedy znamená, že Hypotéza 1 zní: ***Pravděpodobnost výskytu autentického vyjadřování se liší u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem a sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.***

***U empatie máme hypotézy následující:***

Hypotéza  $H_0$ : *Pravděpodobnost výskytu empatického porozumění je stejná u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem tak u sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.*

Alternativní hypotéza  $H_1$ : *Pravděpodobnost výskytu empatického porozumění se liší u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem a sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.*

Tabulka č. 5: Pozorovaná empatie

<b>Empatie</b>		<b>Medián=4</b>		
N=40		ZP = Empatie		Celkem
		nad mediánem	pod mediánem	
NP = výcvik	s výcvikem	<b>10</b>	<b>10</b>	20
	bez	<b>12</b>	<b>8</b>	20
Celkem		22	18	40

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 6: Očekávaná empatie

Očekávané rozložení – E			
	nad mediánem	pod mediánem	Celkem
s výcvikem	<b>11</b>	<b>9</b>	20
bez	<b>11</b>	<b>9</b>	20
Celkem	22	18	40

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 7:  $\chi^2$  výpočty empatie

<b><math>\chi^2</math> E</b>	0,20	0,03
	0,02	0,25

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 8: Výsledky u empatie

<b>Z(E)</b>	<b>0,51</b>
<b>St.v.</b>	<b>1</b>
<b>p</b>	<b>0,4773</b>

Zdroj: vlastní zpracování

$$X^2(1; n = 40) = 0,51; p > 0,05$$

$$p = 0,48 > 0,05$$

Přijímáme  $H_0$ .

Výsledek p hodnoty u dotazníkového šetření na empatii je 0,4733. Výsledek je vyšší než hladina signifikance 0,05, tedy přijímáme nulovou hypotézu.

Hypotéza 2 zní: *Pravděpodobnost výskytu empatického porozumění je stejná u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem tak u sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.*

*Poslední testované hypotézy jsou na bezpodmínečné pozitivní přijetí:*

Hypotéza  $H_0$ : *Pravděpodobnost výskytu bezpodmínečného pozitivního přijetí klienta je stejná u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem tak u sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.*

Alternativní hypotéza  $H_1$ : *Pravděpodobnost výskytu bezpodmínečného pozitivního přijetí klienta se liší u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem a u sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.*

Tabulka č. 9: Pozorované bezpodmínečné pozitivní přijetí

Bezpodmínečné pozitivní přijetí		Medián=4		Celkem
		nad mediánem	pod mediánem	
N=40		ZP = Bezpodmín. přijetí		
		nad mediánem	pod mediánem	
NP = výcvik	s výcvikem	14	6	20
	bez	7	13	20
Celkem		21	19	40

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 10: Očekávané bezpodmínečné pozitivní přijetí

Očekávané rozložení – BPP			
	nad mediánem	pod mediánem	Celkem
s výcvikem	<b>10,5</b>	<b>9,5</b>	20
bez	<b>10,5</b>	<b>9,5</b>	20
Celkem	21	19	40

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 11:  $\chi^2$  výpočty bezpodmínečné pozitivního přijetí

<b>chi BPP</b>	0,86	1,68
	1,52	0,95

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 12: Výsledky u bezpodmínečné pozitivního přijetí

<b>Z(BPP)</b>	<b>5,01</b>
<b>St.v.</b>	<b>1</b>
<b>p</b>	<b>0,0252</b>

Zdroj: vlastní zpracování

$$\chi^2(1; n = 40) = 5,01; p < 0,05$$

$$p = 0,025 < 0,05$$

Zamítáme  $H_0$ , přijímáme  $H_3$ .

Výsledek p hodnoty u podmínky bezpodmínečné pozitivní přijetí vyšel 0,0252. Který je, stejně jako u opravdovosti, nižší než hladina signifikance 0,05. Čímž se nám zamítá nulová hypotéza a přijímáme tedy hypotézu alternativní.

Hypotéza 3 zní: **Pravděpodobnost výskytu bezpodmínečného pozitivního přijetí klienta se liší u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem a u sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.**

## 5. DISKUZE

Dotazníkové šetření má výhodu toho, že za krátkou dobu je možné posbírat spoustu dat. Což se nám naštěstí stalo. Avšak nebylo možné se s každým respondentem vidět a věřím, že ne vždy byl pro každého pracovníka dotazník jednoduchý na vyplnění a pochopení. Avšak od některých jsem zpětnou vazbu přece jen dostat mohla a moc ráda jsem ji vždy vyslechla. Bylo vždy milé slyšet reakce typu, že stylem jakým jsou formulované otázky, by respondenty nenapadlo odpovídat i přesto, že se jim reakce velmi líbí. Takže na konci usoudili, že jim dotazník vlastně rozšířil obzory nebo donutil k zamyšlení, jak vlastně reagují nebo by měli reagovat. Na druhou stranu se dotazník neobešel i bez spíše negativních poznatků. Většinou se jednalo o to, že respondentům nestačily uvedené odpovědi. Slyšela jsem od některých, že si nedokázali vybrat tak, aby byli spokojeni a měli chuť doplnit něco svého. Nebo že vlastně neví, proč jsou odpovědi dané tolik do extrému. Pokud se na mě s takovou nebo podobnou poznámkou respondenti otočili, ráda jsem reagovala. Vlastně mi to přišlo tak, že i když některým dotazník nevyhovoval, i tak měli zájem se o tom dále bavit.

Zpětně jsem díky rozhovorům s respondenty přemýšlela, zda jsem neměla do úvodu dotazníku napsat, co konkrétně jsem zkoumala. Ale nejsem si jistá, zda by pak byly dotazníky vyplňovány objektivně. Možná bych pro příště udělala testovací dotazníky jeden s vysvětlujícím úvodem, co chci zkoumat a druhý tak, jak jsem měla nastavený pro tuto diplomovou práci. Možná by se tím předešlo případným neporozuměním.

Když se podíváme na výsledky dotazníků. Na první pohled bylo zřejmé dle hodnot, které byly od respondentů vysbírány, že u opravdovosti a bezpodmínečného pozitivního přijetí bude mezi sociálními pracovníky a sociálními pracovníky s psychoterapeutickým výcvikem rozdíl. Jsem přesvědčená o tom, že většina lidí musí autenticitu/opravdovost trénovat. Ať už v psychoterapeutickém výcviku, či zkušeností v pomáhající profesi. To samé u bezpodmínečně pozitivního přijetí. Jak jsem psala v teoretické části, dle slov Navrátila (2001, s. 23), mezi sociálními pracovníky a psychoterapeuty je rozdíl. Každý se dle náplně své práce zaměřuje na něco jiného. Možná proto by se daly očekávat větší rozdíly mezi porovnávanými

skupinami. Ale nesmíme zapomínat na to, že všichni respondenti byli z řad sociálních pracovníků.

Zároveň je nutno říci, že tím, že u empatie dosahovali sociální pracovníci podobných hodnot jako sociální pracovníci s výcvikem, dá se soudit, že s lidmi s duševním onemocněním pracují lidé s velkou mírou empatie, ať psychologický výcvik mají či nikoli. V teoretické části jsem vložila slova Řezníčka (2010, s. 19) o tom, že nároky na sociálního pracovníka jsou veliké, včetně důrazu na emocionální rovnováhu a výkonovou výdrž. A i tento poznatek je pro nás důležitý. Tím myslím to, že pracovníci, ať s výcvikem nebo bez něj, prokázali vysokou míru empatie. Což znamená, že jejich rovnováha a výkon by měly být v dobré kvalitě. A tedy se dostává jejich klientům kvalitní míra porozumění, což konkrétně cílová skupina lidí s duševním onemocněním velmi potřebuje. Zároveň nám velká míra empatie u všech pracovníků naplňuje slova Pěče, který uvádí, že je hodně důležité, aby klienti pociťovali od pracovníka upřímný zájem a aby pracovníci mohli nabídnout chápající porozumění (Pěč & Probstová, 2009, s. 41). Takže to je vlastně dobrá zpráva pro náš celý výzkumný vzorek respondentů, že jejich míra empatie je na vysoké úrovni, tím pádem by jejich klienti mohli být po této stránce naplněni.

Data, co máme sesbírané, ale nebyl prostor na jejich vyhodnocení, by mohly posloužit pro jinou práci. Například se jedná o to, jak se samotní respondenti vnímali jako opravdoví, empatictí či bezpodmínečně pozitivně přijímající, a jak by to korespondovalo s tím, jak dotazník vyplnili.

Pro představu mohu vložit jednoduché tabulky, které jsem propočítala, abych viděla, jak se respondenti hodnotí. Souvislost s výsledky jsem již více nemapovala. Tyto tabulky vychází z otázek číslo 1, 8 a 15 z dotazníku, které se otevřeně dotazují na to, zda respondenti splňují následující podmínky.

Tabulka č. 13: Sebeposouzení respondentů u opravdovosti

<i>Sebeposouzení – OPRAVDOVOST</i>				
N=40		ZP = Opravdovost		Celkem
		Ano	ne	
NP = výcvik	s výcvikem	<b>17</b> <b>(42,5%)</b>	<b>3 (7,5%)</b>	20
	bez	<b>13</b> <b>(32,5%)</b>	<b>7 (17,5%)</b>	20
Celkem		30	10	40

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 14: Sebeposouzení respondentů u empatie

<i>Sebeposouzení – EMPATIE</i>				
N=40		ZP = Empatie		Celkem
		Ano	ne	
NP = výcvik	s výcvikem	<b>19</b> <b>(47,5%)</b>	<b>1 (2,5%)</b>	20
	Bez	<b>20</b> <b>(50%)</b>	<b>0 (0%)</b>	20
Celkem		39	1	40

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 15: Sebeposouzení respondentů u bezpodmínečně pozitivního přijetí

<i>Sebeposouzení – BEZPODMÍNEČNĚ POZITIVNÍ PŘIJETÍ</i>				
N=40		ZP = BPP		Celkem
		ano	ne	
NP = výcvik	s výcvikem	<b>12</b> <b>(30%)</b>	<b>8 (20%)</b>	20
	bez	<b>16</b> <b>(40%)</b>	<b>4 (10%)</b>	20
Celkem		28	12	40

Zdroj: vlastní zpracování



Jak vidíme, nejvíce se respondenti hodnotili jako empatičtí. Kromě jednoho z nich odpověděli všichni na otázku 8, zda se považují za empatického pracovníka, ano. I u dalších dvou podmínek převažovalo sebehodnocení respondentů tak, že podmínky splňují, avšak už bylo více těch, kteří se ohodnotili jako neautentičtí a ne vždy bezpodmínečně pozitivně přijímající.

Dále by se dalo zamyslet a prozkoumat, jak souvisí i další demografické otázky s konečnými výsledky dotazníků. Například:

- Souvisí pohlaví s mírou bezpodmínečného přijetí?
- Souvisí věk s empatií?
- Je propojená opravdovost s odpracovanými léty v pomáhající profesi?
- Jsou sociální pracovníci, kteří mají sourozence, více empatičtí?

Na zodpovězení všech těchto a dalších možných otázek, na které může dotazník a jeho vyhodnocení najít odpověď, již v práci není dostatek místa. Troufám si však tvrdit, že by bylo zajímavé prozkoumat i tyto souvislosti.

## ZÁVĚR

V teoretické části jsme se věnovali postupně tématům, která jsem chtěla v diplomové práci propojit. Mým záměrem bylo přiblížit obor sociální práce, konkrétně sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, a rogeriánskou psychoterapii.

První kapitola se věnuje sociálnímu pracovníkovi. Jeho osobnosti – jaký by měl člověk, který chce sociální práci vykonávat, být a co musí splňovat. Dále možnosti jeho uplatnění v praxi. A nakonec kapitoly se věnujeme etickému kodexu sociálního pracovníka i s konkrétním příkladem z jedné organizace.

Druhá kapitola se zabývá sociální prací a terapií. Nejdříve se podíváme v první části na sociální práci, její definice, druhy a odlišnosti od jiných oborů. Druhá část se věnuje popisu psychoterapie, na což pak navazují příklady uplatňovaných psychoterapeutických přístupů v sociální práci s duševně nemocnými. Snažila jsem se rozebrat a vysvětlit směr rogeriánský, na který jsem dala větší důraz než na další, protože se jeho podmínkami zabývá celá praktická část. A dalšími popsány směry jsou Kognitivně behaviorální přístup a Daseinanalýza.

Poslední část teoretické části se věnuje charakteristice schizofrenie. Nejdříve co schizofrenie je, její popis a specifika práce s lidmi se schizofrenií. Na co při práci nezapomínat nebo co je nutné dodržovat. V další části se věnujeme sociálním službám, které se lidem s duševním onemocněním věnují a tím pádem jaké jsou v tomto směru pro lidi s duševním onemocněním možnosti. Poslední část je věnována příkladu jedné z organizací, která se lidem s duševním onemocněním věnuje již několik let ve větší šíři, a jsou tím vlastně ještě více přiblíženy konkrétní služby, které podporují duševně nemocné.

Dále už pokračujeme praktickou částí. Cílem praktické části bylo ukázat, jak spolu souvisí míra užívání podmínek rogeriánského psychoterapeutického přístupu. Porovnávali jsme mezi sebou skupinu sociálních pracovníků s psychoterapeutickým výcvikem a sociálních pracovníků bez psychoterapeutického výcviku.

Po přiblížení cíle praktické části, jsou uvedeny hypotézy, které jsme dále vyvraceli či potvrzovali. Vždy jsou uvedeny dvě možnosti u každé z podmínek. To znamená, že například u empatie je uvedena nulová a alternativní hypotéza. Konkrétně:

Hypotéza  $H_0$ : *Pravděpodobnost výskytu empatického porozumění je stejná u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem tak u sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.*

Alternativní hypotéza  $H_1$ : *Pravděpodobnost výskytu empatického porozumění se liší u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem a sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.*

Po formulaci všech hypotéz je popsáno, jakým způsobem je průzkum prováděn. Uveden druh testu a další potřebné metody pro srozumitelné výsledky.

V následující kapitole je popsána dotazníková metoda a vysvětlen způsob dotazování a přehledné seznámení s dotazníkem.

Předtím, než se podrobně věnujeme respondentům a jejich rozdělení dle demografických otázek, je popsáno, jakým způsobem byl dotazník rozšířen a vyplňován respondenty. Respondenti jsou poté přehledně pomocí grafů seznámeni se čtenářem. Konkrétně je uvedeno, jaký vzorek sociálních pracovníků nám pomohl s praktickou částí práce a díky komu jsme přišli ke svým výsledkům.

Výsledky výzkumu pro mě nebyly v mnohém překvapení.

Dvě ze tří nulových hypotéz byly na základě výsledků dle chí-kvadrátu zamítnuty. Jedna nulová hypotéza byla potvrzena.

Konkrétně byly zamítnuty nulové hypotézy u opravdovosti a bezpodmínečného pozitivního přijetí. Tedy byly potvrzeny hypotézy alternativní, a to tedy:

Hypotéza 1: *Pravděpodobnost výskytu autentického vyjadřování se liší u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem a sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.*

Hypotéza 3: *Pravděpodobnost výskytu bezpodmínečného pozitivního přijetí klienta se liší u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem a u sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.*

A u bezpodmínečně pozitivního přijetí byla potvrzena hypotéza nulová, tedy:

Hypotéza 2: *Pravděpodobnost výskytu empatického porozumění je stejná u sociálních pracovníků s terapeutickým výcvikem tak u sociálních pracovníků bez terapeutického výcviku.*

Z výsledků praktické části tedy vyplývá, že je rozdíl mezi sociálními pracovníky s psychoterapeutickým výcvikem a bez něj ve dvou rogeriánských psychoterapeutických podmínkách a to v projevování opravdovosti a bezpodmínečně pozitivního přijetí. Rozdíl mezi sociálními pracovníky s psychoterapeutickým výcvikem a bez něj se neukázal ve vyjadřování empatie.

## POUŽITÁ LITERATURA A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

### Použitá literatura:

- Baštecká, B. et al. (2009). *Psychologická encyklopedie*. Praha: Portál.
- Baštecká, B. & Goldman, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- Drapela, V. J. (2008). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Kottler, J. A. (2013). *Profesní psychohygienu terapeuta*. Praha: Portál.
- Kučerová, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada.
- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Laca, P. & Laca, S. (2017). *Sociální práce a sociální pedagogika*. Rožňava: Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce sv. Alžběty.
- Matoušek, O. et al. (2012). *Základy sociální práce*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. et al. (2008). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.
- Nolen-Hoeksema, S. et al. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál.
- Navrátil, P. (2001). *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman.
- Nykl, L. (2012). *Carl Ransom Rogers a jeho teorie, Přístup zaměřený na člověka*. Praha: Grada.
- Muuse, Ch. & Rooijen, S. (2015). *Freedom first. A study of the experiences with community-based mental health care in Trieste, Italy, and its significance for the Netherlands*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Pěč, O. & Probstová, V. et al. (2009). *Psychózy*. Praha: Triton.
- Plháková, A. (2013). *Dějiny psychologie*. Praha: Grada.
- Pörtner, M. (2009). *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál.

Rogers, C. R. (2015). *Být sám sebou. Terapeutův pohled na psychoterapii*. Praha: Portál.

Řezníček, I. (2000). *Metody sociální práce*. Praha: Slon.

Schmidbauer, W. (2013). *Cesta psychoterapie. Od magie k vědě*. Praha: Portál.

Vybíral, Z. & Roubal, J. et al. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.

Vymětal, J. (1996). *Rogersovská psychoterapie*. Brno: Centa.

### **Elektronické zdroje:**

Bohnice bez hranic. Duální diagnóza [online]. [cit. 2018-06-18]. Dostupné z: <http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/pribehy-nemoci/dualni-diagnoza/popis-nemoci/>

Bona, o.p.s. [online]. [cit. 2018-07-12]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/>

Bona, o.p.s. [online]. [cit. 2018-06-23]. Dostupné z: <http://bona-ops.cz/o-nas/eticky-kodex-bona-ops>

Etický kodex sociálních pracovníků [online]. [cit. 2018-07-24]. Dostupné z: <http://sspcr.xf.cz/code.html>

Green doors [online]. [cit. 2018-06-24]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/cs/schizofrenie-psychoza-a-dusevni-onemocneni/>

Matematická biologie. E-learningová učebnice [online]. [cit. 2018-07-20]. Dostupné z: <http://portal.matematickabiologie.cz/index.php?pg=aplikovana-analyza-klinickych-a-biologickych-dat--analyza-a-management-dat-pro-zdravotnicke-obory--testovani-hypotez-o-kvalitativnich-promennych--analyza-kontingencnich-tabulek--testovani-nezavislosti-pearsonuv-chi-kvadrat-test>

MPSV [online]. [cit. 2018-06-22]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/838>

MPSV. Zákon 108/2006 Sb. [online]. [cit. 2018-07-03]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

MPSV. Příloha č. 1 [online]. [cit. 2018-06-12]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/25986/Doporuceny\\_postup\\_4\\_2016\\_Priloha\\_c\\_1.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/25986/Doporuceny_postup_4_2016_Priloha_c_1.pdf)

MKN10, 10. revize [online]. [cit. 2018-06-03]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

PVŠPS [online]. [cit. 2018-07-03]. Dostupné z: <http://www.pvsps.cz/chci-studovat/socialni-prace-se-zamerenim-na-komunikaci-a-aplikovanou-psychotherapii-bc/>

Slovník sociálního zabezpečení [online]. [cit. 2018-06-22]. Dostupné z: <http://slovník.mpsv.cz/socialni-pracovnik.html>

Zákony pro lidi [online]. [cit. 2018-07-13]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

# SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

## Seznam grafů

Graf č. 1: Pohlaví u soc. pracovníků bez PV .....	60
Graf č. 2: Pohlaví u soc. pracovníků s PV .....	60
Graf č. 3: Pohlaví všech respondentů .....	60
Graf č. 4: Průměrný věk respondentů .....	61
Graf č. 5: Doba v pomáhající profesi soc. pracovníků .....	62
Graf č. 6: Doba v pomáhající profesi soc. pracovníků s PV .....	62
Graf č. 7: Doba v pomáhající profesy všech respondentů .....	62
Graf č. 8: Sociální pracovníci a sourozenci .....	63
Graf č. 9: Sociální pracovníci s PV a sourozenci .....	63
Graf č. 10: Respondenti a sourozenci .....	64

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Pozorovaná opravdovost .....	65
Tabulka č. 2: Očekávaná opravdovost .....	65
Tabulka č. 3: $\chi^2$ výpočty opravdovosti .....	66
Tabulka č. 4: Výsledky u opravdovosti .....	66
Tabulka č. 5: Pozorovaná empatie .....	67
Tabulka č. 6: Očekávaná empatie .....	67
Tabulka č. 7: $\chi^2$ výpočty empatie .....	67
Tabulka č. 8: Výsledky u empatie .....	67
Tabulka č. 9: Pozorované bezpodmínečné pozitivní přijetí .....	68
Tabulka č. 10: Očekávané bezpodmínečné pozitivní přijetí .....	69



Tabulka č. 11: $\chi^2$ výpočty bezpodmínečně pozitivního přijetí .....	69
Tabulka č. 12: Výsledky u bezpodmínečně pozitivního přijetí .....	69
Tabulka č. 13: Sebeposouzení respondentů u opravdovosti .....	72
Tabulka č. 14: Sebeposouzení respondentů u empatie .....	72
Tabulka č. 15: Sebeposouzení respondentů u bezpodmínečně pozitivního přijetí ....	72

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČESKÉ REPUBLIKY .....	83
Příloha č. 2: DOTAZNÍK: MAPOVÁNÍ POSTOJŮ SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ V PRAXI.....	88

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1: ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČESKÉ REPUBLIKY

### 1. Etické zásady

1.1. Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny **v dokumentech relevantních pro praxi** sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a **dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách**. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

1.2. Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, **pohlaví, rodinný stav**, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

1.3. Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

1.4. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

1.5. Sociální pracovník **dává přednost** profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

### 2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

#### 2.1. Ve vztahu ke klientovi

2.1.1. Sociální pracovník **podporuje své klienty k vědomí** vlastní odpovědnosti.

2.1.2. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

2.1.3. Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. **Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.**

2.1.4. Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. **V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy,** umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.

2.1.5. Sociální pracovník **podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek** sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

2.1.6. Sociální pracovník **podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.**

2.1.7. **Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.**

## **2. 2. Ve vztahu ke svému zaměstnavateli**

2.2.1. Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

2.2.2. V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

2.2.3. Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

### **2.3. Ve vztahu ke kolegům**

2.3.1. Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

2.3.2. Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

2.3.3. Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

### **2.4. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti**

2.4.1. Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

2.4.2. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

2.4.3. Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.

2.4.4. Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.

2.4.5. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

2.4.6. Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

## **2.5. Ve vztahu ke společnosti**

2.5.1. Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.

2.5.2. Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.

2.5.3. Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.

2.5.4. Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.

2.5.5. Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

**2.5.6. Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.**

### **Etické problémové okruhy**

Tyto problémové okruhy by měly být rozpracovány v rozšířeném kodexu, který by byl zaměřen na specifika sociální práce v různých oblastech.

Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.

#### **A. Základní etické problémy jsou:**

- kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, skupiny či obce (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace),
- kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení,

- kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití,
- kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci.

### **B. Další problémové okruhy,**

které se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací, kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů

- při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta,
- při konfliktu klienta a jiného občana,
- při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů,
- při konfliktu zájmu klientů a ostatní společnosti,
- při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.

### **C. Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka,**

který klientům pomáhá a současně má klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role, a do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce.

#### **Postupy při řešení etických problémů**

1. Závažné etické problémy budou probírány a řešeny ve skupinách pracovníků v rámci Společnosti sociálních pracovníků ČR (dále jen Společnost). Sociální pracovník má mít možnost:

diskutovat, zvažovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci s kolegy a dalšími odborníky, event. i za účasti stran, kterých se týkají.

2. Společnost může doplnit a přizpůsobit etické zásady pro ty oblasti terénní sociální práce, kde jsou etické problémy komplikované a závažné.

3. Na základě tohoto kodexu je úkolem Společnosti pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům analyzovat a pomáhat řešit jednotlivé problémy.

## Příloha č. 2: DOTAZNÍK: MAPOVÁNÍ POSTOJŮ SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ V PRAXI

*Dobrý den.*

*Jsem moc ráda, že jste ochotní vyplnit můj dotazník. Dotazník se zaměřuje na prozkoumání postojů sociálních pracovníků v praxi ke klientům. Jeho výsledky uvedu ve své diplomové práci, kterou vám ráda elektronicky zašlu, budete-li chtít.*

*Prosím o vyplnění každé otázky. Vždy zvolte pouze jednu z uvedených odpovědí a tu označte zakroužkováním jejího písmena, tedy a) nebo b).*

*Dotazník má dvacet otázek, jeho vyplnění Vám zabere přibližně 5 minut.*

*Pokud souhlasíte s tím, že použiji Váš vyplněný dotazník k mému výzkumu, prosím Vás o podpis zde:*

1. Když pracuji s klientem, sděluji mu, jak se u toho cítím.
  - a) Ano
  - b) Ne
  
2. Klient se Vám svěřuje: „Kdykoli slyším zvuk sanitky, mám chuť se někam schovat, aby mě zas neodvezla do léčebny.“ Jaká by byla vaše odpověď, která by vykazovala největší míru porozumění?
  - a) Vždycky Vás přepadnou veliké obavy.
  - b) To jste si teda asi musel zažít dost ošklivé věci, když jste byl hospitalizovaný.
  
3. Respektuji klientovy názory, i když jsou úplně jiné než moje.
  - a) Ano
  - b) Ne



4. Když mě něčím klient rozčiluje, sdělím mu to.
- a) Ano
  - b) Ne
5. Když vás navštíví velmi smutný klient, jak se cítíte a jak se chováte?
- a) Snažím se být smutná stejně jako on, aby viděl, že ho opravdu chápu
  - b) Každý je občas smutný, takže to respektuji a povídám si s ním o tom, o čem si přeje
6. Klient přestal brát léky, protože je po jejich užití unavený. Minule nebrání léků způsobilo u tohoto klienta to, že musel být hospitalizován. Jaká by byla Vaše reakce, aby z ní klient pocítil, že je toto rozhodnutí jeho volba a Váš vztah se tím nijak nemění?
- a) Chápu, že je nechcete brát, ale měl byste. Nebude Vám to dělat dobře a já mám o vás strach.
  - b) Chápu to tak, že léky neberete, protože jste po nich unavený. Zároveň si říkám, že to pro vás může být v něčem ohrožující.
7. Pokud mi klient sděluje věci, které jsou mi nepříjemné, snažím se ho zastavit.
- a) Ano
  - b) Ne
8. Považujete se za empatického pracovníka?
- a) Ano
  - b) Ne

9. Klient opakovaně zaspává do práce, kde už kvůli tomu má problémy a šéf už jeho pozdní příchody podmiňuje výpovědí. Jak se zachováte?
- a) Zeptám se klienta, co se to děje, poradím mu nějaké pomůcky, jak vstávat a doporučuji mu, aby už si dával pozor, protože je přeci škoda o práci přijít.
  - b) Zajímá mě, zda o tom chce klient se mnou mluvit. Pokud ano, vyslechnu si, co se děje, ale bez jeho svolení mu do toho nebudu povídat.
10. Klient chodí na Vaše schůzky opakovaně pozdě a Vám to hodně vadí, protože tím ztrácíte svůj čas.
- a) Sdělím klientovi, co se mnou jeho pozdní příchody dělají a ptám se po příčině
  - b) Na nejbližší schůzce se mile zeptám, co se to děje
11. Při schůzce se klient svěřuje: "Štve mě, že mě má matka stále bere jako malé dítě." Jaká z těchto uvedených reakcí pro vás obsahuje největší míru porozumění?
- a) Nebojte. Takový pocit má mnoho lidí.
  - b) Byl byste rád, aby vás matka brala jako sobě rovného.
12. Myslíte si, že klient ví nejlépe sám, co by pro něj bylo dobré?
- a) Ano
  - b) Ne
13. Pracujete s klientem, který má problémy s dodržováním hygieny a je nepříjemně cítit, co budete dělat?
- a) Informaci mu sdělím, včetně toho, že mě to ruší při práci, budu snažit o motivaci ke zvýšené hygieně

b) Budu se snažit o méně častý kontakt s klientem

14. Abych vnímal svou práci s klientem jako kvalitní, je nutné klientovi rozumět a umět vidět svět tak trochu jeho očima.

a) Ano

b) Ne

15. Přijímám bezpodmínečně každého klienta, se kterým pracuji?

a) Ano

b) Ne

16. Jste muž nebo žena?

17. Kolik Vám je let?

18. Jak dlouho pracujete v pomáhající profesi?

a) Méně než 3 roky

b) Více než 3 roky

19. Máte sourozence?

a) Ano

b) Ne

20. Absolvoval/a jste nebo aktuálně jste alespoň jeden rok v nějakém psychoterapeutickém výcviku?

a) Ano. Jsem v ..... výcviku.

b) Ne



## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autora:** Aneta Jungbauerová

**Studijní program:** Sociální politika a Sociální práce

**Název práce:** Rogeriánský přístup sociálního pracovníka v práci s klienty se schizofrenií

**Vedoucí práce:** doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

**Rok dokončení práce:** 2018

**Počet stran (bez příloh):** 76

**Celkový počet stran příloh:** 9

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 21

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 2

**Počet internetových odkazů:** 13

## **EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY**

Souhlasím s tím, aby má diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze dne 30. 7. 2018

.....

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Aneta JUNGBAUEROVÁ

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Rogeriánský přístup sociálního pracovníka v práci s klienty se schizofrenií

Vedoucí/opponent práce: doc. PaedDr. Slavomír LACA, PhD.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 76

Počet stránek příloh: 9

Počet titulů v seznamu literatury: 36

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	•			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	•			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	•			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	•			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		•		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		•		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	•			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	•			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	•			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	•			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

		•		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		•		
--	--	---	--	--

\*

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznosť kapitol a subkapitol

	•			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť výsledkov v praxi

		•		
--	--	---	--	--

Vhodnosť prezentácie záverov práce (publikácie, referáty, apod.)

		•		
--	--	---	--	--

Otázky a námety k diskusi pri obhajobe:

Nemám otázky do diskusie.

Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky):

Diplomantka Aneta Jungbauerová sa zaoberá vo svojej práci problematikou rogeriánskeho prístupu sociálneho pracovníka v práci s klienty se schizofrenií. Štruktúra práce je dobrá a je vyvážená v jednotlivých kapitolách a podkapitolách. V úvode autorka charakterizuje celú problematiku, ktorú rozoberá v jednotlivých kapitolách, taktiež si vytýčila cieľ svojej empirickej časti ktorou sa zaoberá empirická časť práce. Autorka pri písaní použila adekvátnu odbornú literatúru, ktorú uvádza v zozname bibliografických odkazov (autorka použila nielen domácu literatúru ale aj zahraničné publikácie, k tejto problematike). Záver práce je ukončený prílohou, v ktorej sa nachádza štandardizovaný dotazník. V práci sa nájdu ešte menšie formálne nedostatky, ktoré neznižujú úroveň predkladanej práce. Predkladaná diplomová práca sa člení na teoretickú a empirickú časť. V rámci teoretickej časti práce diplomantka opisuje pohľad na zvolenú problematiku v troch kapitolách (sociálny pracovník, jeho osobnostne predpoklady, etický kódex sociálneho pracovníka, sociálnej práce a terapia, psychoterapia, a iné). Praktickú časť tvorí posledná kapitola. Autorka použila metódu štruktúrovaného dotazníka a zvolila si nulovú hypotézu a k nej alternatívnu, kde na overovanie svojich výsledkov použila štatistickú metódu „Chí-kvadrát test“. Musím pochváliť diplomatku, a jej praktické skúsenosti z danou problematikou s ktorou sa stretla vo svojej praxi, taktiež chválím jej prístup k písaniu práce a spoluprácu, hodnotím veľmi kladne. Na základe stanoveného cieľa sa autorke podarilo splniť cieľ práce a došla k zaujímavým výsledkom, ktoré zhrnula do záverečnej kapitoly. Domnievame sa, že predložená práca je zaujímavá spracovaná a spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu.

Doporučení k obhajobe: doporučuji/~~nedoporučuji~~\*

- práca spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu, preto ju doporučujem k obhajobe.

Navrhovaná klasifikácia:

- klasifikujem ju stupňom – 1 (výborne).

Datum, podpis: 18.08.2018





**Posudek oponentky diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

**Jméno a příjmení studentky:** Aneta Jungbauerová

**Obor studia:** Sociální politika a Sociální práce

**Název práce:** Rogeriánský přístup sociálního pracovníka v práci s klienty se schizofrenií

**Oponentka práce:** Mgr. Zuzana Janotková

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 76

Počet stránek příloh: 9

Počet titulů v seznamu literatury: 36

**Přímé citace:** 7998 znaků (včetně mezer)

**Ostatní text:** 110 768 (včetně mezer)

**Celkový počet znaků:** 118 766 znaků (včetně mezer)

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

		x		
--	--	---	--	--

Oborová přílehlavost tématu

		x		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

			x	
--	--	--	---	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

			x	
--	--	--	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

			x	
--	--	--	---	--

Využití výzkumných empirických metod

			x	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

x				
---	--	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části  
v daném tématu

		X		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost  
výsledků v praxi

			X	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce  
(publikace, referáty, apod.)

			X	
--	--	--	---	--

### Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Na straně 14. uvádíte: „že osobnost sociálního pracovníka je funkce.... Objasněte co tím máte na mysli. Spojení osobnost a funkce.

Jak jste ošetřila a vyhodnotila ve svém výzkum. šetření rozlišnost psychoterapeutických směrů u respondentů?

Jakou typ sociální práce vykonávali daní respondenti?

Jak jste konstruovala dotazník a ověřovala jeho reliabilitu a validitu?



Autorka se ve své práci věnuje tématu: "Rogeriánský přístup sociálního pracovníka v práci s klienty se schizofrenií"

V teoretické práci jsou tři kapitoly: Sociální pracovník, Sociální práce a terapie a Charakteristika schizofrenie.

První kapitola se věnuje popisu, faktům a definicím sociálního pracovníka, osobnosti, uplatnění, etickému kodexu. Je zde výčet definicí a pojmů, které jsou jasné a přehledné. Postrádám zde zcela vymezení sociální práce při práci s klienty se schizofrenií, specifika práce. Také bych uvítala vzhledem k tématu práce informace, za jakých okolností pracuje sociální pracovník s využitím prvků psychoterapie a kdy pracuje samostatně jako certifikovaný psychoterapeut.

Ve druhé kapitole: Sociální práce a terapie. Hned na začátku není jasné používání pojmů v jednom se používá pojem terapie, jindy psychoterapie. Jde o dva jiné pojmy se svým významem, což zde není jasné a působí to zmatečně a není zde jasné, jestli sama autorka rozumí rozdílům. Je nutné ujasnit si používání pojmosloví v odborné práci. Tímto nejasným vymezením se potkáváme i v další kapitole.

Autorka dále uvádí na straně 23, že "dostatek přijetí, empatie a být ve vztahu k nim co nejvíc otevření. Toto jsou podmínky dostačující pro „Přístup zaměřený na člověka“. S tímhle tvrzením není možné odborně souhlasit. C. Rogers vymezil tři základní podmínky a šest dostačujících podmínek atd.... odkaz v odborné literatuře.

V podkapitole 2.3. „Příklady používaných terapeutických přístupů v sociální práci“ jsou na stejné úrovni poskytované informace o třech psychoterapeutických směrech, což nedá smyslem vzhledem k zaměření diplomové práce.

Samotný psychoterapeutický směr PCA by si vzhledem k teoretickému i praktickému záměru studentky zaslouhoval obšírnější a kvalitnější odborné zpracování. Jsou patrné výrazné teoretické nesrovnalosti a nejasnosti k dané teorii a postrádám zde informace jak teoretické pak výzkumné k dané problematice s propojením na duševní onemocnění.

Třetí kapitola s názvem: Charakteristika schizofrenie kromě základních informací o schizofrenii obsahuje specifika práce s lidmi se schizofrenií / vymezení sociální práce se schizofrenií jsem čekala v prvním kapitole/ a pak obšírnější pokračování v kapitole 3.

Bohužel v práci postrádám vymezení sociální práce s použitím prvků psychoterapeutických směrů a specifika této práce jak samotné vymezení certifikované psychoterapeutické práce sociálního pracovníka. Jak z teoretické, tak praktické práce tato jednoznačnost nevyplývá. Vzhledem k tomu, že jde o dva odlišné způsoby práce a je nutné to vymežit i při stanovení metodologického designu, pokládám to za jednu z problematických oblastí, co se dle mého promítlo i do výzkumné části. Z formálního hlediska jsou v práci drobné chyby a nesrovnalosti.

V praktické části si autorka stanovila za cíl propojení rogeriánské psychoterapie a sociální práce s duševně nemocnými lidmi. Jako problematické vnímám, že autorka uvádí, že se bude věnovat a porovnávat tři základní podmínky z PCA přístupu mezi sociálními pracovníky, co mají psychoterapeutický výcvik /jakýkoli/ a mezi těmi co ho nemají. Toto samo o sobě nedává metodologický smysl. Je nepřesné stavět metodologii na podmínkách odvolávajíc se na neúplnou teorii PCA, jenom na vybrané tři podmínky a říkat tomu přístupy, metody rogeriánskeho směru / i v cíli výzkumu/ když chce zkoumat konkrétní základní podmínky a ještě nerozlišovat mezi jinými psychoterapeutickými směry. Není zde jasné, proč autorka zahrnuje do výzkumu lidi s jiným psychoterapeutickým směrem, když se odvolává na PCA psychoterapii. Bohužel to není zohledněno ani při analýze dat a neproběhlo zde srovnání.

I když oceňuji snahu vytvořit dotazník, nelze ho ale shledat reliabilním ani validním. Autorka uvádí, že chce zjistit míru třech základních podmínek, v dotazníku, ale píše, že se zaměřuje na prozkoumání postoje. Dotazník bohužel není zkonstruován tak aby mohl opravdu relevantně měřit a poskytnout kvalitní data k analýze k daným třem základním podmínkám PCA.

Autorka si vybrala na měření těžké oblasti, které vyžadují vysokou míru výzkumné a statistické zdatnosti a znalostí jak teoretických, tak praktických, jak dané podmínky adekvátně měřit, aby byli změřitelné. To se i při snaze autorky nepovedlo a není možné vnímat platnost hypotéz. Z daných otázek není možné docílit výzkumného záměru.

Z toho pak plyne i samotná analýza dat a výsledky výzkumu. Dané výsledky bohužel nevyovídají o záměru autorky. Práce vykazuje metodologické chyby a nejasnosti.

I když výzkumnou část shledávám jako problematickou, tak oceňuji záměr a nasazení autorky, které je z práce znát. Myslím si ale, že si vybrala složité téma na výzkum a bohužel směrem, kterým se vydala to nebylo zcela možné. Když si na chvíli odmyslím tuto složitost shledám autorku jako zapálenou pro věc a přála bych jí relevantní výzkum. Oceňuji snahu pracovat jak s vytvořením dotazníku, tak statistickým zpracováním dat. I když praktickou část práce vnímám jako problematickou, je znát že studentka využila asi všechny své dovednosti a nedohlédla na složitost výzkumu v dané oblasti, tak toto pozitivum samozřejmě беру v potaz.

I když diplomová práce očekává od diplomanta jak teoretické, tak výzkumné dovednosti, tak i když výzkumná část nenaplnila úplně kritéria věřím, že autorka objasní při obhajobě na základě čeho si stanovila výzkumný design.

Navrhovaná klasifikace: 2-3

Datum, podpis:

29.8.2018

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long vertical stroke, positioned to the right of the date.