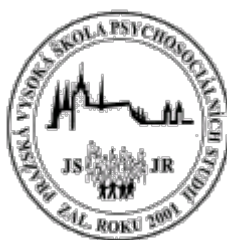


# Pražská vysoká škola psychosociálních studií



## Specifika peer programu pro lidi s poruchou osobnosti

Bc. Daniela Parmová

Diplomová práce

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D.

**Praha 2022**

# Prague College of Psychosocial Studies



## Specifics of Personality disorder Peer program

Bc. Daniela Parmová

The Diploma Thesis

The Diploma Thesis Supervisor: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D.

**Prague 2022**

## **A n o t a c e**

Diplomová práce se zabývá porozuměním specifickým, které přináší osobní zkušenost s duševním onemocněním lidem s poruchou osobnosti v rámci profesního uplatnění na pozici peer pracovníka. Samotná nejednotnost definice příčin a následků psychiatrické diagnózy ze spektra poruch osobnosti brání komplexnímu poznání a volbě účinných prostředků léčby. Koncept zotavení, nově se etablující na poli psychosociální rehabilitace, přináší odpovědi na chybějící otázky, jež medicínské paradigma dosud nepřinášelo. Zapojením peer pracovníků s jejich jedinečným příběhem zotavení do multidisciplinárních týmů a podpůrných programů se zdá být logickým krokem k podpoře zplnomocnění nejen samotných peer pracovníků, ale i jejich klientů na cestě k plnohodnotnému zapojení do společnosti. Zároveň je také příležitostí k destigmatizaci lidí s poruchou osobnosti nejen mezi laickou veřejností, ale zejména v řadách odborníků z pomáhajících profesí ze systému péče o duševní zdraví, mezi něž patří i sociální pracovníci.

**Klíčová slova:** porucha osobnosti, stigmatizace, zotavení, peer podpora

## **Abstract**

The diploma thesis deals with the understanding of the specifics that brings personal experience with mental illness to people with personality disorder into a professional life as a peer worker. The very inconsistency of the definition of the causes and consequences of psychiatric diagnoses from the spectrum of personality disorders hindering a comprehensive knowledge and choice of effective means of treatment. The concept of recovery, newly established in the field of psychosocial rehabilitation, still provides answers to missing questions that the medical paradigm did not allow. By involving peers with their unique recovery story in multidisciplinary teams and support programs, it seems a logical step to empower not only the peers themselves, but also their clients on the path to full integration in society. At the same time, it is also an opportunity to destigmatize people with the personality disorder not only among the general public, but especially among professionals in the mental health care system, including social workers.

**Key words:** personality disorder, stigmatization, recovery concept, peer support

## **Čestné 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.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne .....

Podpis .....

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Ing. Evě Dubovské, Ph.D., za cenné rady, trpělivost a vedení mé diplomové práce.

Daniela Parmová

# Obsah

Úvod.....	7
1 Lidé s poruchou osobnosti (bio-psycho-sociální pohled) .....	9
1.1 Obecné (demografické) charakteristiky.....	9
1.2 Diagnostické kontinuum.....	10
1.3 Porucha osobnosti jako diagnostická kategorie .....	13
1.4 Začátek příběhu .....	16
2 Možnosti léčby a sociální práce s lidmi s poruchou osobnosti .....	18
2.1 Dynamika změny osobnostních rysů.....	18
2.2 Orientace na cíle léčby.....	20
2.3 Sociální přesah diagnózy porucha osobnosti.....	23
2.3.1 Stigmatizace a sebestigmatizace u lidí s poruchou osobnosti.....	24
2.4 Možnosti sociální práce - sociální terapie .....	28
3 Koncept zotavení a case management.....	33
3.1 Klinický pohled na zotavení.....	34
3.2 Individuální perspektiva zotavení.....	37
3.3 Case management v oblasti duševního zdraví z pohledu sociální práce .....	38
4 Peer program pro osoby s duševním onemocněním z domácí a zahraniční perspektivy ..	43
4.1 Peer podpora v oblasti duševního zdraví.....	44
4.2 Vymezení role peer pracovníka.....	48
4.3 Specifika peer programu pro osoby s poruchou osobnosti.....	51
5 Výzkumná část.....	53
5.1 Cíl výzkumu a volba metody kvalitativního výzkumu.....	54
5.2 Hlavní výzkumná otázka .....	54
5.3 Výzkumný soubor.....	54
5.4 Metoda zpracování a analýza dat.....	55
5.5 Výsledky obsahové analýzy.....	57

5.6 Interpretace výsledků.....	57
5.6.1 Kontext zotavení .....	57
5.6.2 Kontext peer role.....	59
5.6.3 Specifický kontext poruchy osobnosti .....	62
5.6.4 Specifika peer programu z pohledu peer pracovníků.....	64
5.7 Diskuse .....	66
Závěr .....	69
CITOVANÉ ZDROJE.....	70
Příloha A - Tabulka jádrových přesvědčení o sobě a o druhých.....	75
Příloha B - Etický kodex peer pracovníků.....	76
Příloha C - Tvorba témat a subtémat v rámci obsahové analýzy.....	77
Příloha D - Rozhovor č. 1.....	78
Příloha E - Rozhovor č. 2.....	85
Příloha F - Rozhovor č. 3.....	92
Příloha G - Rozhovor č. 4.....	98
Příloha H - Rozhovor č. 5.....	104



# Úvod

Diplomová práce se zabývá poznáním specifík peer programu pro lidi s poruchou osobnosti. Usiluje o hledání jedinečnosti nejen v rámci nově se objevující profesionální role peer pracovníků a jejich zařazení do systému poskytovatelů péče v oblasti duševního zdraví, ale také o porozumění kontextu charakteristických obtíží a vzájemných souvislostí duševního onemocnění z kategorie poruch osobnosti, který lidem s touto diagnózou i jejich okolí do života přináší.

První kapitola teoretické části se věnuje detailnímu pohledu na člověka s poruchou osobnosti v celém jeho bio-psycho-sociálním kontextu. Přibližuje cestu vedoucí k pojmenování těžkostí, se kterými se doposud setkával a klasifikaci jednotlivých projevů do symptomů, jež dostávají lékařské označení. Zároveň si všímá odrazu těchto skutečností v nejbližším sociálním okolí a vymezuje směr, kterým se lidé po získání této konkrétní psychiatrické diagnózy mohou následně ubírat.

S ohledem na studijní obor, leží těžiště druhé kapitoly diplomové práce v představení možností sociální práce, kterými disponuje v rámci poskytování péče a služeb lidem s poruchou osobnosti na cestě k uzdravě. Zaměřuje se na identifikaci léčebných cílů a způsobů jejich dosažení. Vymezuje pojmy a kompetence spojené se sociální terapií a v neposlední řadě se zabývá stigmatem, které se pojí k léčbě duševního onemocnění.

Třetí část je zaměřená na přiblížení konceptu zotavení, který se díky probíhající psychiatrické reformě stále častěji propisuje do psychosociální rehabilitace, ale také prevence a terapie lidí se závažným duševním onemocněním. Tento přístup, zapojující široké spektrum profesionálů z řad pomáhajících profesí, klade výzvy na porozumění procesu vedoucímu k uzdravě na individuální úrovni z různých perspektiv. Popisuje možnosti sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví prostřednictvím case managementu a multidisciplinární spolupráce, které umožňují podílet se na zotavení lidí s poruchou osobnosti a předcházet tak jejich vyloučení nebo naopak přispívat k jejich opětovnému plnohodnotnému zapojení do společnosti.

Závěrečná kapitola teoretické části představuje specifika spojená s peer podporou lidí s poruchou osobnosti. Vymezuje samotný pojem peer podpory a náležitosti profesní role peer pracovníka v kontextu pomáhajících profesí a jejich specializací v rámci péče o duševní zdraví. Na podkladě praktických příkladů a zkušeností (z domova i ze zahraničí) umožňuje seznámení s náležitostmi peer programů pro lidi s poruchou osobnosti, jejich podobnostmi i rozdíly.

Výzkumná část navazuje na mé pracovní uplatnění a přirozenou zvědavost, která mne vedla k hledání odpovědí na otázku, jakými cestami se ubírají klienti s poruchou osobnosti po úspěšném dokončení léčby v rámci terapeutické komunity. Někteří z nich se etablovali právě v roli peer pracovníků a stali se součástí poskytovatelů peer podpory v různých formátech a organizacích. Z pacientů se stali klienti, z klientů kolegové pro sociální pracovníky v rámci multidisciplinární spolupráce. V praktické části se proto věnuji hledání porozumění specifikům, které s sebou tento přerod nese nejen pro peer pracovníky samotné, ale také pro jejich klienty. A to zejména se záměrem rozšířit poznání, které mohu nejen já, ale i moji kolegové uplatnit v rámci sociální práce.

# 1 Lidé s poruchou osobnosti (bio-psycho-sociální pohled)

V rámci pojednání o specifikách peer programu pro lidi s poruchou osobnosti je třeba hned v počátku blíže představit a vymezit skupinu osob, kterým je určen. Problematika poruch osobnosti je však velmi široká a vyžaduje odborný přesah do několika spolupracujících oborů, zvláště chceme-li zachytit člověka s poruchou osobnosti v celém jeho bio-psycho-sociálním kontextu.

## 1.1 Obecné (demografické) charakteristiky

Pro představu o jak velikou skupinu se vlastně jedná, lze využít výsledky šetření udávající prevalenci tj. procentuální zastoupení lidí s poruchou osobnosti v populaci. Čeští autoři, čerpající data z deset a více let starých výzkumů, uvádějí výskyt poruch osobnosti v rozmezí nejméně 3 a nejvýše 15 % v běžné populaci, v ordinacích lékařů pak tvoří 20 - 30 % pacientů. Vágnerová (2014) uvádí rozmezí dokonce 11 - 23 % populace trpící nějakou formou poruchy osobnosti (Vágnerová, 2014). Poruchy osobnosti jsou v 15 % primární příčinou psychiatrické hospitalizace a téměř u poloviny zbylých hospitalizovaných pacientů se vyskytují společně s jinou diagnózou (Riegel, Kalina & Pěč, 2020; Sedláčková et al., 2015). Shodné závěry prezentuje i novější zahraniční studie ze Severní Ameriky a zemí západní Evropy, hovořící o prevalenci v rozmezí 4 až 15 % populace s více méně vyrovnanou bilancí mužů a žen. Výrazné rozdíly nejsou ani v rámci etnických menšin v porovnání s většinovou společností (Tyrer, Reed & Crawford, 2015). Zaměříme-li se však pouze na pacienty ambulantní psychiatrické péče či klienty vyhledávající psychoterapeutickou pomoc, představují lidé s poruchou osobnosti téměř polovinu všech pacientů resp. klientů (Riegel, Kalina & Pěč, 2020). Odbornou pomoc vyhledávají ženy častěji než muži, proto je jejich zastoupení v klinické praxi vyšší, naopak muži s poruchou osobnosti tvoří až dvě třetiny vězněných osob v nápravných zařízeních (Tyrer, Reed & Crawford, 2015).

Podobná čísla uvádějí zahraniční autoři i pro skupinu adolescentů. Přibližně 6 - 17 % dospívajících vykazuje charakteristiky spojené s poruchou osobnosti a tvoří 41 - 61 % klinického vzorku, prevalence u delikventní mládeže může dosahovat až 88 % (Kongerslev, Chanen & Simonsen, 2015). Problematice diagnostiky a jejím specifikům v dětském a dorostovém věku se blíže věnuje kapitola 1.4 Začátek příběhu.

Lidé s poruchou osobnosti mají mnohem vyšší morbiditu (nemocnost) a mortalitu (úmrtnost) než lidé bez této diagnózy, alespoň to tvrdí výzkumníci z Velké Británie (Tyrer, Reed & Crawford, 2015). Přestože zvýšená úmrtnost lze částečně vysvětlit vyšším počtem sebevražd u osob s poruchou osobnosti (Sedláčková et al., 2015) nelze přehlédnout ani zvýšenou úmrtnost na kardiovaskulární a respirační onemocnění. Tuto skutečnost autoři vysvětlují jednak faktory životního stylu s vysokou prevalencí kouření, alkoholu a zneužívání drog a také potížemi v mezilidských vztazích, které mohou mít vliv na dostupnost a kvalitu zdravotnické péče. V konečném důsledku je tak naděje na dožití u žen s poruchou osobnosti kratší o 19 let a u mužů o 18 let oproti běžné populaci (Tyrer, Reed & Crawford, 2015).

V České republice se v roce 2019 léčilo přibližně 17,5 tis. pacientů v psychiatrických ambulancích s diagnózou F60-61 *Specifické poruchy osobnosti, smíšené a jiné poruchy osobnosti*, za posledních deset let došlo k nárůstu o necelé 2,5 tis. Poměr mužů a žen byl víceméně vyrovnaný, přičemž nejsilněji je zastoupena věková kategorie 40 - 49 let. Ženy tvořily asi o třetinu vyšší podíl v rámci psychiatrických hospitalizací, kde převažovaly dívky do 30 let. V souvislosti s touto diagnózou bylo vyplaceno 6 250 invalidních důchodů (Melicharová et al., 2021).

Přestože z uvedených charakteristik lze implikovat některé závěry, je stále třeba brát v úvahu, že tyto údaje se týkají jen určité části osob z celkové skupiny lidí s poruchou osobnosti. Získaná data lze interpretovat pouze na poli zdravotnické, měřitelné a statisticky zaznamenané péče. Existují bezesporu také lidé bez diagnózy, kteří vykazují charakteristiky specifické poruchy osobnosti a nevyhledají odbornou pomoc nebo jsou primárně léčeni pro jiný typ onemocnění bez diferenciální diagnostiky. Stejně jako skupina osob, kteří aktuálně nepotřebují lékařskou péči, ale využívají spíše sociálních služeb.

## **1.2 Diagnostické kontinuum**

K porozumění tomu, co je to vlastně porucha osobnosti, je třeba zabrousit, jak do oblasti psychologie, tak psychiatrie, rozlišit normu od patologie, zdraví od nemoci. Praško (2003) definuje poruchy osobnosti jako variantu *“charakterových a temperamentových rysů, které se významně odchyľují od rysů patrných u většiny lidí,”* přičemž *“k těmto rysům patří hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, projevující se jako stereotypní reakce na široký rozsah osobních a sociálních situací”* (Praško et al., 2003, s. 15).

Bez bližšího, byť zjednodušeného, pohledu na pojem *osobnost* však nelze prozkoumat její charakteristiky či odchylky hlouběji. V rámci věd o člověku bohužel neexistuje jednotné paradigma vysvětlující individuální odlišnosti v lidské psychice. Samostatná disciplína v rámci Psychologie - Psychologie osobnosti - se snaží pomocí různých teorií, modelů a odlišných pojetí tento pojem definovat, nicméně "*osobnost patří k nejobtížněji definovatelným pojmům v psychologii i v psychiatrii*" (Svoboda et al., 2006, s. 135).

V rámci této práce je *osobnost* pojímána jako vnitřní organizace duševního života, psychologický konstrukt - předpokládané interní uspořádání člověka s vlastní strukturou a dynamikou - charakterizované individuálním celkem dispozic determinující jeho reakce (vnitřní integrita), projevující se na venek u různých lidí v téže situaci rozdílným chováním (vnější variabilita), proměňující se v čase vlivem učení a získaných zkušeností. S vývojem a strukturou osobnosti je dále spojena její biologická a sociokulturní podmíněnost, která umožňuje v případě odchýlení od normy určit její patologii (Nakonečný, 2009).

Obor psychiatrie se od nepaměti snaží o pevné vymezení normality a vice versa definici choroby v kontextu duševního zdraví. Zavádí pojem "*abnormní*" jako "*vzdálený od normy*," který je determinovaný kulturní a historickou proměnlivostí statistických a sociálních norem a zároveň vychází (Svoboda et al., 2006, s. 34) :

- *z odchylky od statistické normy,*
- *z odchylky od sociální normy,*
- *z nepříznivého vlivu na jedince nebo společnost (maladaptivní chování),*
- *ze subjektivního pocitu strádání.*

*"Za kritéria normality psychické činnosti jsou považovány: adekvátní pocit jistoty, rozumný stupeň sebevhledu, realistické životní cíle, efektivní kontakt s realitou, integrace osobnosti, schopnost učit se ze zkušeností, přiměřená spontaneita a emocionalita, schopnost uspokojovat požadavky skupiny spojené s určitým stupněm schopnosti emancipovat se od skupiny a konečně adekvátní potřeby se schopností uspokojovat je přijatelným způsobem"* (Svoboda et al., 2006, s. 33). Z tohoto výčtu je patrná slabina jednoznačné odpovědi na otázku *Co je normální?* neboť adjektiva *adekvátní, rozumný* či *přiměřená* v sobě obsahují subjektivní úroveň hodnocení/posouzení nejen na straně hodnoceného, ale i hodnotícího.

Americká psychiatrická asociace na svých webových stránkách definuje duševní zdraví jako schopnost efektivně fungovat v každodenních aktivitách, které zahrnují:

- produktivní činnosti jako práce, škola, péče o druhé;
- zdravé mezilidské vztahy;
- přizpůsobení se změnám a zvládnání těžkostí.

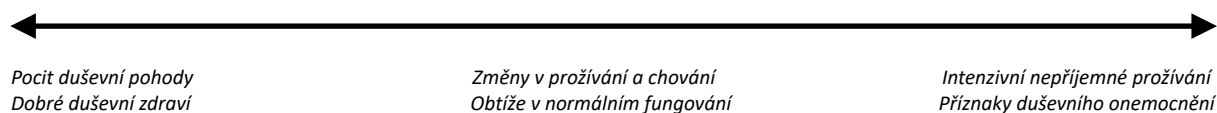
Naopak duševní onemocnění je charakterizované výraznými změnami v myšlení, prožívání a/ nebo chování projevující se zvýšenou mírou stresu a/nebo neschopností fungovat v oblastech sociálních, pracovních či rodinných aktivit (APA, 2018).

Poruchy na úrovni osobnosti mohou dosahovat různé kvality i klasifikace s ohledem na složku, která je zasažena. Někdy se výrazněji demonstrovuje porucha vnímání (např. derealizace a depersonalizace), jindy je v popředí porucha myšlení (bludy, paranoia) nebo ztráta identity (transformace, apersonalizace), často také v doprovodu s poruchami jednání. Celkové snížení úrovně osobnosti se nazývá *degradace* a je možné ji dále rozlišit podle tří typů (Svoboda et al., 2006, s. 136):

- *depravace* jako kvalitativní zhoršení morálních a sociálních aspektů osobnosti, projevující se emoční oploštělostí a nedostatkem taktu v mezilidských vztazích (Kalina, 2001). Mívá psychogenní příčiny a často je doprovázena zneužíváním návykových látek, delikvencí či disociálním chováním.
- *deteriorace* je postupné snižování schopností a zhoršování dovedností na základě organických příčin, při které dochází k nevratnému poškození osobnosti v celém rozsahu i struktuře (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).
- *dezintegrace* různé hloubky vedoucí v závěrečné fázi až k rozpadu osobnosti. Narušené jsou všechny složky i funkce osobnosti - ztráta kontaktu s realitou, kognitivní změny a dysfunkce, vyhasínání zájmů a prožívání charakteristické pro psychotické procesy (Svoboda et al., 2006).

V rámci konkrétního klinického obrazu duševního onemocnění je možné zaznamenat jednotlivé modifikace a různou kvalitu změny zasažených složek osobnosti. *“Změny osobnosti se vyskytují u všech psychických poruch jednak v jejich průběhu, jednak jako výsledek proběhlého onemocnění”* (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015, s. 125).

Právě kontinuální změna, proces nikoliv stav, dnes nahrazuje tradiční pojetí ostré hranice mezi nemocí a zdravím. Odborná veřejnost z oblasti duševního zdraví se tak stále více přiklání ke konceptu kontinua, které zahrnuje celou škálu prožívání a reakcí na vnitřní i vnější podněty, jehož součástí je i možnost plného zotavení po prodělaném duševním onemocnění a návrat k psychické pohodě. Národní ústav duševního zdraví je jednou z velkých institucí propagující destigmatizaci duševních poruch v ČR a z jeho pojetí také vychází následující schéma (NUDZ, 2021).



### 1.3 Porucha osobnosti jako diagnostická kategorie

Stejně jako v psychologii neexistuje shoda v porozumění *osobnosti* a jejím komponentům, také *“poruchy osobnosti patří k nejobtížnějším a nejkontroverznějším kapitolám psychiatrické klasifikace”* (Ocisková & Praško, 2015, s. 195).

Současný stav koresponduje s historickým vývojem dvou základních diagnostických manuálů a jejich přístupem k problematice poruch osobnosti. Na jedné straně se jedná o kategoriální způsob diagnostiky, který reprezentuje Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) pod správou Světové zdravotnické organizace, z odlišných premis vychází dimenzionální přístup Americké psychiatrické společnosti, která vydává Diagnostický a statistický manuál (DSM).

Deskriptivní pojetí MKN se zaměřuje na kategorizaci klinicky pozorovatelných jevů a charakteristických symptomů duševních poruch, stejně jako u jiných somatických onemocnění. V souvislosti s psychopatologií osobnosti rozlišuje ve své poslední desáté revizi tři kategorie - Specifické poruchy osobnosti (kód F60), Smíšené a jiné poruchy osobnosti (F61) a Trvalé změny osobnosti (F62). Specifické poruchy osobnosti jsou dále členěny na jednotlivé typy s vlastní klasifikací a popisem klinického obrazu (ÚZIS, 2019).

DSM nabízí dimenzionální přístup k diagnostice duševního onemocnění, vycházející z klinické zkušenosti typického obrazu poruchy osobnosti a jeho dynamiky. Odborníci z řad předních amerických psychiatrů v 80. letech minulého století způsobili revoluci, tím že vydělili poruchy osobnosti do samostatné diagnostické kategorie (osy), což umožnilo jejich

nezávislost a stalo se inspirací pro budoucí verze MKN. V současné páté revizi DSM jsou poruchy osobnosti seskupeny do tří klastrů a zahrnují celkem deset forem jádrových osobnostních rysů charakteristických pro danou poruchu osobnosti (Riegel, Kalina & Pěč, 2020).

V průběhu času docházelo k vzájemnému sblížení diagnostických přístupů obou manuálů, které se vzájemně ovlivňovaly a aktuálně používané verze MKN-10 a DSM-5 se v definici poruchy osobnosti příliš neliší.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize (MKN-10) jsou specifické poruchy osobnosti *”...těžká narušení v charakterové konstituci a tendencích chování takového jedince; nerezultující přímo z nemoci, poškození nebo jiného porušení mozku nebo z jiné psychiatrické poruchy; obvykle postihují řadu oblastí osobnosti; téměř všechny jsou sdruženy se závažnou osobní tísní a sociálními poruchami; a obvykle se manifestují od dětství nebo dospívání a pokračují v dospělosti”* (ÚZIS, 2019, s.235).

Ocisková a Praško (2015) citují DSM-V, který definuje poruchu osobnosti jako *“přetrvávající vzorec prožívání a chování, který se významně odlišuje od očekávání v kultuře, ve které jedinec žije, je rozsáhlý a nepružný, má počátek v adolescenci nebo raném dětství, je stabilní v průběhu času a způsobuje utrpení nebo poškození”* (APA, 2013 in Ocisková & Praško, 2015, s.196). Riegel s kolegy (2020) doplňují tento výčet diferenciací trvalých vzorců zkušeností a jednání poruch osobnosti od projevů jiných duševních onemocnění nebo fyziologických účinků některých látek či organického poškození (Riegel, Kalina & Pěč, 2020).

Zatímco v MKN verzi je kladen důraz na charakterové uspořádání osobnosti a projevy jeho patologie v sociálním prostředí, DSM se věnuje výčtu intrapsychických oblastí, kde se manifestuje osobní zkušenost a vytváří dlouhodobé, nefunkční vzorce chování. Kritériem pro stanovení diagnózy je tak deficit nejméně ve dvou z níže uvedených oblastí (APA, 2018; Riegel, Kalina & Pěč, 2020, s. 45):

- ve způsobu přemýšlení o sobě a o druhých (*kognice*),
- ve způsobu prožívání emocionálních reakcí (*afektivita*),
- ve způsobu vztahování se k jiným lidem (*interpersonální funkce*),
- ve způsobu kontroly vlastního chování (*kontrola impulzů*).



Níže je uvedeno srovnání klasifikace jednotlivých poruch osobnosti evropského a amerického přístupu, které se více méně liší jen v některých kategoriích. Jedná se zejména o samostatné vydělení hraniční poruchy osobnosti a narcistické poruchy v DSM-5. Naopak v MKN-10 je schizotypální porucha součástí kategorie F21, tedy skupiny onemocnění schizofrenního okruhu, nikoliv jako varianta poruchy osobnosti. I přes veškerou snahu odborníků, pokračující výzkum a průběžné revize jednotlivých manuálů, i nadále zůstává diagnostickou výzvou hledání odpovědí na tři základní otázky - Jak odlišit poruchy osobnosti od ostatních duševních onemocnění, Jak rozpoznat maladaptivní vzorce chování od těch běžných a Jak diferencovat jednotlivé poruchy osobnosti mezi sebou navzájem, zvláště když objektem klinické aplikace nejsou deskriptivní kategorie, ale člověk a jeho osobnost ve své jedinečnosti (Widiger, 2003) (upraveno):

MKN-10	DSM-5
F60 - Specifické poruchy osobnosti	
0. Paranoidní porucha osobnosti	<b>Klastr A</b> Paranoidní porucha osobnosti Schizoidní porucha osobnosti Schizotypální porucha osobnosti
1. Schizoidní porucha osobnosti	
2. Disociální porucha osobnosti	
3. Emočně nestabilní porucha osobnosti: typ impulzivní a typ hraniční	<b>Klastr B</b> Antisociální porucha osobnosti Hraniční porucha osobnosti Histrionská porucha osobnosti Narcistická porucha osobnosti
4. Histrionská porucha osobnosti	
5. Anankastická porucha osobnosti	
6. Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti	<b>Klastr C</b> Vyhýbavá porucha osobnosti Závislá porucha osobnosti Obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti
7. Závislá porucha osobnosti	
8. Jiné specifické poruchy osobnosti	

Kolektiv autorů Riegel, Kalina a Pěč (2020) ve své poslední knize, věnované trendům v diagnostice poruch osobnosti 21. století, představuje chystané změny jedenácté revize MKN-11, kdy se počítá ještě s větším přiblížením k dimenzionálnímu pojetí DSM díky zavedení škály (kritérií) posuzující závažnost osobnostní dysfunkce. Převzato z tabulky č.8 “Přechodník MKN-11 pro DSM-5 AMPO” a upraveno (Riegel, Kalina & Pěč, 2020, s. 69).

Tab. č.1.: Škála posuzující závažnost osobnostní dysfunkce

Závažnost osobnostní dysfunkce podle MKN-11	Míra osobnostní funkční schopnosti podle DSM-5
Žádná	0) Žádné narušení (zdravé fungování)
Osobnostní obtíže (akcentace)	1) Mírné narušení
Mírná porucha osobnosti	2) Středně těžké narušení
Střední porucha osobnosti	3) Těžké narušení
Těžká porucha osobnosti	4) Velmi těžké narušení

## 1.4 Začátek příběhu

V klinické praxi je možné zaznamenat typické projevy onemocnění již v období pozdního dětství (adolescenci) prostřednictvím nefunkčních vzorců chování a náznaků selhávání v některých oblastech společenského života (škola, vztahy, práce, delikvence atd.). Právě zasazení prvních symptomů do tohoto vývojového období je jedním z kritérií diferenciální diagnostiky, odlišující poruchy osobnosti od jiných duševních onemocnění (Riegel, Kalina & Pěč, 2020). Přesto je v ČR minimum lidí s diagnózou poruchy osobnosti mladší 18 let.

Jde o to, že období adolescence je příležitostí k hledání a experimentování s vlastní identitou, sebepoznání, formování individuálního pohledu na svět a morálních hodnot. Impulsivita, rizikové chování, emoční labilita i dočasná krize identity jsou právě pro tento věk charakteristické (Thorová, 2015). Diagnostika na druhou stranu vyžaduje trvalé vzorce chování, které znemožňují fungování v sociálních vztazích (Praško et al., 2003). Stanovení odpovídající diagnózy je tak dlouhodobým procesem vyžadující patřičné zkušenosti a odbornost. Řada odborníků také váhá určit diagnózu poruch osobnosti v tomto věku, aby mladého člověka doživotně nestigmatizovala (Riegel, Kalina & Pěč, 2020).

V anamnéze lidí s poruchou osobnosti před 18 rokem se objevují komorbidní onemocnění jako poruchy příjmu potravy, sebepoškozování a suicidální pokusy, zneužívání návykových látek i poruchy chování. Spolu s nimi se vyskytují patologie v sociálním prostředí, mezi které patří například příliš trestající nebo naopak přehnaně protektivní rodinné prostředí, ústavní výchova, různé formy násilí, trauma, rizikové chování, promiskuita. Tyto psychosociální vlivy mohou predisponovat rozvoj poruchy osobnosti, nicméně etiologie poruch osobnosti je multifaktoriální, zahrnující, jak vliv okolního prostředí, tak biologické faktory (Praško, 2003).

Marsha M. Linehan, významná americká psychologička, je jednou ze zastánkyň bio-sociální teorie, na které postavila základ své dialekticko-behaviorální terapie (DBT) vycházející z mnohaleté zkušenosti s léčbou sebevražedných klientů s poruchou osobnosti. Biologickou složku tvoří emoční zranitelnost: vysoká emoční citlivost (hypersenzitivita), vysoká intenzita emocí (afektivita) a nízká schopnost sebezklidnění (pomalý návrat k normálu), která v kombinaci s neschopností efektivně regulovat emoce, vede k emoční dysregulaci. Působí-li navíc vliv invalidizujícího prostředí, tj. nejbližší okolí, dává najevo, že prožívané emoce, myšlenky, nebo chování jsou nepřipustné, neadekvátní nebo nesmyslné - utvářejí se trvale maladaptivní vzorce chování, jako automatické způsoby vyrovnání se s vnitřní krizí (Rathus & Miller, 2015).

Praško se svými kolegy (2008) v odborné publikaci *Postupy v léčbě psychických poruch* dokonce rozlišuje mezi predisponujícími faktory - vliv genetiky a nitroděložní vývoj, formativními vlivy v dětství a osobnost; rizikovými faktory - dlouhodobá zátěž, nadměrné nároky, emočně vypjaté prostředí; spouštějícími faktory - tělesné, interpersonální a udržovacími faktory poruchy (Seifertová, Praško, Horáček & Höschl, 2008).

Dalším krokem v rámci stanovení správné diagnózy je kvalitativní rozlišení projevů na škále od běžných osobnostních rysů, přes akcentovanou osobnost až k takovým osobnostním charakteristikám, které jsou "*rigidní, maladaptivní, perzistentní a způsobují významnou funkční poruchu nebo subjektivní potíže,*" tj. diagnostická kritéria poruchy osobnosti. (Riegel, Kalina & Pěč, 2020, s. 46).

Nakonečný (2009) uvádí svou vlastní kategorizaci dispozičních rysů osobnosti, představující základní prvky struktury osobnosti (Nakonečný, 2009, s.168):

- *dispozice ke vzrušivosti : temperament (emocionalita)*
- *dispozice k mentálnímu výkonu: schopnosti (inteligence, tvořivost, kognitivní styl)*
- *dispozice k hodnocení: postoje*
- *dispozice k záměrnému chování: motivy*

Právě trvalé odchylky od normy na úrovni jednotlivých osobnostních dispozic se manifestují "*extrémně vystupňovanými povahovými a charakterovými rysy, které vedou k poruchám sociální adaptace*" (Svoboda et al., 2006, s. 255).

Získáním diagnózy však příběh lidí s poruchou osobnosti nekončí, naopak. Pro řadu z nich (i jejich rodiny) po mnoha letech trápení, hospitalizací a tápání, co se vlastně děje, přichází naděje, že získají adekvátní léčbu, porozumění složitostem, které jejich život provázejí, pro jiné ale i zklamání, zlost či popření situace, neboť jsou konfrontováni s faktem, že neexistuje “jednoduchý lék,” který by jejich obtíže obratem vyřešil.

## **2 Možnosti léčby a sociální práce s lidmi s poruchou osobnosti**

### **2.1 Dynamika změny osobnostních rysů**

Porucha osobnosti, jako trvalý soubor osobnostních rysů projevující se abnormalitami v sociálním kontextu, je výzvou nejen pro člověka samotného, ale i pro jeho okolí a odborníky, kteří s ním přicházejí do kontaktu. Řadu projevů svého charakteru vnímá člověk s poruchou osobnosti jako *egosyntonní* - tj. sobě vlastní, v souladu s jeho cítěním, myšlením a chováním, bez náhledu na jejich poruchovost a motivaci ke změně (Orel, 2012, s. 160). Problém tedy má především jeho okolí, neboť člověk s poruchou osobnosti vnímá egosyntonní povahové rysy, jako svou přirozenou součást a nepovažuje za potřebné nebo možné vyhledat odbornou pomoc k léčbě (Praško, 2003).

Naopak *egodystonní poruchy* projevující se v myšlení, cítění či chování jsou pro člověka s poruchou osobnosti trýznivé, prožívá je jako obtěžující a usiluje o jejich změnu (Orel, 2012, s. 160). Ve chvílích akutního vzplanutí obtíží nebo dlouhodobé kumulace potlačovaných afektů přichází k odborníkům pro pomoc s přidruženými symptomy typu panické ataky, depresivní propady, poruchy příjmu potravy či přizpůsobení, a jeho motivace ke spolupráci je vyšší. Bez náhledu na poruchu osobnosti, jako příčinu jeho opakujících se obtíží a selhávání v mezilidských vztazích či životních rolích, však skončí u symptomatické léčby bez možnosti dlouhodobé práce na restrukturalizaci osobnosti, která je náročná, ale žádoucí pro zvýšení kvality jeho života a má zásadní význam pro léčbu (Praško, 2003).

Přestože charakterové a temperamentové rysy typické pro lidi s poruchou osobnosti jsou hluboce zakořeněné, manifestace obtíží se v průběhu života různě proměňuje, tak jako se proměňuje sociální kontext. Zejména v období výrazných životních změn nebo významných událostí může dojít k přechodnému zhoršení psychického stavu, které se může projevit dekompenzací osobnosti (Svoboda et al., 2006).

Dynamika projevů poruchy osobnosti je tedy vázána nejen na aktuální kontext, ve kterém se člověk nachází, ale také na vývojové období osobnosti. *“Počátky lze vystopovat v dětství, některé projevy se stárnutím zmírňují - agresivita, disociální projevy, některé zvyrazňují - paranoidita, deprese, dekompenzace”* (Svoboda et al., 2006, s. 255). Smolík (1996) považuje za kritické *“přechodové”* období puberty, krize středního věku, klimakterium u žen a odchod do důchodu (Smolík, 1996).

Díky značným odlišnostem mezi jednotlivými kategoriemi specifických poruch osobnosti je patrný rozdíl i v průběhu a dynamice projevů poruchy. Zatímco stereotypní vzorce chování u paranoidní či schizoidní poruchy osobnosti mají tendenci se s věkem spíše zpevňovat, u disociální poruchy osobnosti dochází k postupnému zmírňování jejích projevů (Orel, 2012).

Značně dynamický průběh hraniční poruchy osobnosti popisuje Praško (in Seifertová, Praško, Horáček & Höschl, 2008). Již v dětství je možné u pacientů s hraniční poruchou zaznamenat nekontrolovatelné výbuchy vzteku a poruchy chování. V adolescenci se zvyrazňují osobnostní rysy a sociálně nežádoucí chování, které komplikuje ukončení vzdělání a narušuje vztahy v rodině. Touha po intenzivním prožívání a neschopnost emoční regulace nahrává experimentování s drogami, vyhledávání extrémních zážitků, patologickému hráčství, ale také sebepoškozování, suicidálním pokusům, manipulaci s jídlem, objevují se panické záchvaty či depresivní propady. Narůstá spotřeba zdravotní a sociální péče, průběh je značně kolísavý a dramatický, ale individuálně variabilní, objevují se první hospitalizace i diagnózy. Časná dospělost se vyznačuje chronickými problémy a neuspokojivými vztahy v pracovním i osobním životě, emoční nestabilitou a impulsivním chováním. Pacienti se svými lékaři často řeší somatoformní poruchy, závislost na psychoaktivních látkách, přechodné afektivní nebo psychotické poruchy, přetrvávající suicidální tendence nebo poruchy příjmu potravy. S věkem však dochází k větší stabilizaci a lepšímu sociálnímu fungování (Seifertová, Praško, Horáček & Höschl, 2008).

Praško (in Seifertová, Praško, Horáček & Höschl, 2008) dále hovoří o prognóze pacientů s hraniční poruchou osobnosti na podkladě katamnestických studií. Referuje o výrazném odeznívání charakteristických obtíží z oblasti impulsivity, projevující se např. sebepoškozováním nebo nadužíváním alkoholu, zatímco afektivní příznaky, jako dysforie nebo dystymie přetrvávají. V průběhu času tak dochází u většiny léčených pacientů k vymizení diagnostických kritérií pro stanovení poruchy, zůstávají však obtíže v interpersonálních vztazích a snížená schopnost pracovního uplatnění. Nezanedbatelný je také

fakt, že *“většina pacientů se pokouší o suicidium. Sebevraždou zemře 8-10 %, což je 50krát více než v běžné populaci”* (Seifertová, Praško, Horáček & Höschl, 2008, s. 404). O optimistické prognóze můžeme tedy hovořit až tehdy, podaří-li se pacientovi vyhnout tomuto riziku, které je nejvyšší u adolescentů, závislých na drogách nebo lidí s afektivní poruchou.

## **2.2 Orientace na cíle léčby**

*“Na základě současných poznatků víme, že poruchy osobnosti lze léčit pomocí farmakoterapie a psychoterapie”* (Praško, 2003, s. 97). S tímto výrokem se můžeme setkat u většiny českých autorů publikací zabývajících se psychiatrií nebo psychopatologií. Shodují se také v náročnosti a dlouhodobém úsilí, které je nutno věnovat individuálním potřebám a deficitům pacienta v rámci léčebného procesu (Smolík, 1996; Seifertová, Praško, Horáček & Höschl, 2008; Svoboda, 2006; Vágnerová, 2014.)

Češková (in Svoboda et al, 2006) popisuje farmakologický model léčby pacientů s poruchou osobnosti, který je atraktivní pro svou měřitelnost, a tedy ověřitelnost, dosažených výsledků při ovlivňování specifických symptomů. Charakteristické projevy je možné rozčlenit do čtyř hlavních okruhů (Svoboda, 2006, s. 265):

- 1. agresivita a nedostatečná kontrola impulzů,*
- 2. afektivní poruchy a dysregulace nálady,*
- 3. úzkost,*
- 4. kognitivní a percepční dysfunkce.*

Farmakoterapie nabízí možnost působit krátkodobě s cílem zvládnout akutní krizový stav nebo dlouhodobě ke stabilizaci nálady, snížení úzkosti či prevenci psychotických příznaků (Svoboda et al, 2006).

V praxi se tento model kombinuje s nefarmakologickými postupy, které odpovídají stanovenému cíli a formě léčby. Může se jednat o (Praško, 2003, s. 98):

- *krizovou intervenci při suicidálních tendencích, sebepoškozování, agresivním chování;*
- *krátkodobou léčbu aktuální specifické psychické poruchy (depresivní epizoda, úzkostná porucha apod.);*
- *dlouhodobou léčbu poruchy osobnosti, která se zaměřuje na modifikaci dlouhodobých maladaptivních vzorců chování, myšlení a emočních reakcí.*

Lékařská péče zdravotnických zařízení je tak doplněna o služby krizových center a psychoterapii. S ohledem na aktuální stav, může člověk s poruchou osobnosti např. při opakovaných suicidálních pokusech volně přecházet mezi sociálními službami (krizová linka), zdravotní péčí (hospitalizace), psychoterapií (náhled a změna struktury osobnosti) a sociální rehabilitací/terapií (edukace, návrat k běžnému životu).

V cizojazyčné literatuře je při léčbě osob s poruchou osobnosti upřednostňován psychoterapeutický přístup oproti farmakoterapii. To může souviset zejména s odlišným přístupem k samotné diagnostice, zahrnující klinická data při sestavování dimenzionálního modelu DSM (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch) a jejím využití v praxi. Americká psychiatrická společnost na svých stránkách uvádí terapeutické směry, které jsou obvykle používané k léčbě poruch osobnosti (APA, 2018):

- Psychoanalytická/Psychodynamická terapie
- Dialekticko-Behaviorální terapie (DBT)
- Kognitivně-Behaviorální terapie (KBT)

*”Účinnost v léčbě hraniční poruchy osobnosti byla prokázána u dynamické psychoterapie (psychoterapie založená na mentalizaci, psychoterapie zaměřené na přenos, skupinová dynamická psychoterapie, kognitivně analytická psychoterapie), u kognitivně behaviorální terapie (klasická KBT, dialekticky-behaviorální terapie, na schémata orientovaná terapie) a u komunitní léčby”* (Seifertová, Praško, Horáček & Höschl, 2008, s. 415). U jednotlivých typů poruchy osobnosti se může účinnost terapie lišit, stejně jako u každého jednotlivce, hraniční porucha osobnosti však patří k nejvíce zdokumentované kategorii v klinických studiích.

Součástí stanovení vhodné léčby je také přihlídnutí k životní situaci pacienta a závažnosti obtíží s kterými přichází - k tomu právě slouží škálování osobnostní dysfunkce (viz. Tab. č.1., s.16) od mírného narušení, až po velmi těžké narušení fungování ve společnosti.

Psychoterapie individuální či skupinová v ambulantní formě, doplněná o psychoedukaci a nácvik sociálních dovedností je určena pro osoby s mírnými příznaky, které jsou dobře zvládnuty. Naopak pro osoby s výraznými obtížemi, opakujícími se hospitalizacemi a příznaky vyžadujícími medikaci je nejvhodnější týmový přístup spolupracujících odborníků pro zajištění komplexní zdravotní, sociální i terapeutické péče (Mayo Clinic, 2016).

Shodný přístup je implementován od roku 2003 v Anglii prostřednictvím Community Mental Health Teams (CMHT). Tyto komunitní týmy duševního zdraví vznikly jako odpověď na reformu poskytované péče pro osoby s poruchou osobnosti, které byla doposud věnována jen minimální pozornost (pouze 17 % poskytovatelů se specializovalo na tuto skupinu) a zároveň i mezi odborníky z řad lékařů převládala stigmatizující názor, že tento okruh obtíží není léčitelný, takže potřebná péče nebyla ani indikována. Anglická reforma veřejných služeb v oblasti duševního zdraví, stejně jako obdobné programy vznikající v jiných částech světa, čerpala ze zkušeností při deinstitucionalizaci psychiatrické péče ve Spojených státech amerických při využití metod case managementu resp. řízení a organizaci multidisciplinárních týmů v rámci modelu asertivní komunitní péče (ACT) a australského modelu řízení krize v domácích podmínkách pomocí „služby včasné intervence“ (Sampson, McCubbin & Tyrer, 2006).

Podobná snaha o reformu psychiatrické péče, na podkladě zahraničních modelů, probíhá i v České republice. V rámci transformace dosavadního systému péče o lidi s duševním onemocněním umožnila vznik Center duševního zdraví (CDZ) nabízející sociálně-zdravotní služby s cílem zvýšení kvality jejich života bez ohledu na přetrvávající symptomy (koncept zotavení). Multidisciplinární týmy využívající metod case managementu nejsou v této první fázi určeny pro cílovou skupinu lidí s poruchou osobnosti, do budoucna se však počítá s rozšířením služeb i pro další diagnostické skupiny (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

Rejstřík psychoterapeutických metod, forem a přístupů využívaný k léčbě osob s poruchou osobnosti je velmi pestrý a proměnlivý v čase. Zatímco v minulosti byla psychoanalyticky orientovaná psychoterapie považována za metodu první volby, postupně se proměňují intervenční strategie směrem k větší strukturovanosti, zacílení na individuální potřeby a větší aktivitě lékaře (Praško, 2003).

Současným trendem je využití poznatků neurovědy o léčbě poruch osobnosti, které umožňují nahlížet na úsilí o modifikaci dysfunkčních vzorců a osobnostních rysů na základě konceptualizace léčebných postupů, jako strategií působících “shora dolů” nebo “zdola nahoru.” Strategie “shora dolů” označuje výběr takových intervencí, které v mozku zasahují primárně svrchní kortikální struktury a nervové dráhy, čímž následně ovlivňují podkorové oblasti limbického systému, zodpovědného za kontrolu sociálního a emočního chování.



Příkladem je využití psychoterapie zaměřené na změnu chování a transformace nefunkčních vzorců (např. KBT) s cílem regulovat emoční reakce. V opačném směru, tedy “zdola nahoru” se objevují nové strategie se slibnými výsledky, snažící se o normalizaci aktivity limbických struktur pomocí psychotropních a behaviorálních intervencí, současně s trénováním nových dovedností, které také mohou způsobit změny v kortikálních strukturách (Sperry, 2016).

Ať už je výběr metody, přístupu nebo strategie léčby jakýkoliv, vždy je cílem naplnit individuální potřeby pacienta (v lékařském prostředí) / klienta (v sociálních službách) s ohledem na dynamiku procesu osobnostních obtíží, ve kterém se momentálně nachází. Vedení v jednotlivých fázích léčby pak může vypadat následovně:

- Před diagnostická fáze, bez závažných příznaků (služby SVP nebo PPP příp. první psychologická vyšetření pro poruchy chování, zhoršený školního výkonu, poruchy v sociální adaptaci apod.)
- Fáze krize (krizová intervence, farmakoterapie)
- Léčba akutních příznaků (hospitalizace, farmakoterapie, psychoterapie)
- Léčba chronických obtíží (psychoterapie, podpůrná medikace, resocializace)
- Proces zotavení (svépomocné aktivity, prevence relapsu, sociální rehabilitace).

### **2.3 Sociální přesah diagnózy porucha osobnosti**

Jak již bylo na mnoha místech této práce uvedeno, charakterové odchylky osob s poruchou osobnosti různé kvality způsobují komplikace svým nositelům až v sociálním kontextu - ve vztahu sám k sobě nebo ke svému okolí. Stejně tak řada z nich není motivována vyhledat odbornou pomoc a často své obtíže řeší komplementárními strategiemi - vysoké procento osob s poruchou osobnosti je zastoupeno v nápravných zařízeních, mezi závislými na psychoaktivních látkách, jsou sociálně vyloučeni (fenomén bezdomovectví, prostituce) nebo podléhají suicidálnímu jednání (Fazel & Danesh, 2002; Sedláčková et al., 2015; Sikora, 2007).

Společnost je se svými pravidly, složitostmi vztahů, nárokovostí a nesrozumitelností, pro lidi s poruchou osobnosti často nepřijatelná, stejně jako jsou mnohdy oni nepřijatelní pro ni. Tam kde je prostor pro neporozumění, vzniká i prostor pro stigmatizaci a lidé s poruchou osobnosti tvoří jednu ze skupin, která se s vyčleňováním a ostrakizací setkává často (Ocisková & Praško, 2015).

### 2.3.1 Stigmatizace a sebestigmatizace u lidí s poruchou osobnosti

“Pro nápadně se chovající lidi s poruchou osobnosti používá laická veřejnost pojem *podivín* (schizoidní, anankastická, vyhýbavá), *rapl* (emočně nestabilní - impulzivní, hraniční), *kverulant* (paranoidní), *hysterka* (histrionská) či *asociál* (disociální)” (Ocisková & Praško, 2015, s. 215). S podobnými nálepkami se setkávají tito lidé již od svého dětství, resp. od chvíle, kdy se jejich “jinakost” začne objevovat.

#### • **Stigmatizace**

Autoři studie, kteří se zaměřili na vytvoření české verze škály ISMI (The Internalized Stigma of Mental Illness Scale), hodnotící úroveň sebestigmatizace u lidí s psychickou poruchou, definují stigmatizaci jako “sociální proces, během něhož dochází k rozpoznání a negativnímu hodnocení jedinců, kteří jsou v určitém směru odlišní od většinové společnosti” (Ocisková et al., 2014, s. 302).

Tato odlišnost u lidí s poruchou osobnosti zahrnuje nejen zvýrazněné charakterové rysy, reprezentující typické projevy onemocnění, ale i samotnou psychiatrickou diagnózu, jež většinová veřejnost vnímá jako nebezpečí. Stigma, které se váže k duševním onemocněním, generuje mnoho negativních předsudků okolí a jeho nositel je tak konfrontován s řadou omezení v každodenních životních situacích. Psychiatričtí pacienti se běžně setkávají s diskriminací při hledání zaměstnání, bydlení či při navazování nových vztahů. Samotné důsledky stigmatizace zvyšují utrpení lidem, kteří se již tak potýkají s psychickými obtížemi (Ocisková et al., 2014).

V kombinaci s vnitřním přesvědčením o sobě samém (jádrové přesvědčení typické pro jednotlivé poruchy dle Becka viz. Příloha A), pak postupně dochází k zpevnování dysfunkčních schémat a vytváření maladaptivních vzorců chování, narážející na sociální normu (Praško, Kosová, Pašková & Prašková, 2001). Citlivost k projevům stigmatizace je různá u různých typů specifických poruch osobnosti. Zatímco lidé např. s hraniční poruchou osobnosti, jejichž vnitřní přesvědčení je vázáno na pocit ohrožení a zranitelnosti, mohou vnímat negativně i neutrální nebo dokonce pozitivně laděné sdělení, lidé s disociální poruchou osobnosti mohou být naopak vůči rekcím okolí značně imunní, i kdyby hodnotící výroky vycházely ze stigmatizujících předsudků. Zdá se tedy, že některé osobnostní rysy, mohou být dokonce jakýmsi protektivním faktorem stigmatizace (Ocisková & Praško, 2015).

Stigma spojené s diagnózou poruchy osobnosti se netýká jen samotného pacienta, ale i nejbližší rodiny. Blízcí pečovatelé se mohou už od začínajících projevů jinakosti svého potomka dostávat do konfrontace s předsudky okolí a čelit nárokům na přizpůsobení. S narůstající intenzitou symptomů, počtem konfliktů uvnitř rodiny i vně, roste i tlak na vyrovnávací strategie. Jednou z možností je snaha izolovat se od okolí, skrývat příznaky a bránit vyhledání adekvátní odborné péče. Tím se však rodina připravuje o možnost léčby nejen svého člena domácnosti, ale i vzájemných vztahů a podporu jednotlivců (Ocisková et al., 2014).

S vyhledáním psychiatrické péče tak rodina i samotní pacienti otálejí až do doby, kdy již symptomy nelze ignorovat (např. sebepoškozování, suicidální pokusy, výrazné depresivní propady, panické ataky nebo komorbidní onemocnění typu poruchy příjmu potravy, závislost) nebo jim je soudně nařízena kvůli antisociálnímu chování, překračující společenskou normu. Získáním diagnózy však nálepkování nekončí, naopak. Rodina je vystavena stigmatizaci spojenou s psychiatrickou péčí, nedrží-li tuto skutečnost v tajnosti, stejně jako jednotliví příbuzní zastávají různé, více či méně negativní, stereotypní postoje. Nastává proces přijetí, který oslovuje všechny prvky rodinného systému a na jehož průběh má nesporně podpůrný vliv psychoedukace a provázení lidmi s odborným vzděláním nebo vlastní zkušeností (svépomocné skupiny pro blízké, peer konzultanti) (Ocisková & Praško, 2015).

#### • **Sebestigmatizace**

Také sebestigmatizace je procesem, který se odehrává na pozadí sociálních kontaktů - v rodině, mezi vrstevníky, ve škole, v zaměstnání, společnosti. Začíná poté, *”co označená osoba asimiluje společenské předsudky, které se na ni vztahují”* (Ocisková & Praško, 2015, s. 216).

Člověk, který se opakovaně setkává s nálepkováním své odlišnosti determinujícím způsobem, postupně přijme stigma jako svou integrální součást, která se propisuje i do jeho chování a naplňuje tím tak, stereotypní očekávání společnosti. U lidí s poruchou osobnosti jde o to bolestivější proces, že již v centru jejich jádrových přesvědčení bývá předpoklad o jejich nedostatečnosti či nepřijatelnosti a reakce okolí na jejich duševní onemocnění to jen potvrzuje.

Důsledky této zkušenosti se projevují ve vztahu k druhým i k sobě. Obava z odmítnutí podložená opakovanými zkušenostmi s projevy diskriminace či ostrakizace vedou k snížení stresové tolerance v sociálních situacích, vyhýbavému či zajišťujícímu chování a nedostatku sebedůvěry při prosazování vlastních zájmů. Celkové stažení z mezilidských kontaktů může vyústit v sociální izolaci a pocit vyčlenění. Sebestigmatizace má také vliv na samotné onemocnění, jeho projevy i možnosti léčby (Ocisková et al., 2014). Míra internalizace stigmatu souvisí s motivací ke spolupráci v rámci léčby a subjektivní nadějí na zotavení. Čím více člověk přijme za své stigma a s ním spojené předsudky a očekávání, tím méně věří v dosažení svých cílů a naplnění možností, snižuje se vytrvalost a schopnost regulovat své chování, včetně naděje na uzdravení. Copingové strategie se zaměřují spíše na zvládnutí těžkého prožívání, než na řešení problému (Ocisková & Praško, 2015).

#### • **Stigmatizace v pomáhajících profesích**

Zatímco stigmatizace lidí s poruchou osobnosti širokou veřejností souvisí spíše s předsudky, které se váží k duševnímu onemocnění jako takovému, lidé v pomáhajících profesích - odborná veřejnost - podléhá stereotypům spojeným přímo s diagnózou z okruhu specifických poruch osobnosti.

Negativní postoje a nálepkování lze vyčíst také z mnoha odborných zdrojů této práce, které vykreslují lidi s poruchou osobnosti jako problémové, manipulativní pacienty, toužící po pozornosti, rezistentní ke spolupráci, jejichž léčba je obtížná, vyžadující velkou časovou i osobní investici, v některých případech navíc marnou. Chybí empatie k prožívání, myšlení a chování pacientů bez hodnocení, snaha podpořit pacienta v jeho silných stránkách a vedení k vlastní odpovědnosti (Ocisková & Praško, 2015).

Tento fenomén se však netýká jen českého prostředí, také zahraniční autoři popisují složitosti a stereotypy, se kterými se lidé s poruchou osobnosti setkávají v lékařském prostředí ze strany psychologů, psychiatrů i zdravotních sester. Např. Národní institut duševního zdraví v Anglii vydal již v lednu 2003 dokument s názvem *Personality Disorder: No Longer a Diagnosis of Exclusion*, který stál u zrodu reformy komplexní psychiatrické péče reflektující potřeby této skupiny lidí včetně přesahu do sociálních služeb (Sampson, McCubbin & Tyrer, 2006).

*“To, jak bude pacient léčen výrazně záleží na terapeutickém vztahu. Vnitřní postoj terapeuta k pacientovi je rozhodující pro terapeutovu angažovanost”* (Ocisková & Praško, 2015, s. 220). Tyto výroky nejsou nijak originální, ani převratné a dají se zobecnit na vzájemný vztah mezi jakýmkoliv lékařem a pacientem nebo klientem a poskytovatelem služby - komplikace nastává v případě pacientů s poruchou osobnosti, kteří ze své podstaty obtíží mají strukturální nedostatky při navazování a udržení mezilidských vztahů a produkují chování, které je výzvou i pro odborníky z řad pomáhající profesí.

Kromě osobních postojů k lidem s poruchou osobnosti, které má každý individuální pracovník k dispozici na základě své vlastní zkušenosti, znalostí nebo zvnitřněných stigmatizujících očekávání vč. “firemní kultury” organizace pro kterou pracuje, vstupují do vzájemného vztahu také fenomény přenosu a protipřenosu. Praško hodnotí právě jako nejnamáhavější úkol pro psychoterapeuta *“vyvarovat se komplementárního chování”* v reakci na klientovy přenosové projekce a pracovat s vlastním protipřenosovým materiálem jako s diagnostickým nástrojem v rámci terapeutického vztahu, který je ohniskem vzájemné spolupráce (Praško, 2003, s. 120).

Více se tímto tématem zabývá Ocisková a Praško (2015), kteří kromě výčtu negativních a moralizujících postojů odborné veřejnosti vůči pacientům s diagnózou poruchy osobnosti a popisu jejich komplementárních (doplňkových) a konkordantních (shodných) strategií v rámci přenosových a protipřenosových fenoménů, blíže seznamují čtenáře s těžkou situací pacientů s hraniční poruchou osobnosti, jejichž upozadování mezi odbornou veřejností dokládají na základě četných výzkumů postojů zdravotnického personálu (Ocisková & Praško, 2015).

Z citovaných výzkumů vyplývá, že nejméně empatie pro pacienty s hraniční strukturou projevují psychiatrické a zdravotní sestry všeobecně. Zastávají názor, že pacienti se chovají manipulativním a destruktivním způsobem, nebourávají řád, vyhledávají konflikty a záměrně usilují o rozložení pracovního i patientského kolektivu. Sestry vůči těmto pacientům často cítí hostilní emoce, oproti např. psychotickým pacientům, se kterými zažívají spíše pocity smutku či viny. Psychologové v těchto studiích sice vykazují nižší míru negativních předsudků a nepřátelských postojů oproti psychiatrům, ale i přesto při práci s touto skupinou pacientů udávají zvýšenou míru frustrace, časté pocity selhání, ohrožení a časovou náročnost.

Naopak sociální pracovníci projevují nejvyšší míru empatie. Téměř polovina všech pracovníků setkávajících se s psychiatrickými pacienty s hraničnými rysy uvádí tendence se od těchto pacientů distancovat, neboť jejich chování vnímá jako nežádoucí a nebezpečné (Ocisková & Praško, 2015).

Podobné postoje a očekávání se samozřejmě promítají do vzájemného vztahu, včetně toho terapeutického a dochází tak k bludnému kruhu sebenaplňujícího proroctví, na jehož počátku stojí psychoterapeutovo (ale i lékařovo, sestry, sociálního pracovníka) stigmatizující přesvědčení o náročnosti či nemožnosti léčby, které ve svém důsledku může zhoršovat prognózu onemocnění lidí s hraniční poruchou osobnosti (Ocisková & Praško, 2015).

Stigmatizaci a sebestigmatizaci může člověk s poruchou osobnosti zažívat i v kontaktu s jinými diagnostickými skupinami např. v rámci skupinové terapie. Má osobní zkušenost z terapeutické komunity zaměřené pouze na tuto klientelu mne naučila respektu a porozumění k jejich prožívání i těžkostem a naopak zvýšila citlivost vůči předsudkům a hostilitě, se kterou se v rámci své profese, i při psaní této práce, setkávám.

## **2.4 Možnosti sociální práce - sociální terapie**

Vágnerová (2014) patří mezi představitele odborné veřejnosti přispívající k stigmatizaci lidí s poruchou osobnosti, když ve své knize věnující se psychopatologii, užívá starší kategorizaci dle DSM-IV (Vágnerová, 2014, s. 473):

- a) *podivíni a excentrici,*
- b) *afektovaní a dramatizující,*
- c) *úzkostní a ustrašení.*

Přesto se, jako jedna z mála, zmiňuje i o sociálním významu poruch osobnosti a navrhuje, kromě farmakologické a psychoterapeutické péče i resocializaci, jako součást dlouhodobé a komplexní léčby. Cílem resocializace je, v jejím pojetí, pomoc s nácvikem komunikačních dovedností a chování pro zlepšení mezilidských vztahů a žádoucí naplnění sociálních rolí (Vágnerová, 2014).

Základní přehled možností sociální práce s lidmi s duševním onemocněním lze najít v Matouškově (2005) knize *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*.

Vychází ze tří základních premis moderního systému péče o duševní zdraví, kterými jsou (Matoušek, 2005):

1. **podpora deinstitucionalizace** zdravotnických i sociálních služeb a budování infrastruktury umožňující tuto změnu;
2. **dostupnost komunitní péče** - přesun komplexní zdravotně-sociální péče, co nejbližší ke klientovi a jeho potřebám, regionální spolupráce mezi službami a multidisciplinární přístup, využití zdrojů komunity v péči o nemocné;
3. **prevence stigmatizace**, jako standard kvality poskytované péče.

Rozsah poskytovaných služeb závisí na životní situaci lidí s duševním onemocněním, jejich potřebách a cílech v návaznosti na proměňující se zdravotní stav. Jednotlivé intervence a intenzita spolupráce s dalšími odborníky se různí, prolínají a doplňují v rámci procesu prevence, léčby a rehabilitace. Sociální pracovník se může již během své odborné přípravy zaměřit na specializaci v některé z následujících oblastí:

- Odborné sociální poradenství: kromě základního sociálního poradenství, lidé s duševním onemocněním potřebují většinou poradit v praktických otázkách týkajících se systému sociálního zabezpečení, občanského či pracovního práva, dluhového poradenství či řízení financí event. dostupnosti navazujících služeb;
- Krizová intervence: vedení v krizi je pro lidi s poruchou osobnosti, a s jejich obtížemi zahrnující suicidální tendence, sebepoškozování a agresivní chování, klíčové ve fázi stabilizace i v průběhu zotavení při relapsu;
- Případové vedení: klade na sociálního pracovníka vysoké osobnostní i profesní nároky, neboť vyžaduje práci v multidisciplinárním týmu, koordinaci klientových potřeb s dostupnou péčí a odolnost vůči stresu;
- Sociální rehabilitace: zahrnuje základní oblasti klientova života - zdraví, zaměstnání, vztahy, volný čas. Zplnomocňuje klienta k odpovědnosti za kvalitní a plnohodnotný život, mimo jiné pomocí edukace a nácviku sociálních dovedností;
- Psychoterapie: vyžaduje nejen odpovídající teoretickou přípravu, ale také psychoterapeutický výcvik ve zvoleném směru a formě (individuální, rodinná, skupinová), supervizní vedení a osobnostní předpoklady pro práci s klientem a navázání terapeutického vztahu.

Komplexnost a provázanost zdravotně - sociálních služeb je předpokladem k zajištění odpovídající, odborné péče o lidi s duševním onemocněním. Kvalita služeb, dostupnost a zejména orientace na potřeby klienta v procesu údravy se však liší nejen na úrovni konkrétních regionů v rámci České republiky, ale také v rámci jednotlivých institucí či dokonce pracovních týmů (Matoušek, 2005).

### **Sociální terapie a sociální rehabilitace**

Zaměření sociální práce na terapii, tedy léčbu klientových obtíží (na úrovni jednotlivce, rodiny, skupiny či komunity) má jiný kontext, cíle i nástroje než v oblasti medicíny či psychologie, přestože se v mnohém překrývají. Matoušek (2008) uvádí tři základní charakteristiky léčebného programu v pomáhajících profesích, jimiž dokládá oprávnění používat termín “*terapie*” i sociálním pracovníkům (Matoušek, 2008, s. 227):

1. navázání terapeutického vztahu mezi klientem či klienty a pomáhajícím či pomáhajícími;
2. využití psychologických prostředků či sociálně terapeutickými intervencí k odstranění či zmírnění nežádoucího stavu;
3. specifické vzdělání a oprávnění pracovníka pomáhající profese k výkonu terapie.

Ne všichni sociální pracovníci tak mohou vykonávat např. rodinnou terapii (bez potřebné kvalifikace) stejně jako, ne všichni psychologové mohou být automaticky psychoterapeuti.

Sociální terapie se kromě orientace na klienta, zabývá i jeho postavením a fungováním v přirozeném sociálním prostředí. Zakouřilová (2014) ji definuje následovně “*sociální terapie je specifickým druhem odborné intervence, jejímž cílem je dosahovat přímým i nepřímým působením žádoucích změn v chování klienta a v jeho sociálním okolí, řešit situaci, která jej bezprostředně ohrožuje a předcházet vzniku rizikového chování*” (Zakouřilová, 2014, s. 15). V souladu s posláním sociální práce, tak jde o podporu využití klientova plného potenciálu k uplatnění ve společnosti, pomoc s řešením každodenních situací a prevenci sociálního vyloučení. Jedná se o záměrný, strukturovaný proces s vlastní dynamikou, vycházející z interakce mezi klientem a sociálním pracovníkem.

Matoušek (2008) oproti tomu vymezuje sociální terapii, jako odbornou intervenci zaměřenou na podporu pečujících osob, příbuzných a blízkých klientů, jejichž neformální péče je významnou součástí sociální opory pro klienta. Využívá při tom nástrojů k mapování a ovlivňování těchto zdrojů (Matoušek, 2008).



*Socioterapie* je příbuzný pojem, který významem odpovídá pojetí sociální terapie Zakouřilové (Zakouřilová, 2014, s. 15) a označuje souhrn intervencí a postupů usilujících o integraci a sociální rehabilitaci osob, jež se ocitly v sociální nouzi (Matoušek, 2008).

*„Můžeme si říci, že socioterapie je souhrn metod, které používáme k návratu, opětovnému zapojení, uvedení lidí, kteří nejsou přizpůsobeni novým životním podmínkám, do společnosti tak, aby mohli žít obvyklý, průměrný život nebo aby dokázali žít podle norem společnosti“* (Bobek, 2008, str. 25).

Pro lidi s duševním onemocněním je socioterapie prostředkem pro plnohodnotné zapojení do běžné společnosti. Zaměřuje se na poznání individuálních schopností a kapacit klienta, jeho přání a zdrojů, s ohledem na projevy jeho nemoci, nikoliv jako na limit, ale výchozí stav se kterým je možné dále se rozvíjet. Učí novým dovednostem, pobízí ke zkoušení nových sociálních rolí a přebírání funkcí, provází na cestě k naplnění vlastních potřeb a budování vztahů ve svém okolí. Socioterapie podporuje silné stránky klienta, aby mohl normálně, obyčejně žít ve společenství lidí a dosáhnout svých cílů, navzdory omezením vyplývajícím z jeho onemocnění, k tomu jej vybavuje potřebnými kompetencemi a zkušenostmi (Mahrová & Venglářová, 2008).

*Sociální rehabilitace* se orientuje na nápravu sociálních vztahů a obnovení praktických dovedností klientů, jejichž kompetence byly narušeny v důsledku nepříznivé sociální situace (Matoušek, 2008, s. 207).

V oboru sociální práce je sociální rehabilitace legislativně upravena zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a blíže specifikována vyhláškou MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. § 70 zákona o sociálních službách (2006) definuje sociální rehabilitaci takto:

*(1) “Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.”*

Chybí jednoznačné vymezení cílové skupiny, jako například v případě podpory zaměstnanosti (§ 67 zákona č. 435/2004 Sb.), z pohledu systému sociálních služeb je však rozhodujícím kritériem, zda dané činnosti odpovídají sociálním potřebám klientů ze skupin ohrožených exkluzí.

V případě cílové skupiny lidí s duševním onemocněním tak rozhoduje stupeň zdravotního postižení či dlouhodobého zdravotního znevýhodnění v návaznosti na důsledky této sociální události. Pro lidi s poruchou osobnosti je nezbytné získat nejen diagnózu, ale i odborné posouzení revizním lékařem o míře zdravotního handicapu projevujícím se deficitem v sociálním fungování. Služby sociální rehabilitace mohou samozřejmě čerpat i lidé s poruchou osobnosti, kteří nemají stanovenou diagnózu z okruhu specifických poruch osobnosti - do systému státního sociálního zabezpečení se však dostávají jako klienti sociálních služeb skrze jinou cílovou skupinu (např. lidé bez domova, uživatelé návykových látek, osoby po výkonu trestu apod.).

Základní nástroje, kterými disponuje sociální rehabilitace k naplnění svých cílů jsou (MPSV, 2016):

- terapeutické vedení k přijetí a porozumění zdravotnímu stavu a jeho souvislostí,
- aktivity směřující k obnově zasažených funkcí a rehabilitaci sníženého potenciálu,
- edukační činnost posilující zdravé funkce a rozvíjející nové schopnosti.

Při poskytování služeb sociální rehabilitace se uplatňují následující principy (MPSV, 2016):

- *Včasnost* - načasování pomáhá udržet motivaci a aktivizovat klienta, je nezbytným předpokladem pro navázání úspěšné spolupráce,
- *Komplexnost, návaznost a koordinovanost* - umožňuje účinné a hospodárné poskytování služeb díky vzájemné provázanosti, při absenci některého z prvků dochází ke snížení efektu fungování,
- *Dostupnost* - klíčové je zajistit dostatečnou informovanost o možnostech a službách sociální rehabilitace, stejně jako prakticky zprostředkovat a umožnit poskytnutí služeb, co nejblíže klientovým potřebám,
- *Individuální přístup* - tj. adresnost rehabilitačních činností s ohledem na klientovy potřeby a životní situaci,
- *Multidisciplinární posouzení* - je nezbytné v případě posouzení komplexních individuálních potřeb klienta a výběru nejvhodnějších opatření,

- *Součinnost* - úzká spolupráce všech zúčastněných (úřady, instituce poskytující služby, zaměstnavatelé, rodina atd.) je pro efektivitu sociální rehabilitace nezbytná.

Zatímco sociální rehabilitace je ze své podstaty intervencí dočasnou a aktivizační (MPSV, 2016), psychiatrická rehabilitace a zejména pojetí v rámci *konceptu zotavení*, je dlouhodobým provázením klienta s duševním onemocněním na cestě k uzdravě.

### 3 Koncept zotavení a case management

S lehkým zpožděním oproti většině vyspělých států, dochází v posledních letech i u nás v léčbě duševních poruch k ústupu od klasického medicínského modelu tj. lineární kauzality nemoci, jejích projevů, deskriptivní diagnostiky a lékařem řízeného procesu léčby, k více symetrickému, aktivnímu vztahu mezi lékařem a pacientem. Probíhající reforma psychiatrické péče v ČR spolu s rozvojem metod sociální práce umožňuje deinstitucionalizaci služeb pro lidi s duševním onemocněním a jejich opětovné zapojení do společnosti.

Cílem současné psychiatrické péče již není izolované odstranění patologických symptomů či prevence relapsu, ale multidisciplinární snaha pomoci pacientovi žít plnohodnotný život navzdory existujícím projevům duševního onemocnění. *Koncept zotavení* nabízí nové příležitosti a výzvy, jak dosáhnout vyšší adresnosti poskytovaných služeb s ohledem na jedinečný lidský příběh, který souvisí s unikátním bio-psycho-sociálním komplexem dispozic a deficitů na cestě k uzdravě (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

Na tomto místě je třeba poznamenat, že mezi odbornou veřejností dosud nepanuje shoda ve výkladu tohoto pojmu odrážející se v aplikaci principů zotavení do běžné praxe. Kritika konceptu zotavení naráží na nové uspořádání a poměry sil mezi psychiatrickými a nepsychiatrickými pracovníky, kteří se také mohou v rámci zotavení považovat za experty a podílet se na léčbě pacientů/klientů se závažným duševním onemocněním. Do klinického prostředí, které ztrácí své ostré hranice zdravotnických zařízení vstupují peři, jako odborníci na základě svých vlastních zkušeností s překonáním obtíží a sociální pracovníci či psychologové se znalostí sociálních a terapeutických metod a technik, jež se dostávají na úroveň farmakoterapie. Nové rozvrstvení pozic otevírá prostor pro hledání odpovědi na otázku: *”Kdo všechno má/může o duševní nemoci vypovídat, vyučovat, bádat a publikovat?”* (Paleček & Říčan, 2015, s. 33).

Na koncept zotavení v rámci psychiatrické rehabilitace lze nahlížet nejméně ze dvou perspektiv:

- *Klinický pohled na zotavení:* vychází se zkušeností a poznatků profesionálů z oblasti péče o lidi s duševním onemocněním, tedy z pohledu poskytovatelů péče.
- *Osobní pohled na zotavení:* čerpá z osobní zkušenosti člověka potýkajícího se s duševním onemocněním v kontextu jeho životního příběhu a možností.

### **3.1 Klinický pohled na zotavení**

Západní medicína je ze své podstaty věda založená na důkazech, oproti tomu koncept zotavení vycházející z humanistických postojů, slouží jako vodítko nejen pro profesionály, ale i státní administrativu, jak o této problematice přemýšlet, formovat nové metody a strategie pomoci, vytvářet infrastrukturu a přenášet poznání z procesu údravy člověka do praxe.

O složitosti cesty k zotavení vypráví příběh americké historie průběhu reformy psychiatrické péče odehrávající se nejen ve formálních krocích, ale zejména v transformaci postojů odborné veřejnosti k možnostem léčby osob se závažným duševním onemocněním. Přestože byla ve Spojených státech v 60. a 70. letech 20. století přijata mnohá opatření umožňující odklon od institucionalizované formy psychiatrické péče, včetně ustanovení legislativního rámce zabývající se rehabilitací, v 90. letech doplněný o ochranu práv osob s handicapem, situace konkrétních lidí s duševním onemocněním se tím příliš nezlepšila. Výzkumné studie a zprávy hodnotících komisí i po roce 2000 stále hovořily o duševním onemocnění, jako o jedné z příčin sociálního vyloučení, nerovnosti na poli pracovního uplatnění a bolestného nenaplnění osobních potřeb v rámci mezilidských vztahů či společenského uplatnění. Navíc oblast prevence a léčby závažných duševních onemocnění byla významně podfinancována a chyběla realokace potřebných zdrojů k budování infrastruktury na komunitní úrovni. V tomto důsledku se jen malému procentu pacientů dostalo adekvátní péče, jež lze *“považovat, za založenou na důkazech”* (Davidson et al., 2017, s. 22).

Hlavní překážkou bylo přetrvávající psychiatrické paradigma v myslích pomáhajících profesionálů o nevléčitelnosti závažného duševního onemocnění (jako např. schizofrenie, afektivní poruchy aj.) a to i přes mnohé empirické studie a poznatky dokládající značnou různorodost v průběhu i prognóze jednotlivých případů. Postupně však došlo k proměně

očekávání spojených s těmito diagnózami a zotavení, charakterizované ústupem klinických projevů a návratem k běžnému fungování, se stalo stejně častou, ne-li častější variantou průběhu těžké formy duševního onemocnění. V klinickém kontextu, který usiluje o návrat ke zdraví, tak bylo možné vymezit pojem zotavení následovně: *”zotavení z nemoci je charakterizováno jasně danými kritérii závažnosti známek, příznaků a deficitů spojovaných s onemocněním, které buď dosažení remise a/nebo zotavení umožňují definovat”* (Davidson et al., 2017, s. 25).

Při bližším pohledu na konkrétní lidský příběh však ani tato definice nebyla dostačující. Heterogenita v rámci zotavení se ve výzkumech ukazovala nejen ve statistickém srovnání, ale také u každého jednotlivého člověka s duševním onemocněním v rámci individuálního deficitu v zasažených oblastech fungování. Mohlo se tedy stát, že některý pacient již nevykazoval žádné klinicky měřitelné příznaky onemocnění, ale přesto nebyl schopný zapojit se do pracovních nebo mezilidských vztahů, zatímco jiný sice ještě některé symptomy měl, ale fungoval v zaměstnání a rodině. Světová zdravotnická organizace a další badatelé z celého světa se tak již od 70. let min. století snaží vyvrátit dogma vykreslující závažné duševní onemocnění jako setrvalý stav, prostupující nezvratně všechny funkční domény lidského života (Davidson et al., 2017). S tím, jak hluboko jsou však některé staré předsudky uloženy nejen v odborné literatuře, ale i osobním přesvědčení profesionálů i obecné veřejnosti, se setkávají lidé s duševním onemocněním dodnes v rámci stigmatizace.

Nové poznatky z oblasti dopadů onemocnění resp. variabilitě průběhu a individuálních konsekvencích v životě pacienta spolu s multifaktoriálním pohledem na příčiny vzniku a rozvoje duševní poruchy otevřely možnost nahlížet na koncept zotavení nejen, jako na statický stav - tedy úzdravu z nemoci, ale jako na proces, který k úzdavě vede.

Zda je v případě zotavení z duševního onemocnění rozhodující výsledek či samotný proces nebo jak spolu tyto dvě možnosti koexistují, se zamýšlejí také autoři článku *Život není „výsledek.“* Kladou si řadu otázek související s měřitelností dosažených parametrů, jejich trváním a vůbec pohledem na kvalitu života v průběhu času očima pacienta samotného i profesionála, který mu na cestě k zotavení pomáhá. Pracovníkům v pomáhajících profesích pak nabízejí možnost abstrahovat od svých očekávání a nahlížet na podstatu konceptu zotavení jako na snahu *”vést plný život tváří v tvář závažné duševní nemoci”* bez ohledu na to,

zda výsledkem tohoto úsilí budou klinicky ověřitelné parametry jako symptomy, relaps nebo hospitalizace (Davidson, Tondora & Ridgway, 2010).

Rozdílné cíle a výsledky lze očekávat, také v jednotlivých etapách procesu zotavení:

- Fáze stabilizace - slouží k získání převahy nad obtěžujícími projevy nemoci,
- Fáze reorientace - zaměřuje se na integraci prožité zkušenosti do nové identity, hledá silné stránky a smysluplné životní cíle,
- Fáze reintegrace - usiluje o začlenění do společnosti v rámci nových sociálních rolí a vztahů (Páv, Pluhaříková Pomajzlová & Šťastná, 2017).

Přestože většina dostupné literatury se zabývá konceptem zotavení u duševních poruch z okruhu psychotického spektra (i přes svou univerzální platnost pro další diagnózy), autoři jednoho z výzkumných textů se zaměřili přímo na popis procesu zotavení u hraniční poruchy osobnosti, kde identifikovali měřitelné faktory v jednotlivých oblastech (Nesnidal et al., 2020):

- a) Projevy onemocnění - snížení intenzity nebo četnosti symptomů na úroveň umožňující běžné fungování;
- b) Společenské uplatnění - aktivní zapojení do společnosti prostřednictvím studia nebo zaměstnání na otevřeném trhu práce;
- c) Blízké vztahy a rodina - schopnost fungovat v partnerských a rodinných vztazích i přes běžné konflikty;
- d) Volný čas - schopnost navázat a udržet přátelské vztahy, pravidelně se setkávat a společně trávit čas (volnočasové aktivity);
- e) Samostatnost - nezávislost v péči o sebe, domácnost, zdravotní stav, správu osobních financí.

Odlišnost mezi klinickým pohledem a individuálním přístupem k zotavení lze přiblížit také perspektivou cílů, o které usilují a cest, které k nim vedou. Zatímco léčba duševního onemocnění se zaměřuje na odstranění nebo alespoň snížení negativních dopadů nemoci na člověka i společnost a prevenci, osobní cíle člověka v procesu zotavení, se nemoci samotné týkají jen z části. Problematickou zónou je oblast přebírání odpovědnosti a řízení rizika. Na jedné straně existuje formalizovaná snaha, jak zákonodárců, tak poskytovatelů péče předcházet, řešit a tlumit projevy nemoci, které jsou patologické pro svého nositele, stejně jako minimalizovat rizika, ale i výdaje spojené s onemocněním - prevencí, léčbou a rehabilitací - pro společnost. Na druhé straně je pacient/klient v rámci procesu zotavení podporován k větší zodpovědnosti a samostatnosti nejen za svůj zdravotní stav, ale i svůj

život. Dilema vyvažující míru moci a pomoci je součástí každého vztahu v rámci pomáhající profese a je třeba na něj neustále hledat osobní odpověď při práci s konkrétním člověkem. Bez možnosti riskovat, zkoušet nové věci a chybovat se však nedá dosáhnout změny, o kterou ve svém důsledku usilují oba dva pohledy na koncept zotavení - a tím je opětovné začlenění do společnosti (Slade, 2013).

### 3.2 Individuální perspektiva zotavení

*„... jde o hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, naděje plný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu vlastního života tak, jak jedinec překonává závažný dopad duševního onemocnění”* (Anthony, 1993 citovaný z Páv, Pluhaříková Pomajzlová & Šťastná, 2017).

Ragins (2019) charakterizuje osobní zotavení z duševní poruchy, jako zcela přirozený adaptivní proces, který lidé běžně uplatňují i v jiných aspektech lidského života - např. zotavení z infekční nemoci, zotavení po mozkové mrtvici, ale také zotavení v rámci osobní krize z rozchodu, ze smrti rodičů apod. Stejně jako v rámci procesu truchlení následujícím po prožití ztrátě, také při zotavení lze identifikovat jednotlivá stádia. Průběh obou procesů se může vzájemně prolínat a také hranice mezi jednotlivými stádii nejsou ostré. V rámci procesu zotavení rozlišuje čtyři fáze (Ragins, 2019, s. 20):

1. fáze - *naděje*: Hybatelem změn a chtění něčeho dosáhnout je pro člověka v procesu zotavení naděje, že existují reálné možnosti, jak pozitivně ovlivnit svou budoucnost. V zoufalství a bezmoci není naděje pouhým ideálem, ale skutečnou motivací k vynaložení potřebného úsilí k dosažení konkrétních cílů.
2. fáze - *zplnomocnění*: K naplnění vize je potřeba věřit ve své schopnosti a zažít pocit kompetentnosti při rozhodování o svém budoucím životě. Dostatečný přístup k informacím a orientace na silné stránky a dosažené úspěchy posiluje vědomí vlastní moci při usilování o změnu a pokrok.
3. fáze - *odpovědnost za sebe sama*: S jistotou vlastní moci přichází i výzva k převzetí odpovědnosti za svůj život. Dosavadní způsob zvládnání duševního onemocnění prostřednictvím odevzdání se do rukou pomáhajících profesí či blízkých pečujících, je konfrontován s odvahou pouštět se do nových věcí, objevovat a riskovat, učit se z chyb a selhávat, to vše ve prospěch odpoutání se ze závislé role a přijetí skutečného stavu.
4. fáze - *smysluplná životní role*: Důvěra ve vlastní moc, přijetí odpovědnosti a naděje v plnohodnotný život umožňují opětovné zapojení do běžného společenského prostředí

prostřednictvím smysluplné role (otce, prodavače, kamaráda), nezávislé na psychiatrické diagnóze.

Osobní cíle zotavení souvisejí s preferencemi a přáním konkrétního člověka bez ohledu na jeho duševní zdraví. Vycházejí z osobních zkušeností, vztahů a hodnot. Směřují do budoucnosti, kterou chce pro sebe člověk v procesu zotavení aktivně spoluutvářet, čerpá z jeho silných stránek a ambicí, *“jsou to vlastně sny s termínem”* (Slade, 2013, s. 24).

Takové cíle, které neberou v potaz jen cíle léčby, ale zahrnují i snahu o získání plnohodnotného postavení ve společnosti a pozitivní uplatnění v různých sociálních rolích včetně posilování vlastní odpovědnosti, mohou být pro pomáhající personál či poskytovatele služeb stále velkou výzvou a zdrojem nemalé frustrace. Zejména pokud vnitřní rámec instituce a rozsah poskytované péče a porozumění potřebám uživatelů služeb neumožňuje být v souladu s jejich individuálními potřebami v rámci procesu zotavení.

Ragins (2019), jeden z představitelů hnutí za zotavení, jde ve svých úvahách ještě dále. Vnímá své profesní poslání ve dvou úrovních - na jedné straně pomáhat klientům žít naplněný život, začlenit se do místní komunity, na straně druhé, umožnit společnosti objevit, co mohou lidé s duševním onemocněním cenného nabídnout. *“Chtěl bych jednoho dne zažít, jak se vyvěšují značky - toto zařízení je přístupné lidem s psychózou”* (Ragins, 2019, s. 73). Navazuje tak na zkušenosti z integrace lidí se zdravotním postižením, pro které dnes již automaticky většinová společnost buduje bezbariérové vstupy apod., tedy zákonem stanovuje normu začlenění a zároveň se odráží v pozitivních postojích běžných lidí, kteří snahu lidí s hendikepem *“vést normální život”* vnímají jako obdivuhodné úsilí, jež překonává životní těžkosti. Stejně pozitivní přijetí by si jednou přál i pro své psychotické klienty, skládající v obchodě zboží do regálů s alobalem na hlavě (Ragins, 2019).

### **3.3 Case management v oblasti duševního zdraví z pohledu sociální práce**

Jednou z možností, jak aplikovat koncept zotavení do praxe v rámci psychosociální rehabilitace, je využití metody case managementu. Zaměření na konkrétního člověka, s jeho potřebami a cíli, v kontextu domácího prostředí a s pomocí přirozené sociální sítě, umožňuje specializovanému týmu odborníků z různých profesí naplnit výzvy psychiatrické reformy a posunout péči o lidi s chronickým duševním onemocněním do 21. století.



Česká koncepce Center duševního zdraví (CDZ) vychází ze zkušeností kolegů z italského Trieste a jejich sítě středisek komunitní péče a holandského modelu FACT (Flexibilní asertivní komunitní léčba). V rámci doporučeného standardu Ministerstva práce a sociálních věcí jsou uplatňovány následující principy (MPSV, 2017, s. 6):

- *Zaměření na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii*

Samotná lékařská diagnóza je pouze vstupním vodítkem pro poskytování služeb, nevypovídá v plné míře o potřebách klienta, jeho cílech a možnostech naplnění, naopak ignorování individuální komplexnosti může vést ke stigmatizaci.

- *Podstatný je vztah klienta a case managera*

Poskytování služeb metodou case managementu je založeno na dlouhodobém partnerském vztahu mezi klientem a case manažerem, který se postupně buduje nejen na základě profesní odbornosti, ale i lidském setkání.

- *Intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí*

Klient je nositelem změny a rozhoduje o svém směřování v rámci spolupráce. Přestože respekt ke klientovu rozhodnutí je primární, pracovník nastavuje hranice únosného rizika, které je spojené s možným nebezpečím přímo pro klienta nebo jeho okolí.

- *Asertivita intervencí*

Klient je kontaktován v jeho přirozeném prostředí. Způsob komunikace i nabídka služeb je otevřená, odpovídající na klientovy potřeby a zázemí, bez tlaku na sebesprosazení pracovníka.

- *I lidé s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním se mohou měnit, učit, zlepšovat a je třeba je v tom podporovat*

Toto je základní předpoklad poskytování služeb orientovaných na zotavení (recovery concept). Vychází se silných stránek a schopností klienta, které jsou posilovány a buduje nové kompetence k překonání osobních deficitů.

- *Využívají se nejen tradiční služby, ale především zdroje komunity. Společenství, ve kterém klient žije, je zdroj, nikoliv překážka*

Case management mapuje nejen individuální potřeby klienta, ale také zdroje a možnosti v jeho nejbližším okolí, aby efektivita a udržitelnost poskytované péče byla co nejvyšší. Např. se zaměřuje na podporu setrvání klienta v jeho přirozených skupinách (zájmové činnosti, místní komunita, podporované zaměstnávání), spíše než delegování do profesionálních služeb.

- *Podpora zotavení rodinného prostředí*

Zaměření na zotavení v kontextu celého rodinného systému umožňuje nastartování a podporu individuální změny klienta. Prostřednictvím porozumění klientovým obtížím, otevřené komunikace a redefinování postojů k procesu zotavení mohou rodinní příslušníci napomáhat účinnosti intervencí, které směřují nejen na samotného klienta, ale i na rodinu jako celek.

- *Multidisciplinární spolupráce*

Multidisciplinární odbornost týmu, zahrnující nejčastěji profesi lékaře (psychiatr), zdravotní (psychiatrické) sestry, psychologa, vedoucího týmu, sociálního pracovníka a peer konzultanta, umožňuje sdílení zkušeností a flexibilitu poskytované péče. Odpovídá na komplexní potřeby klienta s duševním onemocněním a zajišťuje kontinuitu zdravotních a sociálních služeb.

Kompetence sociálního pracovníka, případně pracovníka v sociálních službách, jsou v rámci dobré praxe v souladu se zásadami poskytování sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Sociální pracovník je samostatným a plnohodnotným členem týmu, který obvykle zastává úlohu case managera. Sociální část péče v rámci Center duševního zdraví zahrnuje (MPSV, 2017, s. 9):

- *Výchovně vzdělávací a aktivizační činnosti.*
- *Nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu.*
- *Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.*
- *Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů.*

Specifika poskytování péče lidem s poruchou osobnosti v kontextu případového vedení nebo Center duševního zdraví nejsou v českém prostředí prozatím detailně zpracovány, lze však čerpat ze zkušeností zahraničních kolegů. Například britští autoři popisující fungování Komunitních týmů duševního zdraví (Community Mental Health Teams - CMHT) pro klienty s poruchami osobnosti. Uvádějí základní parametry poskytované péče vycházející, nejen z praktických zkušeností organizací z různých částí světa, ale také z osobních očekávání a potřeb uživatelů služeb (Sampson, McCubbin & Tyrer, 2006, s. 206, vlastní překlad):

1. základem účinné léčby je vztah mezi pracovníkem a klientem,
2. klient je odpovědný za své chování,
3. pracovník je čestný a empatický, validuje klientovo prožívání a povzbuzuje ke změně,
4. pracovník by měl přiznat, pokud přístup nefunguje,
5. pracovník spolupracuje s klientem na individualizovaném plánu péče,
6. poskytovatel služeb se zavazuje k dlouhodobé spolupráci,
7. medikace slouží jen jako doplněk psychosociální terapie,
8. maximální snížení prahu dostupnosti služby pro klienta (administrativní zátěž),
9. klient je podporován v odpovídající míře riskovat.

Přestože rozdíly oproti jiným cílovým skupinám se na první pohled nemusí zdát významné, porozumění škále strukturálních osobnostních deficitů, promítající se do vztahování k druhým i sám k sobě, které se navíc u jednotlivých klientů s poruchou osobnosti liší v různých oblastech fungování, komplikují vznik a udržení kooperující aliance. Vztah, jako základní předpoklad efektivní spolupráce, je tak od prvopočátku výrazně zatížen fenomény přenosu či štěpení a emoční zranitelností ze strany klienta a výzvou pro pomáhající profesionály.

*“Přímá odborná angažovanost v oblasti poruch osobnosti vyžaduje vysokou míru osobní odolnosti, schopnost udržovat pevné hranice a zvládat nepřátelství a konflikty.”* V rámci multidisciplinárního týmu musí jednotliví členové akceptovat emocionální dopady silných afektů na soudržnost týmu a čerpat ze vzájemné podpory (Sampson, McCubbin & Tyrer, 2006, s. 4, vlastní překlad).

Multidisciplinární přístup se v českém prostředí uplatňuje také prostřednictvím metodiky Komplexní psychosociální rehabilitace, modelu CARE (Comprehensive Approach to Rehabilitation). Metoda CARE, původem z Holandska, vznikla v 80. letech 20. století v rámci nové vlny porozumění procesu zotavení osob s duševním onemocněním a usiluje o opětovné plnohodnotné začlenění klientů do společnosti v souladu s jejich osobními preferencemi. Staví na partnerském přístupu nejen při práci s klientem, rodinou, ale také významně intervnuje v životním prostředí klienta. Komplexnost metody spočívá v podpoře klientových potřeb, mapování disponibilních zdrojů a eliminaci překážek vedoucích k dosažení individuálních cílů v různých oblastech klientova života - bydlení, práce, vzdělání, volný čas, mezilidské

vztahy a současně věnuje pozornost vzájemným souvislostem v celém sociálním kontextu. Zaměřuje se na práci s klientem v těchto oblastech (Hollander & Wilken, 2016, s. 15):

- *Plnění přání a cílů související s kvalitou života.*
- *Vyrovňování se se zranitelností a posilování silných stránek.*
- *Zpřístupnění zvoleného prostředí a maximalizace kvality života v daných životních a sociálních podmínkách.*

Konkrétní nástroje, které mají jak klient, tak pracovník k dispozici jsou dle Metodiky zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním z dílny Ministerstva zdravotnictví ČR mimo jiné následující (MZ ČR, 2020):

- *Osobní profil* - zahrnuje současné i minulé schopnosti, předpoklady a zkušenosti klienta vč. současných přání a ambicí. Jedná se o přehled klientových silných a slabých stránek proměňujících se v čase a zkušeností z klientova blízkého okolí v několika dimenzích - bydlení, práce, vzdělávání, volný čas, zdraví, sebeobsluha a bezpečí. V případě potřeby (není-li osobní profil k dispozici), nahrazuje tento mapovací nástroj *Podpůrný osobní profil*.
- *Osobní preference* - soubor otázek umožňující hlubší porozumění a orientaci v klientových přáních, zahrnuje emoční vztah ke konkrétním možnostem, limity, postoje a způsoby dosažení požadovaného cíle.
- *Osobní plán* - konkretizuje, čeho chce klient dosáhnout a identifikuje jednotlivé kroky k dosažení cíle vč. časového harmonogramu. Struktura a jasné rozdělení kompetencí slouží k podpoře udržitelnosti plánu a navigaci i ve chvílích osobní nestability.
- *Plán osobní podpory* - nástroj pracovníka k podpoře klientových cílů ve fázi akutního vzplanutí nemoci nebo v počátcích spolupráce, kdy se klient ještě necítí dostatečně kompetentní k převzetí osobní odpovědnosti za realizaci svého plánu.
- *Plán časných varovných příznaků* - identifikuje míru závažnosti zhoršujících se symptomů dle metafory semaforu (zelená - cítím se dobře, jsem stabilní, oranžová - začínají se objevovat varovné signály, červená - je třeba přejít ke krizovému plánu) a umožňuje, jak klientovi, tak jeho okolí vyhodnotit krizovou situaci a podniknout potřebné kroky ke stabilizaci.

- *Profil prostředí* - slouží k mapování přirozených zdrojů podpory z klientova okolí, jak materiálních, tak sociálních a získání potřebných informací k posouzení, zda toto prostředí umožňuje dosáhnout klientovi osobní cíle. Zahrnuje výčet slabých a silných stránek prostředí, se kterými je možné dále pracovat (Hollander & Wilken, 2016).

V kontextu této práce se nabízí úvaha o potřebě rozšíření spektra diagnóz v rámci psychiatrické reformy, aby i lidé s poruchou osobnosti mohli čerpat benefity poskytované péče některé z forem case managementu například prostřednictvím CDZ i v České republice.

#### **4 Peer program pro osoby s duševním onemocněním z domácí a zahraniční perspektivy**

*“Domněnka, že lidé, kteří čelili těžkým překážkám a překonali je, mohou poskytnout užitečnou podporu, povzbuzení, naději a mentorství, je přijímána už od starověku”* (Davidson, Chinman & Sells, 2006, s. 443). V různých oblastech lidského života i historických obdobích se můžeme setkat s fenoménem solidarity lidí s žitou zkušeností, kteří dokázali překonat své obtíže a využít svého poznání k podpoře druhých. První zmínky o zapojení bývalých pacientů do systému péče se objevují již v 19. století v souvislosti s léčbou alkoholové závislosti. *”Také Harry Stack Sullivan zapojoval do léčby schizofrenie v Baltimoru pacienty, kteří se vyléčili, a to okolo roku 1920”* (Paleček & Říčan, 2015, s. 33).

Novodobé známky nenáhodné nebo spíše organizované pomoci v rámci duševního zdraví se začínají objevovat se vznikem svépomocných skupin a pacientských hnutí, které zažívají svůj boom v USA v 70. letech 20. století. Reformní vlna usilující o deinstitucionalizaci psychiatrické péče se rozšířila i do států západní Evropy a společně s hnutím za zotavení otevřela v 90. letech 20. stol. prostor pro vznik “peer podpory,” jako nové formy psychosociální pomoci a péče. Profesionálové z pomáhajících profesí v oblasti péče o duševní zdraví, tak mezi sebe přizvali peery - lidi v procesu zotavení s osobní zkušeností úspěšného překonání projevů duševního onemocnění - jako zdroj opory a inspirace pro své klienty, kteří na cestě k úzdavě ještě nejsou tak daleko (Davidson, Chinman & Sells, 2006).

Historii zapojování peer pracovníků do procesu zotavení, jako kvalitativně odlišné formy podpory oproti např. svépomoci či dobrovolnictví lze v českém prostředí spojit s kontinuální snahou o profesionalizaci peer podpory prostřednictvím aktivit Centra pro rozvoj duševního zdraví v Praze. V roce 2012 byl zahájen pilotní projekt financovaný Evropským sociálním fondem podporující integraci peer pracovníků s duševním onemocněním do týmů poskytovatelů sociálních služeb, na který navázaly další projekty umožňující v průběhu více než pěti let vytvořit na 50 pracovních míst v 15 zapojených organizacích a 3 psychiatrických nemocnicích (Balková, 2019). Další peer pracovníci bez certifikovaného vzdělání mohou být zaměstnáváni mimo tuto evidenci, veřejná dostupnost relevantních informací či zpracovaných zkušeností pro řešerše je v současnosti poměrně nízká.

Zapojování peer pracovníků do systému služeb pečujících o lidi se závažným duševním onemocněním úzce souvisí se změnou medicínského paradigmatu v rámci konceptu zotavení a tato vzájemnost je oboustranná - koncept zotavení stojící na myšlence jedinečnosti osobní zkušenosti usilující o nalezení smysluplné životní role, umožnil vznik nových pracovních pozic ať už v rámci multidisciplinárních týmů nebo peer programů a zároveň se peer pracovníci při své práci opírají o základní premisy konceptu zotavení, *”je to poselství, které mají zosobňovat a šířit”* (Paleček & Řičan, 2015, s.34). A stejně jako v případě konceptu zotavení, naráží v určitých situacích snaha o systematické zavádění peer podpory na kritické ohlasy tvořící překážky v myslích odborníků i struktuře organizací.

#### **4.1 Peer podpora v oblasti duševního zdraví**

Pojetí peer podpory se proměňuje v průběhu času a také různí autoři ji definují různě. Jednoznačně společným prvkem je však záměrně vytvořený a udržovaný pomáhající vztah mezi lidmi s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, v němž se pohybují v rámci kontinua od jednostranně asymetrického uspořádání (placený peer pracovník vs. klient) k vzájemné podpoře, učení se a osobnímu růstu rovnocenných partnerů (skupinové programy) (Davidson, Chinman & Sells, 2006; Shalaby, & Agyapong, 2020). Samotná podpora v rámci psychosociální rehabilitace lidí se závažným duševním onemocněním může být poskytována formou zapojení peer pracovníka do multidisciplinárního týmu v rámci case managementu, specializovanými peer programy a peer kluby v rámci následné péče nebo destigmatizačními aktivitami. Peer tak může pracovat individuálně se svým klientem nebo s celou skupinou.

Pomocí konceptualizace dosavadních poznatků o vlivu zapojení peer podpory do systému péče o duševní zdraví, byly prokázány pozitivní efekty ve třech oblastech (Shalaby, & Agyapong, 2020):

1. pro samotné poskytovatele peer podpory,
2. pro příjemce peer podpory,
3. pro organizace, které ve svých řadách zaměstnávají poskytovatele peer podpory.

V nejnovějším pojednání o proměňujících se aspektech peer podpory je v rámci re-definice dosavadních charakteristik patrný lehký odklon od reciprocitu přínosů pro obě zúčastněné strany ve směru oboustranné dohody o náplni poskytovaných služeb jednoznačně prospěšných pro klienta, kde posilující vliv na peer pracovníka je spíše druhotným efektem, než primárním účelem. Zároveň v souvislosti s profesionalizací peer podpory a rozvojem placených služeb vzrůstá význam sebe přijetí role peer pracovníka, jako člověka s životní zkušeností duševního onemocnění, se kterou se nejen veřejně, ale i odborně identifikuje (Fortuna, Solomon & Rivera, 2022).

*“Zahraniční zkušenosti s peer konzultanty ukazují, že jejich zapojení do rehabilitačního procesu zvyšuje adherenci klienta k celému procesu, což je samo o sobě zásadní”* (MPSV, 2017, s. 9). Přítomnost člověka s žitou zkušeností v multidisciplinárním týmu přispívá k větší spokojenosti uživatelů s kvalitou poskytovaných služeb a napomáhá k jejich sociálnímu začlenění. Destigmatizace vlastního životního příběhu peer pracovníka posiluje seběvědomí klientů, zvyšuje stabilitu v různých sférách osobního i pracovního života a umožňuje lepší fungování. *“V neposlední řadě pak mají vliv na vnitřní kulturu multidisciplinárních týmů, ve kterých posilují přístupy orientované na zotavení”* (MPSV, 2017, s. 9).

Výše uvedené poznatky shrnují závěry dostupných odborných článků a přehledových studií zaměřujících se na výzkum efektivity peer programů v rámci psychosociální rehabilitace lidí s duševním onemocněním. Zveřejněné studie však nepracují se shodnou kvalitou dat a designem výzkumu a prezentované výsledky vykazují značné odlišnosti i přes některá shodná obecná východiska, která se propisují do metodik a dobré praxe multidisciplinární spolupráce. Na tuto výraznou heterogenitu upozorňují autoři usilující o metaanalýzu dostupných poznatků ať už z individuálně poskytované peer podpory (White et al., 2020) nebo v rámci skupinového formátu (Lyons, Cooper & Lloyd-Evans, 2021). Chybějící na “důkazech založené” postupy, kritéria účinnosti a měřitelné klinické efekty, vyvolávají diskusi mezi

odborníky z řad přírodních vs. humanitních věd, jejichž paradigmatata se zde dostávají do konfliktu.

Pro tvůrce zdravotně-sociální politiky a poskytovatele služeb je však srozumitelnější jiný faktor, lépe měřitelný než subjektivní pocit zvýšení kvality života klientů či efekt začlenění v rámci procesu zotavení, a tím je finanční dopad, neboť *“zaměstnávání peer pracovníků vede k významnému poklesu hospitalizací u pacientů, které tito pracovníci podporují, což přináší finanční úspory bohatě přesahující přidané náklady na mzdy peerů”* (Trachtenberg, Parsonage, Shepherd & Boardman, 2013, s. 9) a to dokonce v poměru přibližně 4:1. Jinak řečeno, každá jedna peněžitá jednotka využitá k pokrytí nákladů na peer pracovníka přináší 4 násobnou hodnotu úspory za nemocniční lůžko a to je samo o sobě pevným, nikoliv jediným argumentem k pokračování v cestě k zapojování peer pracovníků do systému péče o duševně nemocné (Trachtenberg, Parsonage, Shepherd & Boardman, 2013). I po více než třiceti letech zkušeností z celého světa je však třeba nepřestávat systematicky zkoumat principy peer podpory a efekty, které přináší nejen pro samotné uživatele služeb, ale i implikace pro celý systém poskytované péče (King & Simmons, 2018).

V čem však spočívá jedinečnost peer pracovníků, kterou s sebou přináší? Autoři Mead a MacNeil (2006) se zamýšlejí nad specifiky, které odlišují peer podporu od vrstevnické či svépomocné aktivity při současném hledání skutečně nových paradigmat a standardů poskytování indikované péče nevycházející z medicínského přístupu. Součástí myšlenkového rámce, který je díky jedinečné životní zkušenosti peer pracovníkům vlastní a je třeba o něj pečovat, aby se neztratil ve většinovém porozumění, jsou následující atributy (Mead & MacNeil, 2006):

- Prevence uvíznutí v rozdílu: medicína založená na důkazech, definující nemoc jako opak zdraví s výčtem symptomů a lege artis postupů vedoucích k úzdavě, se odráží v interpretaci vlastního příběhu zotavení z duševního onemocnění, bez ohledu na současné projevy nebo kvalitu života. Rozsah uvíznutí v lékařském porozumění svým zkušenostem se propisuje i v rámci procesu zotavení do snahy minimalizovat projevy onemocnění, naučit se předvídat krizové situace, být neustále ve střehu před návratem “nemoci” - nefunkční části, která se stává součástí osobní identity, nikoliv situací, ve které se klient nachází. Dosažené úspěchy a osobní cíle mohou jít stranou, považuje-li se klient za “jiného,” “křehčího,” “nenormálního” oproti většinové společnosti, kam se snaží zapadnout.



- Kritické učení: při zpracování osobní zkušenosti s dlouhodobou péčí o vlastní duševní zdraví je žádoucí zapojit kritické myšlení odhalující předsudky lékařského přístupu. Vyhýbá se lékařskému jazyku, představám o způsobech řešení i nálepkování. Naopak peer pracovník spolu s klientem aktivně hledá a nabízí odpovědi z vlastní zkušenosti na to jak došel k poznatkům, které má z procesu zotavení, učí se novým způsobům přemýšlení i komunikace o obtížích a otevírá možnosti k alternativám řešení.
- Vzájemnost pomoci: dalším výrazným fenoménem oproti medicínskému modelu je vzájemnost pomoci mezi peer pracovníkem a jeho klientem. Redefinici osobního příběhu se z klienta, procházejícího jednosměrným vztahem léčby mezi lékařem a pacientem, stává peer konzultant, který má pomáhat na cestě k úzdavě druhým. Bez reflexe dynamiky odrážející se v pomáhajícím vztahu a zpracování nároků nové profesní role není možná vzájemná interakce bez asymetrie a skrytého či zjevného mocenství. Naopak obousměrné sdílení slabých a silných stránek a reciprocita podpory je cesta vedoucí k plnohodnotné integraci do společnosti.
- Volba jazyka: může-li peer pracovník mluvit jiným než lékařským jazykem o duševním onemocnění, může se dozvědět více o potřebách, přáních i prožívání druhých. Každá konverzace vyhýbající se interpretacím, prozkoumávající subjektivní významy použitých slov v kontextu životní zkušenosti či konkrétní situace se stává bohatou na možnosti a vzájemné poznání.
- Společná odpovědnost: sdílení odpovědnosti nejen za společnou práci, ale i vztah je jedním z předpokladů vzájemnosti mezi peer pracovníkem a klientem. Oproti asymetrickému uspořádání není ani jeden z nich v mocenské pozici, hodnotící, rozhodující o dalším směřování. Naopak vzájemná komunikace a potřeby jsou předmětem vyjednávání a porozumění obou zúčastněných, stejně jako pomoc či učení pobíhá oboustranně.
- Sdílení rizika: teprve ve chvíli, kdy může peer pracovník opustit vyhodnocování rizik spojených s klientovým duševním stavem, lze budovat bezpečný, rovnocenný vztah založený na vzájemné důvěře a přijetí, a to i přesto, že součástí této nové zkušenosti mohou být výzvy spojené se ztrátou důvěry, zneužitím moci, odpojením ve vztahu apod. Odvaha při experimentování v rámci bezpečných hranic, otevřená komunikace vlastních potřeb a limitů a zejména důsledky sdílení

společného rizika odrážející se ve vztahu založeném na důvěře a společné zkušenosti, jsou zásadní pro hledání alternativních způsobů řešení zátěžových situací (Mead & MacNeil, 2006).

Snahou peer programů a jejich pracovníků je tedy automaticky neakceptovat lékařský pohled na proces zotavení, který je všeobecně rozšířený nejen v myslích profesionálů, ale i ve zkušenosti lidí s duševním onemocněním, s nímž byli prostřednictvím vlastní léčby dlouhodobě konfrontováni. Naopak peer pracovník je nositelem jiného jazyka, rámce, definic možností a porozumění, které souvisejí s člověkem jako takovým, jeho osobní jedinečností i životním příběhem, který se však jeho nemoci týká jen částečně. Slouží jako vzor pro své klienty, jak integrovat nemoc do vlastní hodnoty na cestě k zotavení a zároveň pro své kolegy stráží principy vzájemnosti a zplnomocnění klientů k vlastní odpovědnosti.

#### **4.2 Vymezení role peer pracovníka**

V rámci této práce lze peer pracovníky charakterizovat jako lidi, *“kteří na základě svých vlastních i zprostředkovaných zkušeností získali určitou empirickou odbornost a tuto odbornost pak využívají v kontextu své práce”* (Hollander & Wilken, 2016, s. 160). Peer je tedy odborník na své zotavení z duševního onemocnění, který vlastní zkušenost uplatňuje při výkonu svého zaměstnání. V České republice existuje dlouhá tradice svépomoci v oblasti prevence a léčby závislostí a spolupráce s tzv. ex-usery, samotná abstinence od návykové látky však není jediným předpokladem profesionality poskytovaných služeb. S počátkem psychiatrické reformy, přesunem péče do komunitních služeb, rozvojem metod case managementu a vznikem Center duševního zdraví se rozšiřuje i okruh závažných duševních onemocnění, ve kterých se kvalifikují odborníci z řad peerů v kontextu svého osobního životního příběhu. Peer pracovníky v různých organizacích tak mohou být např. lidé s poruchou příjmu potravy (Centrum Anabell, z.ú.), lidé s obtížemi z okruhu psychotického spektra, výraznými poruchami nálad, obsedantně-kompulzivní poruchou či duálními diagnózami (Fokus Praha, z.ú.) i lidé s poruchou osobnosti (Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání, z. ú.).

Lidé s vlastní životní zkušeností se mohou etablovat v několika oblastech peer podpory. Akreditované kurzy MPSV ČR a supervizní skupinu pro peer konzultanty organizuje Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s., které odborně připravuje zájemce na práci v

multidisciplinárním týmu poskytovatelů sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním.

Existují různé varianty peer podpory (Foitová et al., 2016):

1. pozice peer **konzultanta** - tj. pracovník v systému psychosociální péče pro cílovou skupinu osob se závažným duševním onemocněním, plnohodnotný člen multidisciplinárního týmu,
2. pozice peer **lektora** - tj. pracovník podílející se prostřednictvím své životní zkušenosti a odborných znalostí na vzdělávání pomáhajících profesionálů z řad lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků apod.
3. pozice peer **poradce** - tj. pracovník poskytující poradenství na základě své osobní zkušenosti s úzdravou (např. online poradny),
4. pozice peer **výzkumníka** - tj. pracovník s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, který spolupracuje nebo přímo vede výzkumnou činnost.
5. pozice peer **pečovatele** - nejnovější typ peer podpory - tj. pracovník s osobní zkušeností péče o rodinného příslušníka či blízkého s duševním onemocněním poskytující podporu pečujícím příbuzným (CMHCD, 2020).

Společným posláním a úkolem peer pracovníků je zejména (Repper, 2013):

- zužitkovat vlastní zkušenost v procesu zotavení,
- předávat naději a motivaci, být vzorem při zpracování vlastního příběhu a inspirovat při hledání netušených možností na cestě k úzdравě,
- podporovat individuální plánování a poskytovat emocionální i praktickou podporu k dosažení stanovených cílů,
- pečovat o vztahy založené na bezpečných hranicích a vzájemnosti,
- spolupráce v rámci profesionálního týmu a podpora praxe orientované na zotavení,
- organizace a vedení aktivit podporujících život “mimo nemoc.”

Konkrétní, legislativně ukotvené, vymezení kompetencí a nároků např. na vzdělání, pracovní náplň či supervizi v souvislosti s výkonem povolání peer pracovníka ve zdravotnictví prozatím v České republice neexistuje, a to i přesto, že např. peer konzultant se podílí na přímé péči o duševně nemocné. V sociálních službách je možné vyžadovat odbornou způsobilost pracovníka v sociálních službách dle § 110, odst. 4. zákona č. 108/2006 Sb. (Foitová et al., 2016)

Každá organizace zaměstnávající peer pracovníky vychází z vlastních zkušeností, filosofie, vnitřních předpisů, které rozšiřuje a upravuje dle aktuálních potřeb. Z disertační práce Balkové (2019) vyplývají etické aspekty zaměstnávání peer pracovníků nejen pro samotné peery v kontextu jejich budoucího profesního uplatnění, ale také ve vztahu s jejich klienty a kolegy, i pro organizace samotné (Balková, 2019). Obdobný stav popisují přehledové studie např. z Anglie či Austrálie, které shrnují poznatky ze zavádění nových pracovních pozic peerů do systému péče o duševní zdraví založeném na konceptu zotavení. Rozdílné pojetí role peer pracovníka, požadavků na vzdělání a profesionalitu, držení hranic mezi klientem a peer pracovníkem nebo podpory pro samotného peera byly zaznamenány nejen napříč organizacemi, ale i v rámci osobního pojetí jednotlivců (Gillard et al., 2014; Wyder et al., 2020).

Foitová (2016) se svými kolegy uvádí v manuálu k implementaci peer podpory do zdravotně-sociálních služeb negativní definici hranic pozice peer pracovníka, které by neměly být vzhledem k omezené odborné výbavě pracovníka překročeny. Nedoporučuje samostatné vedení vstupního pohovoru s potenciálními klienty ani uzavírání smluv o poskytování služeb, stejně tak samostatné poskytování krizové intervence či komentování medikace, alespoň v začátcích není vhodné vedení individuálního plánování klientů (Foitová et al., 2016)

Pro rok 2023 již Ministerstvo zdravotnictví ČR připravuje v rámci *Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020—2030* legislativní ukotvení pracovních pozic pro peer konzultanty v rámci systému psychosociální péče včetně potřebného financování (MZd, 2020, s.53):

- pracovník v sociálních službách - peer konzultant: *“První typová pozice, bude vymezena jako specializace povolání pracovník v sociálních službách, a to s odkazem na definici této nové pracovní pozice v zákoně č. 108/2006 Sb.”*
- ošetřovatel - peer konzultant: *“Druhá typová pozice, bude vymezena jako specializace povolání ošetřovatel, a to s odkazem na definici této pracovní pozice v zákoně č. 96/2004 Sb. Obě typové pozice budou zaneseny v Národní soustavě povolání a v Národní soustavě kvalifikací.”*

Atributem profesionality peer pracovníků je také, kromě osobní zkušenosti s překonáním těžkostí spojených s duševním onemocněním na cestě k úzdavě, schopnost sebereflexe a náhledu na vlastní zdravotní stav i odpovědnost pomáhající profese. V rámci různých

výcvikových institucí i jednotlivých organizací, tak vznikají etické kodexy, které *”mohou peer pracovníkům (PP) sloužit jako vodítka v rámci jejich rolí, vztahů a úkolů”* (Repper, 2013, s. 31). Příklad jednoho z nich uvádím v příloze B této práce. Stejně jako např. etický kodex sociálních pracovníků, je založen v nejjobecnější rovině na antiopresivním přístupu a ochraně základních lidských práv a svobod s respektem k osobní jedinečnosti, navíc však obsahuje zásady konceptu zotavení a partnerské postavení v mezích pomáhajícího vztahu.

### **4.3 Specifika peer programu pro osoby s poruchou osobnosti**

Jedna z mála dostupných studií usilující o poznání kontextu zotavení u lidí s poruchou osobnosti upozorňuje na nezbytnost porozumění unikátnosti životní zkušenosti člověka s poruchou osobnosti, jeho příběhu, bez něhož nelze plně porozumět mechanismům, které k jeho úzdavě vedou. Prosté přenesení všeobecně platných poznatků o procesu zotavení z duševního onemocnění není pro tuto cílovou skupinu dostačující a je třeba, aby poskytovatelé služeb tento fakt při konstrukci a realizaci programů péče zohlednili (Gillard, Turner & Neffgen, 2015).

Peer pracovníci se zkušenostmi z vlastního procesu zotavení jsou nositelé tohoto jedinečného poznání a zároveň profesionály, kteří disponují individuálními možnostmi podpory pro své kolegy a klienty. Konkrétní představu o tom, jak tuto svou zkušenost uplatňují v rámci vedení peer programu pro osoby s poruchou osobnosti lze získat při pohledu na metodiku dvou veřejně dostupných programů:

- australská varianta 6 týdenního skupinového programu pro osoby s poruchou osobnosti (Barr et al., 2020).
- česká verze svépomocného programu pro klienty s poruchami osobnosti (Hassmanová et al., 2021)

Společným rysem obou programů je, kromě zaměření na klienty se specifickou diagnózou, také ukotvení v rámci konceptu zotavení a překvapivě také struktury DBT terapie. Zatímco australská verze je krátkodobým docházkovým programem s důrazem na psychoedukaci a nácvik nových dovedností. Česká verze uzavřené skupiny nemá časové omezení pro klienty a kromě podpůrné skupiny, která slouží, jak k získání potřebných informací, tak ke sdílení osobních témat, se zaměřuje na podporu volnočasových aktivit a budování mezilidských vztahů formou peer klubu a organizací společných výletů (Barr et al., 2020; Hassmanová et

al., 2021).

Oba pracovní týmy jsou složeny z peer konzultantů a doplněny o odborníky z klinického prostředí a/nebo sociálních služeb. Pozornost je také věnována vedení a podpoře samotných peerů a pravidelné supervizi (Barr et al., 2020; Hassmanová et al., 2021).

Výraznější rozdíl lze nalézt při bližším zkoumání nastavených hranic programů. Přestože pravidla skupiny zahrnující důvěrnost informací, vzájemný respekt, validaci apod. jsou více méně shodné, pohled na rozsah pomáhajícího vztahu peer-klient se liší. Oproti australské variantě, je v případě českého programu umožněn a podporován kontakt klientů s peer pracovníky nejen v rámci organizovaných aktivit, ale také v případě osobní krize. K tomuto účelu slouží “krizový telefon,” který v předem domluvené struktuře a rozsahu umožňuje nasměrovat klienta k aktivizaci vnitřních zdrojů opory a získaných dovedností k překonání těžkostí nebo pomoc s vyhledáním odborné pomoci v případě potřeby (Hassmanová et al., 2021). Jednou z možných interpretací této odlišnosti je tvrzení, že čeští peeri jsou o krok dál ke zplnomocnění svých klientů než jejich australští kolegové. Lze si však také představit rizika a výzvy, kterým mohou nejen klienti, peer pracovníci, ale i samotné organizace v takovém případě čelit.

Existují-li specifika peer programu pro osoby s poruchou osobnosti z pohledu samotných peerů, jaká jsou a případným implikacím v kontextu sociální práce se věnuji v praktické části této diplomové práce.

## 5 Výzkumná část

V návaznosti na mou profesní zkušenost z terapeutické komunity pro lidi s poruchou osobnosti, vedla má přirozená zvědavost k touze po poznání, kam směřují úspěšní klienti po ukončení programu, jaké uplatnění nacházejí ve svém budoucím životě, do jakého kontextu vkládají své onemocnění a jeho projevy. Proto jsem se ve své diplomové práci rozhodla oslovit ty, kteří jsou v rámci peer programu připraveni mluvit o svém životním příběhu. Snažila jsem se porozumět jak mnohovrstevná je zkušenost lidí s poruchou osobnosti a jak se jednotlivé fragmenty odrážejí, prolínají nebo chybí v jejich soukromém, pracovním, vnitřním i vnějším světě.

### **Předporozumění**

Součástí mého předporozumění je více než tříletá praxe s hraničními klienty resp. klienty s poruchou osobnosti nejprve v rámci terapeutické komunity a nyní v sociálně terapeutickém programu pro adolescenty s projevy emoční nestability a impulsivity a jejich rodiče. Díky této zkušenosti jsem měla možnost sledovat individuálně odlišné, i když klinicky charakteristické projevy onemocnění, výzvy, které porucha osobnosti klade na své nositele v rámci mezilidských vztahů, rodinný a životní kontext i dopady terapeutického působení na proměnu chování v čase. Zaměření na změnu chování s pomocí učení potřebných dovedností, je jednou ze složek dialekticko-behaviorální terapie (DBT), která poskytuje teoretický rámec a strukturu mé práci. Zároveň jsem měla možnost poznat práci kolegů v denních stacionářích různých směrů (NÚDZ, Horní Palata, ESET), kde se mezi jinými, objevovali i klienti s diagnózou poruchy osobnosti, a jejich možnosti přímé terapeutické práce v kratším časovém horizontu. Z výše uvedeného a mé osobní zkušenosti plyne můj blízký vztah k této problematice a osobní angažovanost o destigmatizaci lidí s poruchou osobnosti nejen v obecné, ale zejména odborné rovině. Spolupráce s lidmi s poruchou osobnosti je čas od času poměrně intenzivní - zejména díky dynamice sebepoškozování, suicidálním tendencím, impulsivitě, emočním výkyvům a nízké stresové odolnosti, o to více je však uspokojující sledovat ústup symptomatiky na podkladě získaných kompetencí a návrat k fungování v běžném životě a blízkých vztazích.

## **5.1 Cíl výzkumu a volba metody kvalitativního výzkumu**

Tato diplomová práce se zabývá specifiky peer programu pro lidi s poruchou osobnosti. Cílem je zaznamenat různé perspektivy, jedinečnosti i společné aspekty objevující se v práci peerů s vlastní zkušeností s duševním onemocněním nejen ve vztahu k samotné práci s klienty, ale také v rámci vlastního procesu zotavení.

S ohledem na unikátnost životního příběhu, který s sebou peer pracovníci do systému péče o duševní zdraví přinášejí, jsem pro hledání odpovědí na výzkumnou otázku zvolila kvalitativní formu výzkumného šetření. Vzhledem k chybějící hypotéze i dostupnosti podobných studií v českém prostředí, jsem se - ve shodě s Hendlovým přirovnáním k práci detektiva (Hendl, 2005) - rozhodla aktivně hledat a analyzovat informace, které mi umožní blíže porozumět specifikům vázaným k charakteristikám poruchy osobnosti, existují-li vůbec nějaká, implikovat možné závěry a strukturovat získané poznatky, jež mohou osvětlit nejen mně, ale i kolegům z pomáhajících profesí “nového hráče na společném hřišti.”

K získání potřebných dat jsem zvolila semistrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami s peer konzultanty s vlastní zkušeností se zotavením v rámci diagnózy poruchy osobnosti, neboť mi tato metoda umožnila doptávat se na případné nejasnosti, poznávat hlouběji problematiku a vyvarovat se stereotypním očekáváním.

## **5.2 Hlavní výzkumná otázka**

S ohledem na své předporozumění a snahu, co nejméně zasahovat do výsledků mé výzkumné části diplomové práce, jsem zvolila jedinou, široce definovanou otázku:

1. Jaká jsou specifika peer programu pro lidi s poruchou osobnosti?

## **5.3 Výzkumný soubor**

Vzhledem k zadání výzkumu, jsem si na počátku sestavování výzkumného souboru stanovila dvě základní kritéria pro výběr respondentů: 1. zkušenost, jako peer konzultant a 2. porucha osobnosti v anamnéze respondenta. Mou snahou bylo získat, co nejpestřejší vzorek, se zkušeností z různých institucí, rozdílnou délkou praxe, pohlavím, věkem atd. Oslovila jsem



tedy organizace jako *Kaleidoskop z.ú.*, *Focus Praha*, *Dobré místo, z.s.*, jednotlivce z řad peer konzultantů v rámci CDZ a svépomocné iniciativy, jako *Nejsem psychopat* - dohromady okolo dvaceti zpráv a emailů, žádného z oslovených jsem neznala osobně.

Metodou sněhové koule nakonec výzkumný soubor tvořilo pět žen, 4 z organizace *Kaleidoskop* a jedna z *Dobrého místa*. Mezi důvody pro odmítnutí účasti ve výzkumu patřila krátká zkušenost v roli peera nebo zhoršení osobní stability, někteří oslovení na mou žádost o rozhovor nereagovali. Rozhovory jsem sbírala po dobu dvou let s ohledem na nestabilní epidemiologickou situaci, která některá setkání komplikovala. Dle možností tak některé rozhovory proběhly osobně na pracovišti, jiné online přes aplikaci ZOOM. Tento hybridní rámec byl předem vždy konzultován s respondentkami a zvolen tak, aby co nejvíce vyhovoval jejich potřebám. Osobní setkání byla zaznamenána na diktafon, online rozhovory uloženy aplikací. Účastníci byli předem s nahráváním seznámeni a souhlasili s pořizováním audio/video záznamu, který byl následně upraven do písemné formy ke zpracování.

Před začátkem rozhovoru jsem účastnice výzkumného šetření seznámila s účelem mé diplomové práce, etickými zásadami a způsobem, jak bude nakládáno se získanými informacemi. S ohledem na citlivý charakter informací, jsme se domluvily na anonymizaci veškerých osobních údajů v rámci zpracování, aby nebylo možné respondentky nebo jiné zmíněné osoby identifikovat. Následně svým podpisem stvrdily Informovaný souhlas s poskytnutím osobních údajů a způsobem využití získaných dat pro účely diplomové práce. Zároveň měly respondentky možnost odmítnout odpovědět na jakoukoliv z otázek nebo z výzkumu odstoupit, žádná z oslovených však této možnosti nevyužila.

#### **5.4 Metoda zpracování a analýza dat**

Vzhledem k charakteru výzkumného souboru se nabízela možnost zpracování získaných dat metodou případové studie, která by pomocí kódování systematicky prověřila informace "s cílem nalézt pravidelnosti a klasifikovat jejich jednotlivé části," a následně je "interpretovat jako celek, aby bylo možné o nich vyprávět určitý příběh" (Hendl, 2005, s. 226). Získané závěry by tak sloužily k porozumění peer programu, který je skupinovou formou podpory pro lidi s poruchou osobnosti.

Chceme-li se však dozvědět něco o specifikách tohoto programu v širším kontextu poskytovaných služeb a zkušeností, kteří peer pracovníci mají k dispozici, zvolila jsem k zachycení plného spektra odpovědí na výzkumnou otázku metodu obsahové analýzy. V rámci deskriptivního přístup jsem se v maximální možné míře opírala o získaná textová data bez snahy dosazovat přenesené, implicitní významy a vlastní interpretace. Pomocí metody vytváření trsů jsem identifikovala základní strukturu analytických kategorií s cílem sestavit výsledný klasifikační systém a objasnit jeho možné významy (Miovský, 2006).

Videozáznamy jsem redukovala na zvuk bez interpretace vizuální složky a společně se zvukovými záznamy rozhovorů jsem všechny audio zdroje přepsala do textové podoby. Při zpracování získaných dat jsem postupovala v šesti fázích dle metodiky pro tematickou analýzu v psychologii (Braun & Clarke, 2006). S texty jsem pracovala v jejich explicitní obsahové podobě, pomocí kódování jsem přiřadila klíčová slova k významově shodným částem textu a vytvářela systematické celky odpovídající jednotlivým kategoriím. Výsledné subsystémy jsem navíc integrovala do odpovídajících nadřazených skupin pro orientaci v porozumění dosaženým závěrům. Jednotlivé kódy mi nebyly předem známy, vynořovaly se teprve v souvislosti se zpracováním dat, jedinou výjimku tvořilo slovo “specifické,” které jsem použila jako samostatnou kategorii pro specifika, která identifikují samotní peer pracovníci na základě své zkušenosti. Následně jsem pomocí křížového uspořádání ověřila návaznost kategorií k výzkumné otázce a vyloučila překrývající se skupiny kódů. K záznamu a mapování postupu analýzy jsem použila excelovanou tabulku. Při finálním vymezení a pojmenování nadřazených skupin témat jsem sloučila dvě ze čtyř skupin, neboť spolu logicky souvisely svým obsahem, vznikly tedy 3 samostatné kontexty a jedna skupina “specifických” témat. Méně četným kategoriím se věnuji v diskusi. V závěrečném kroku jsem sestavila výzkumnou část diplomové práce a vybrala autentické citace, jež dokreslují interpretované závěry obsahové analýzy.

Konstrukci jednotlivých kategorií uvádím v tabulce s názvem *Tvorba témat a subtémat v rámci obsahové analýzy*, která je přílohou C této práce. Anonymizované přepisy rozhovorů tvoří přílohy D, E, F, G, H.

## 5.5 Výsledky obsahové analýzy

V rámci obsahové analýzy se vynořily tři samostatné skupiny témat, jejichž pojmenování se vztahuje ke kontextu kódů, které jsou v nich obsaženy. Vytváří tak nadřazené rámce souvislostí, ve kterých lze vynořující se závěry interpretovat. Čtvrtou kategorií tvoří specifika, které identifikovali samotní peer pracovníci.

## 5.6 Interpretace výsledků

První kategorii tvoří skupina kódů, které se vztahují k procesu zotavení samotných peerů. Popisuje jejich cestu k zaměstnání na pozici peer pracovníka a jejich porozumění ztrátám a ziskům, které jim toto rozhodnutí a profese přináší do života v kontextu vlastní údravy. Druhá kategorie je tvořena sloučením dvou skupin kódů vztahující se k roli peer pracovníka a jeho profesionalitě. Seznamuje s pracovní náplní a kompetencemi příslušející pracovní pozici a popisuje v čem spočívá odbornost peer pracovníků nejen ve vztahu ke svým klientům, ale také v kontextu pomáhajících profesí. Třetí kategorie se zaměřuje na charakteristiky spojené s projevy či diagnózou poruchy osobnosti, jakým způsobem a zda se odrážejí v povolání peerů a jak se s nimi setkávají u svých klientů. Čtvrtou skupinu tvoří výroky samotných peer pracovníků, kteří identifikují specifika, jež peer program pro lidi s poruchou osobnosti generuje. Tyto čtyři kategorie poskytují základní rámec odpovědí na vznesenou výzkumnou otázku. V rámci rozhovorů s respondentkami se vynořila ještě dvě samostatná témata v souvislosti s epidemií Covid-19 a genderem, která jsem však vzhledem k nízké četnosti, přijala jako inspiraci k zamyšlení v rámci navazující Diskuse.

### 5.6.1 Kontext zotavení

*“.. a já už jsem se tam necítila dobře v roli pacienta, jako klientka”* (Příloha F tohoto textu, s.92, ř. 10-11). Cesta k práci peer konzultanta začíná ve chvíli, kdy se klienti přestávají identifikovat s rolí pacienta a poohlíží se po svém budoucím směřování. V případě respondentů se nejčastěji toto nové vnitřní nastavení setkává s impulsem z vnějšího světa, který nabízí alternativu zpracování osobní zkušenosti ve prospěch druhých a zároveň potvrzuje osobnostní kvality a předpoklady k práci peera. (Kód Počátek)

*“... třeba to, co já jsem prožila, co nazývám utrpení, tak že to nepřichází vniveč, že to můžu brát jako něco pozitivního, že to můžu teď přetavit do zkušeností, které mohou teď někomu pomoci”* (Příloha G tohoto textu, s.101, ř. 204-206). Motivací peerů je nejen dát smysl vlastní minulosti a prožité bolesti, ale také příležitost k plnohodnotnému životu, včetně pracovního uplatnění v současné chvíli, stejně jako snaha být vzorem a inspirací pro své klienty na cestě k jejich budoucímu zotavení. (Kód Motivace)

*“ ... a mě to strašně nadchlo a říkala jsem si, to je to, co chci dělat“* (Příloha E tohoto textu, s.86, ř. 101-102). Pozice peer konzultanta je prvním krokem k vysněnému pracovnímu uplatnění a slouží jako bezpečná mezistanice, která umožňuje vyzkoušet si, zda na běžném trhu práce obstojí. Přestože se na této cestě setkávají s různými překážkami, jako nedostatek vyhovujících pozic, nízké finanční ohodnocení nebo např. diskriminace vůči konkrétní diagnóze poruchy osobnosti, stanovují si peer pracovníci nemalé cíle - ať už je to založení vlastní terapeutické komunity, destigmatizační aktivity, posun k vzdělávací činnosti prostřednictvím pozice peer lektora nebo práce s jinou cílovou skupinou. Dilema osobní angažovanosti s ohledem na vlastní kapacity a stabilitu však v některých případech zůstává. (Kód Práce/Kariéra)

*“Já jsem si myslela, že bych měla lidem pomáhat, ale díky i téhle práci jsem si uvědomila, že to byl možná důsledek terapie”* (Příloha G tohoto textu, s.102, ř. 246-247). Nezanedbatelným benefitem je proces učení a sebepoznání, který s novou rolí v životě peer pracovníků otevírá možnosti osvojit si různé způsoby práce, řešení problémů, péče o sebe, trávení volného času. Umožňuje vyzkoušet si své limity a poznat osobní potřeby a preference v rámci pracovního uplatnění, i když to občas znamená vydat se jiným směrem. V neposlední řadě pomáhá lépe se orientovat v mezilidských vztazích a vzájemné spolupráci. (Kód Učení se)

*“U této práce jsem si jistější než kdybych dělala prodavačku“* (Příloha F tohoto textu, s.95, ř. 187-188). S novým uplatněním se však také objevuje prostor pro počáteční nejistotu a tápání, zejména v oblasti míry osobní angažovanosti, nároků na sebe apod. a zároveň příležitost pro posílení sebejistoty. K tomu slouží opora ve vlastním osobním příběhu, neboť jedinečnost zkušenosti neumožňuje hodnocení. Pomáhá také přerámování osobní krize a případných neúspěchů, jako přirozeně se vyskytujících jevů, vybízející k překonání a nejasnost hranic angažovat ve prospěch porozumění vlastním potřebám a přáním. (Kód Sebevědomí)

*“...peer je vlastně svědek, byl jsem tam, zažil jsem jak je to hrozné. A zároveň jsem důkaz toho, že to může být lepší”* (Příloha D tohoto textu, s.78, ř. 13-14). K překonání těžkostí slouží všem peer pracovníkům naděje a víra v lepší budoucnost, která je nejen součástí jejich vlastního zotavení, ale i práce s klienty. (Kód Naděje)

*“Být tady pro druhé, dělat něco smysluplného, pomáhat na základě své zkušenosti, mne samo o sobě zotavuje. Je to pro mě samo uzdravovací proces”* (Příloha E tohoto textu, s.87, ř. 127-129). Pozitivní orientace na smysluplné využití nové životní role vychází z paradigmatu konceptu zotavení, které se propisuje do smýšlení peer pracovníků a odráží se také v jejich každodenní činnosti. Redefinice vlastní role, sebepoznání, smysl předání osobního příběhu, učení se novým dovednostem, budoucí vize a plány, to vše tvoří solidní podporu na cestě k vlastnímu zotavení. (Kód Vlastní cesta k zotavení)

### **5.6.2 Kontext peer role**

*“Hlavně se setkávám s tím, že když řeknu, že pracuji jako peer konzultant, tak to potom obnáší obrovskou přednášku o tom, co to vůbec znamená a proč to jako chci dělat”* (Příloha D tohoto textu, s.81, ř. 183-184). Vzhledem k současné legislativní situaci a nedostatku zkušeností chybí definice peer role, ideálu ke kterému mohou jak organizace, tak samotní peeri směřovat a zároveň vymezení kvality služeb, které jejich klienti mohou očekávat. Všechny tři zúčastněné strany, jak klienti, tak zaměstnavatelé i zaměstnanci jsou na společné lodi, proplouvající v neznámých vodách. Jediné, co je jisté a známé, je osobní příběh peer pracovníka. (Kód Porozumění)

*“Spousta povolání má nastavené i kompetence a to jsem nikde u peer konzultanta nenašla”* (Příloha G tohoto textu, s.100, ř. 169). V důsledku nevyjasněných kompetencí se o to více vynořuje téma hranic. Peer pracovník je konfrontován s nárokem na rozpoznání a držení hranic v několika úrovních - ve vztahu sám k sobě (kolik práce jsem schopen zvládnout, jaký je můj zdravotní stav, jak mám zpracovaná osobní témata), ve vztahu k jeho osobnímu a pracovnímu životu (jak mám ohraničený pracovní čas, “nošení práce domů”), ve vztahu ke klientovi (kde začíná a končí profesionální vztah) a v neposlední řadě ve vztahu k peer roli (dilema, kde je hranice pomoci, moci). Odpovědi na chybějící hranice nalézají peer pracovníci ve spolupráci s ostatními kolegy z týmu v rámci supervizí, jejichž výsledkem je

individualizovaný přístup zohledňující vlastní preference. V souvislosti s poruchou osobnosti jsou také častá očekávání spojená s hranicemi, s nimiž se jednotliví peer pracovníci vypořádávají po svém. (Kód Hranice)

*“Pro nás je téma, jestli můžeme být kamarádi s klienty”* (Příloha G tohoto textu, s.100, ř. 174). Samotní peer pracovníci označili za nejpálčivější otázku blízkosti ve vztahu s klienty. Vzhledem k tomu, že řada z nich se se svými klienty zná ještě z dob, kdy byli společně v klientské roli, je obtížné opětovné nastavení hranic vztahu v novém uspořádání peer - klient. Navíc, když pozice peer pracovníka je vnímána v mnoha aspektech, jako rovnocenná, na úrovni pomáhajícího vztahu jsou však momenty vyžadující profesionální odstup. Vzniká tak neviditelná dichotomie v myslích peer profesionálů a faktická dilemata v běžném provozu, které komplikují spolupráci na obou stranách. Tento fenomén se objevuje specificky ve službě pro výlučnou skupinu klientů s poruchou osobnosti, v ostatních organizacích k takovému překryvu z podstaty uspořádání nedochází. Ukazuje se však podobné dilema ve vztahu vedoucího peer konzultanta ke svým podřízeným kolegům peerům. (Kód Přátelství vs. peer)

*“Já sama jsem viděla, že bych nechtěla dělat peera bez toho, aniž bych ten kurz měla. Protože si myslím, že i pro mne i pro potenciální klienty je to bezpečnější, když pro to „nějaké“ vzdělání mám”* (Příloha D tohoto textu, s.78, ř. 23-25). Oporu peer pracovníkům poskytuje vzdělání, které k výkonu svého zaměstnání získají a praktické zkušenosti. Znalost komunikačních technik, práce s osobním příběhem nebo zvládání krizových okamžiků slouží k ochraně, jak peera samotného tak i jeho klienta a zvyšuje jeho kompetentnost. Odpovědnost za bezpečí klientů patří k výzvám pracovní role zejména v situacích, kdy jsou některé hranice překračovány. (Kód Bezpečí)

*“Hlídám sice pozice jak má program vypadat, kdo bude mluvit, jak se témata rozdělí, kdy bude konec, že bude nějaké seznamovací kolečko, ale nebyla jsem v roli nějakého odborníka, který je jako chytřejší a ten zotavenej. Jsem člověk, který má taky propady.”* (Příloha E tohoto textu, s.85, ř. 35-38). K roli peer pracovníka patří různé pracovní aktivity. Jiné aspekty má individuální práci s klientem a jiné skupinový program. Univerzální náplň však lze rozdělit do tří dimenzí:

- práce se sebou tj. supervize, držení osobních vs. profesních hranic, práce s osobním příběhem, relaps;

- práce s klientem tj. držení struktury, zplnomocnění, začlenění, práce s krizí, náplň aktivit, praktické rady a pomoc, držení hranice vztahu;
- práce v organizaci tj. administrativa, týmová spolupráce, spolupráce v rámci systému pomáhajících profesí. (Kód Role peera)

*“Zvenku byl supervizor, jinak tady to byl koordinátor projektu a sociální pracovník, kdo nám pomáhal, sociální pracovník - terapeut”* (Příloha H tohoto textu, s.105, ř. 91-92). Peer pracovník nevykonává svou roli nikdy sám, vždy je součástí nějakého týmu, ať už v rámci multidisciplinárního týmu, kde mají jednotlivé profese definované svá pole působnosti nebo peerském, kde si spíše nastavují vlastní pravidla v rámci jedné organizace. I tak, je ale tým doplněn o sociálního pracovníka, koordinátora (vedoucího), terapeuta, supervizore a event. peer mentora. Zkušenosti ze spolupráce s jinými institucemi, jako např. různá oddělení psychiatrické nemocnice, ukazují, že tam, kde peer pracovníci dosud nepůsobili stále tápou s jejich zařazením, zatímco na odděleních, kde již peer práci znají, jsou vítáni. (Kód Spolupráce s dalšími profesemi)

*“Mám sdílet své konkrétní zkušenosti, ale zároveň bych měla zůstat trochu nad věcí, zbytečně si nebrat osobně příběhy klientů. Vyvážit to, je pro mě někdy náročné”* (Příloha G tohoto textu, s.98, ř. 24-25). Kromě obtíží vyplývajících z neexistence jasně definovaného vymezení a zařazení profese peer pracovníků a nároků na držení hranic pomáhajícího vztahu v souladu s profesionalitou, jsou peer pracovníci konfrontováni s celou řadou dalších výzev. Patří mezi ně i spolupráce v týmu, která je pro některé novou zkušeností narážející na osobnostní dispozice. Výzvou je také samotný zdravotní stav peer pracovníka a emoční stabilita, které se v průběhu zaměstnání různě proměňují. V rámci porozumění kontextu zotavení u poruchy osobnosti však neznámá, že k relapsu (emočnímu propadu) nemůže dojít, naopak i přes nestabilitu může peer pracovník fungovat a je toho důkazem. (Kód Výzvy)

*“Co se týče práce s klienty, tak mne hodně potěší, když mi řeknou, že jsem pro ně inspirace”* (Příloha H tohoto textu, s.107, ř. 231). Největším oceněním, které peer pracovníci za svou práci dostávají, je pozitivní zpětná vazba od klientů nebo kolegů. Zvyšuje pocit vlastní sebehodnoty a dodává smysluplnost jejich práci. Sekundárně peeri benefitují z blízkosti ve vztazích, kterou zažívají se svými klienty při volnočasových aktivitách nebo v rámci sdílení se svými kolegy. Z rozhovorů vyplývá, že práce peer konzultantů je uspokojující a to i přesto, že není na první pohled vidět. (Kód Ocenění)

### 5.6.3 Specifický kontext poruchy osobnosti

*“Já to mám za sebe tak, že když jsem byla někde hospitalizovaná a měli jsme skupiny, kde byly různé diagnózy, tak mi to vůbec nesedlo, já to nesnáším, protože nevím o čem se tam mluví, vůbec se nedokážu napojit”* (Příloha E tohoto textu, s.90, ř.303-305). Na základě srovnání průběhu duševního onemocnění ve vztahu k jiným diagnostickým skupinám, ke kterému mají samotní peer pracovníci přístup na základě svých zkušeností, nejen z dob vlastní léčby, ale také již z práce peer konzultanta se ukazuje, že charakteristiky poruchy osobnosti s sebou přináší unikátní cestu k zotavení. Tato cesta je založená na sebepoznání obraných mechanismů a automatismů v chování, reflexi minulé zkušenosti odrážející se v současných vztazích a zahrnuje mnohá očekávání a myšlenkové pochody spojené s těžkým prožíváním, které se propisují do každodennosti. Medikace je užívána jako podpůrný prostředek, nikoliv řešení obtíží. Díky této unikátnosti mohou být pro ostatní peer pracovníky s jinou diagnózou nesrozumitelní (chybějící osobní zkušenost překáží porozumění těžkostem). Je-li zakázka klienta pro peer pracovníka trávení volného času (začlenění) tak tato rozdílnost není překážkou, je-li však cílem zplnomocnění vč. porozumění a nácviku nových dovedností, je výhodnější peer podpora v rámci stejné diagnózy. (Kód Porucha osobnosti vs. jiné diagnózy)

*“Zotavení z poruchy osobnosti je úplně jiný proces než zotavení z jiné nemoci”* (Příloha D tohoto textu, s.79, ř.71-72). V případě zotavení u lidí s poruchou osobnosti se jednoznačně jedná o proces nikoliv statický stav, na rozdíl od průběhu jiných onemocnění. Peer pracovníci se tak stávají průvodci tohoto procesu, jejich přítomnost má význam a je oceňována klienty, jak na začátku při stanovení diagnózy, v průběhu hospitalizace nebo při počátečním porozumění projevům duševního onemocnění, prostřednictvím sdílení praktických rad a zkušeností, stejně jako asertivní oslovování a asistence v průběhu léčby a v neposlední řadě doprovázení při opětovném zapojování do běžného fungování a mezilidských vztahů v rámci následné péče vč. podpory v osobní krizi. (Kód Zotavení u poruchy osobnosti)

*“...fungujeme jako skupina, všude jinde jsem se setkala s prací jeden na jednoho”* (Příloha D tohoto textu, s.79, ř.82-83). Skupinový program pro lidi s poruchou osobnosti vedený peer pracovníky se shodnou zkušeností je alternativou k individuální práci. Nabízí, jak pro peery, tak pro jejich klienty řadu výhod. Velmi cenná je opora mezi samotnými pracovníky v rámci vedení skupin, sdílení těžkostí i možnost odpočinku a delegování úkolů. Klienti zase oceňují společné trávení volného času, skupinovou dynamiku a sdílení toho, co funguje. Stejně tak se



však objevují i překážky, které generuje struktura programu, mezi něž patří výzva v podobě hledání shody se svými kolegy a překrývání formální a neformální role v rámci jedné organizace. Klientům pak může chybět individuální vedení a plánování. (Kód Skupinový program)

*“A říkat chápu, když člověk nechápe, tak to je spíš k naštvání než k pomoci”* (Příloha G tohoto textu, s.103, ř.303-304). Nejvýraznějším aspektem je jedinečnost nepřenositelné zkušenosti, kterou s sebou peer pracovníci s poruchou osobnosti nesou. Úplné porozumění fenoménům sebepoškozování, suicidálním tendencím či prožívání prázdnoty je vlastní pouze nositelům této zkušenosti. Sebe lépe vzdělaný odborník zůstává na této úrovni stále jen poučeným laikem. To souvisí také s unikátností vnitřních jádrových přesvědčení a životní zkušeností klientů i peerů, kteří se obvykle setkávají s neporozuměním resp. neúplným porozuměním a distancí ve vztazích, jež může způsobovat pocit nepatřičnosti a vyčlenění, skupinový program tak umožňuje získat korektivní zkušenost pocitu sounáležitosti mezi lidmi, kteří jsou si v něčem podobní. (Kód Nepřenositelná zkušenost)

*“Já vím, že to se mnou bylo složité, vím, že dostat se ke mně a spolupracovat se mnou nebylo vždycky úplně jednoduché, protože ty moje obranné mechanismy co mám, tak byly geniální”* (Příloha H tohoto textu, s.111, ř.468-469). Společným jmenovatelem peer pracovníků se zkušeností se zotavením v rámci poruchy osobnosti je vysoká míra sebereflexe a sebepoznání související s pestrou paletou osobnostních charakteristik a z nich pramenících deficitů, mezi které patří např. vysoká citlivost, perfekcionismus nebo nízká sebehodnota. Na druhou stranu však své osobnostní rysy nepovažují za vadu nebo dokonce nemoc, spíše danost, kterou se naučili v průběhu života akceptovat pomocí získaných dovedností a zkušeností s rozklíčováním obranných mechanismů odrážejících se ve způsobů fungování ve vztahu sám k sobě i druhým (práce s hranicemi) a zejména v případě krize. (Kód Osobnostní rysy)

*“Když použiju pocity, tak se mi zdá, že to dělá ty vztahy trochu jiné, možná trochu hlubší, a že to není běžné se takto v práci bavit”* (Příloha G tohoto textu, s.101, ř.222-223). Unikátní je také způsob vztahování se k druhým a míra blízkosti, kterou peer pracovníci s poruchou osobnosti v souvislosti se svým povoláním zažívají a upřednostňují. Vzhledem k výše uvedené schopnosti sebepoznání a intenzitě prožívání, spojenou s hloubkou osobních témat a reálnou zkušeností s tímto duševním onemocněním, se v průběhu zotavení pohybují na celé

škále blízkosti ve vztahu - od bezpečného vztahu “já, jako klient vs. terapeut” (osobní zkušenost z psychoterapie/supervize), přes kolegiální vztah “já, jako peer vs. kolega peer” (sdílení podobné zkušenosti a opora), k pomáhajícímu vztahu “já, jako peer vs. klient” (oslovující hranici přátelství a profesionality). Kontinuum v plném rozsahu lze zachytit zejména ve srovnání se zkušenostmi z jiných zaměstnání nebo lidmi “z vnějšku.” (Kód Vztahy)

*“Ano, opravdu jsem se cítila být diskriminovaná, že nemám tu správnou diagnózu”* (Příloha E tohoto textu, s.87, ř.122). Smutným specifikem peer pracovníků s diagnózou ze spektra poruch osobnosti je fakt, že se dosud setkávají s předsudky nebo dokonce stigmatizací nejen z řad veřejnosti, ale i mezi odborníky, kteří je v některých případech pro jejich diagnózu dokonce v peer práci diskriminují. Stále se tak nabízí nemalý prostor pro osvětu a vzdělávání nejen mezi zdravotnickým personálem, ale i pracovníky v sociálních službách. (Kód Destigmatizace)

#### **5.6.4 Specifika peer programu z pohledu peer pracovníků**

V této kategorii jsou zařazeny všechny výroky jež obsahovaly Kód Specifický a odráží vlastní porozumění peer pracovníků s poruchou osobnosti jedinečnosti, kterou v sobě tato práce obnáší a kterou oni sami jako její specifikum identifikovali.

*“...musíte mít nějakou osobní zkušenost s tou nemocí, a kdo jí nemá tak to nemůže dělat”* (Příloha E tohoto textu, s. 87, ř. 161-162). Základním předpokladem pro peer pracovníka je tedy osobní zkušenost s duševním onemocněním, což by se dalo samo o sobě také nazývat (pozitivní) diskriminací. Tato podmínka však slouží k definování jedinečnosti role, kterou s sebou peer pracovníci do systému péče přinášejí na základě svých osobitých zkušeností nejen z těžkostí, kterými si museli v souvislosti s projevy duševního onemocnění či životních událostí projít, ale mohou čerpat i z dnů, kdy se jim dařilo tyto těžkosti překonávat nebo prostě jen být, co jim pomáhalo a nebo naopak brzdilo.

*“Já si myslím, že je tam specifická, podle mě, ta tenka hranice mezi profesionálem a tím vlastním příběhem.”* (Příloha G tohoto textu, s. 98, ř. 22-23). Zatímco odborníci z řad pomáhajících profesí pracují s osobní zkušeností v kontaktu s klienty spíše nepřímo (čerpají z

výcviku či supervize) a vzájemné sdílení se považuje za neprofesionální, odbornost peer pracovníků spočívá v míře osobní otevřenosti, kterou si ke svým klientům dovolí v rámci konkrétní situace či spolupráce. Práce s vlastním příběhem je hlavní náplní vztahu mezi peerem a klientem a klade na peer pracovníka nárok na stanovení a držení profesních hranic.

*“Každý je v tom vlastně jedinečný.”* (Příloha E tohoto textu, s. 87, ř. 170). Jedinečnost osobního příběhu je sama o sobě kompetencí k výkonu peer povolání a dodává pracovníkům oporu k práci s klienty bez hodnocení. Na rozdíl od jiných zaměstnání, kde je vyžadována určitá kvalifikace a schopnost aplikovat získané teoretické poznatky do praxe.

*“Takže vlastně to jak funguje práce peera, bylo o nastavování si toho, jak to chci já.”* (Příloha H tohoto textu, s. 105, ř. 71-72). Neexistuje-li jednotný obsah poznání, který je náplní pomáhajícího vztahu založeném na žité zkušenosti, chybí i univerzální pracovní postup, který by peer pracovníkům diktoval konkrétní způsoby fungování. Přípravné kurzy práce s osobním příběhem, zkušenosti peer mentorů nebo vymezení kompetencí v rámci multidisciplinárních týmů jsou sice určitým vodítkem sdílené dobré praxe, každý jednotlivý peer pracovník však musí hledat, i ve spolupráci se svými kolegy a klienty individuálně efektivní způsob práce.

*“Protože já sama mám se svými hranicemi problém, a klienti očividně budou mít se svými hranicemi problém, takže pro mne bylo důležité si toto vyjasnit, než se do toho pustím”* (Příloha D tohoto textu, s. 78, ř. 34-36). Stanovování hranic je podstatnou nikoliv jedinou součástí role peer pracovníka. Specifické není nastavení struktury programu, časového rámce, náplně jednotlivých činností nebo vztahu s klientem, takové hranice potřebují různá zaměstnání i cílové skupiny. Individuálně odlišné je však do jaké míry se daří nebo nedaří dané hranice držet, z jakého důvodu a efekty, které to s sebou přináší.

Z odpovědí respondentek se dají identifikovat tři základní předpoklady peer podpory:

1. *“Možná to, jak je práce peera hrozně zodpovědná,..... že vlastně klienti s poruchou osobnosti,.. kteří se neprošli intenzivnější terapii tak, můžou být ohrožující v tom smyslu, že si můžou ublížit, nebo mají jinak ohrožující chování.”* (Příloha H tohoto textu, s.111, ř.458-461). S ohledem na charakteristické projevy poruchy osobnosti vyžaduje peer role odpovědnost vůči zranitelnosti svých klientů. Peer pracovník je tak odpovědný nejen sám k sobě, svému zdraví a hranicím profesionality, ale je také spolu zodpovědný za bezpečí a

prosperitu svých klientů a spolupracovníků, kteří se mohou ocitnout resp. čas od času nacházejí, v krizových situacích.

2. *“A vlastně to co jsem potřebovala, aby mi někdo věnoval ten čas, snažil se mě poznat”* (Příloha H tohoto textu, s. 111, ř. 472-473). Na základě vlastních zkušeností, které mají peer pracovníci k dispozici, se jeví jako neméně podstatný úkol věnovat dostatek času a pozornosti klientovým potřebám a přáním, zkoumání individuálních odlišností a porozumění způsobům fungování a vztahování se k druhým. Poznání osobní jedinečnosti umožňuje podniknout další kroky ke zplnomocnění na cestě k vlastnímu zotavení.
3. *“Lidé s hraniční poruchou osobnosti potřebují strašně hodně lásky a potřebují být milováni”* (Příloha E tohoto textu, s. 91, ř. 359-360). Bez vzájemné důvěry, respektu a blízkosti v pomáhajícím vztahu, zarámovaným bezpečnými hranicemi a zájmem, by se poskytovaná podpora mýjela svým účinkem. Peer pracovníci tento vztah aktivně budují, pečují o něj, jsou se svými klienty v častém kontaktu, informují a zvou na společné akce a jsou k dispozici v případě krize. Dávají svým klientům příležitost zažít, že zde jsou vítáni.

## 5.7 Diskuse

Společným jmenovatelem získaných odpovědí i zpracovaných dat je jednoznačně zasazení do jednotného rámce konceptu zotavení, a to i přesto, že empirické i teoretické poznání respondentek vychází z různých perspektiv. Jednoduchá odpověď hledající specifika peer programu ve způsobu odborné přípravy a legislativních či formalizovaných postupech a doporučeních by tak byla hrubě nedostačující.

Ukazuje se, že nepřenositelnost jedinečné životní zkušenosti brání prozatím proměnit současný systém psychosociální péče o lidi s duševním onemocněním, neboť medicínské a konec konců i pomáhající paradigma sociální práce vycházejí z podpory slabšího (ze společnosti vyčleněného), za které se však peer pracovníci již nepovažují. Reforma tzv. “odspodu” na podkladě ověřených strategií pomoci a efektivních způsobů fungování by tak mohla být alternativou otevírající nové možnosti porozumění a uplatnění, těchto těžce získaných zkušeností.

Zajímavým podnětem bylo srovnání genderového zastoupení peer pracovníků mezi jednotlivými diagnostickými skupinami, ke kterým měly respondentky přístup na základě své osobní zkušenosti, a v jehož praktickém důsledku nejsou muži - peer pracovníci s poruchou osobnosti - v mém výzkumu zastoupeni. Zdá se totiž, jakoby na rozdíl od kolegů peerů s jiným duševním onemocněním, neexistovali. Přestože se nabízí jednoduché zobecnění, ve smyslu statistické četnosti prevalence u jednotlivých diagnóz a pohlaví, delegování mužských jedinců s disociální či závislou poruchou osobnosti do nápravných zařízení nebo adiktologických ambulancí a lpění na stereotypech mužsko-ženských rolí, zůstává lákavé nepoznané poznání mužské perspektivy peer práce s klienty v rámci zotavení u poruchy osobnosti a to zejména v souvislosti s křehkostí vynořující se identity, která je pro mnohé nejen ze skupiny emočně nestabilních poruch osobnosti velice aktuálním tématem.

S ohledem na dobu v níž tato diplomová práce vznikala, také do výzkumu a rozhovorů s respondentkami vstupoval fenomén onemocnění COVID-19, který v rámci celosvětové pandemie a vládních opatření zasahoval i do práce peer konzultantů. A stejně jako jiné krizové či mimořádné události v našich životech, otevíral potenciál k ziskům a ztrátám, učení, opoře a hledání způsobů zvládnání těžkostí. V rámci skupinového peer programu se ukazuje, že online režim setkávání je možný, pro klienty z jiných částí České republiky či dokonce zahraničí i vítaný, nese s sebou však jistá rizika a omezení, které kladou nároky na samotné peer pracovníky odpovědné za bezpečný rámec spolupráce svých klientů. Individuální peer podpora, která byla v době lockdownu omezena, zase umožnila peer pracovníkům objevovat vlastní volný čas a jeho smysluplné využití, které mohou předávat svým klientům.

Limitem této práce je nízký počet respondentů a profil výzkumného vzorku, který neumožňuje interpretované závěry zobecňovat. S ohledem na charakter výzkumné otázky a jedinečnost lidské zkušenosti to ani nebylo mým záměrem. S vyšším počtem účastníků výzkumu a širším zastoupením individuálních charakteristik (věk, pohlaví, délka praxe, diagnóza atd.) by však také portfolio získaných odpovědí a implikací mohlo být pestřejší. Závěry uvedené v této práci nelze zobecnit ani na celé spektrum specifických poruch osobnosti, neboť jednotlivé respondentky nebyly dotazovány na konkrétní znění svých lékařských diagnóz, pozornost byla věnována spíše obtížím, se kterými se v životě setkávají nebo vypořádávají a prosté početní zastoupení neodpovídá počtu jednotlivých diagnóz spadajících do kategorie poruch osobnosti.

Nezanedbatelným aspektem, který nepochybně ovlivňuje výsledek výzkumného šetření, je pojmosloví a porozumění rámci DBT terapie, které společně s respondentkami sdílíme. Některé významy tak nebylo třeba vysvětlovat a naopak určité spojitosti pro mne byly srozumitelné i bez dalšího dotazování - např. výraz “stopka,” který je jednou z dovedností Stresové tolerance DBT terapie, má svůj obsah i způsob uplatnění v rámci krizové situace. I samotný pojem “krize” má svůj unikátní význam a souvislosti, částečně odlišné od běžného porozumění nebo definic např. v rámci krizové intervence. Tato zdánlivá shoda se však může stát zároveň zkreslujícím faktorem, který brání úplnému poznání a odhalení neočekávaných významů.

## Závěr

Diplomová práce seznamuje s jedinečností osobního příběhu, který je vlastní peer pracovníkům s poruchou osobnosti, stejně jako je originální jejich cesta vedoucí k zotavení. Samotné charakteristiky a diagnostika duševního onemocnění ze spektra poruch osobnosti jsou natolik specifické, že generují nejen pro konkrétního člověka, ale i pro pomáhající profesionály, výzvu k porozumění této jedinečnosti. Tam, kde chybí porozumění, vzniká prostor pro stigmatizaci a sebestigmatizaci, lidé s poruchou osobnosti mohou být vzhledem ke svým internalizovaným přesvědčením o sobě a o druhých společně s žitou zkušeností z mezilidských vztahů v tomto ohledu obzvláště zranitelní.

Koncept zotavení představuje možnou alternativu, jak se k tomuto poznání přiblížit. Angažuje do svých řad odborníky na vlastní cestu zotavení z duševního onemocnění, kterými jsou peer pracovníci, a vytváří tak spojující článek (most) mezi klienty/pacienty a odborníky z řad pomáhajících profesí. Zapojení peer pracovníků umožňuje nejen naplnit cíle psychiatrické reformy na poli psychosociální rehabilitace, ale také poskytovat individualizované služby v rámci prevence sociálního vyloučení.

Mnoho nezodpovězených otázek však stále zůstává s ohledem na nedostatečné legislativní ukotvení a relativně skromné portfolio zkušeností z českého prostředí. K pracovní náplni peer pracovníků tak částečně patří i osvěta nejen mezi svými klienty, ale také v rámci spolupracujících odborníků a veřejnosti. Příznačné je i hledání osobitých způsobů poskytování peer podpory. Vzájemné učení a opora je společným jmenovatelem nejen pro peer pracovníky a jejich klienty na cestě k zotavení, ale je také nezbytným předpokladem pro fungující spolupráci v organizacích zaměstnávající peery.

Závěry výzkumné části doplňují poznání specifík peer programů pro lidi s poruchou osobnosti ve třech kontextech - ve vztahu k zotavení, k roli peer pracovníka a v souvislosti s typickými projevy poruchy osobnosti. Přítomnost peer konzultantů v procesu zotavení je pro všechny zúčastněné o to cennější, že plné porozumění osobnímu příběhu, unikátním způsobům myšlení a prožívání, propisující se do chování a strategií zvládání obtíží, související s touto diagnózou, je teoreticky nepřenositelné a většině odborníků prakticky (z žité zkušenosti) nedostupné.

## CITOVANÉ ZDROJE

- Bobek, M. & Peniška, P. (2008). *Práce s lidmi, učebnice poradenství, koučování, terapie a socioterapie pro pomáhající profese*. Brno: NC PUBLISHING.
- Davidson, L., Tondora, J., Lawless, M.S., O'Connell, M.J, Rowe, M. (2017) *Praktický průvodce Praxí orientovanou na zotavení*. Psychiatrická nemocnice Bohnice: Praha.
- Dušek, K. & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hollander, D. den, Wilken, J. P. (2016). *Podpora zotavení a začlenění Úvod do metodiky CArE*. Psychiatrická nemocnice Bohnice: Praha.
- Kalina, K. a kolektiv. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: FILIA NOVA.
- Mahrová, G. & Venglářová, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada.
- Matoušek, O. (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
- Navrátil, P. (2001). *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman.
- Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing.
- Praško, J. et al. (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- Ragins, M. (2019). *Cesta k zotavení*. Fokus: Praha.
- Rathus, J.H. & Miller, A.L. (2015). *DBT skills manual for adolescents*. New York: Guilford Press.
- Riegel, K. D., Kalina, K., & Pěč, O. (2020). *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál.
- Svoboda, M. (ed.), Češková, E. & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.
- Seifertová, D., Praško, J., Horáček, J. & Höschl, C. (2008). *Postupy v léčbě psychických poruch. Algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti*. Praha: Academia Medica Pragensis.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Zakouřilová, E. (2014). *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Praha: Portál.



## Články

Braun, V. & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*, *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101. Dostupné z <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Davidson L, Chinman M, Sells D. (2006). *Peer podpora dospělých se závažným duševním onemocněním: terénní zpráva*. (přeloženo z angl. originálu *Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field*). *Schizophr Bull.*, 32:443–450. Dostupné z <https://www.cmhd.cz/>

Davidson, L., Tondora J. & Ridgway, P (2010). *Život není "výsledek": Úvahy o konceptu zotavení jako o výsledku i procesu*. (přeloženo z angl. originálu *Life Is Not an "Outcome": Reflections on Recovery as an Outcome and as a Process*). *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 2010, 13:1, 1-8. Dostupné z <https://www.cmhd.cz/>

Fazel, S., & Danesh, J. (2002). *Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys*. *The Lancet*, 359(9306), 545–550.

Fortuna, K. L., Solomon, P., & Rivera, J. (2022). *An Update of Peer Support/Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients*. *The Psychiatric quarterly*, 1–16. Dostupné z <https://doi.org/10.1007/s11126-022-09971-w>

Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., Rinaldi, M. & Stamou, E. (2014). *Introducing New Peer Worker Roles into Mental Health Services in England: Comparative Case Study Research Across a Range of Organisational Contexts*. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(6), 682–694. Dostupné z <https://doi.org/10.1007/S10488-014-0603-Z>

Gillard, S., Turner, K., & Neffgen, M. (2015). *Understanding recovery in the context of lived experience of personality disorders: a collaborative, qualitative research study*. *BMC psychiatry*, 15, 183. Dostupné z <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0572-0>

King, A. & Simmons, M. (2018). *A Systematic Review of the Attributes and Outcomes of Peer Work and Guidelines for Reporting Studies of Peer Interventions*. *Psychiatric Services*. 69(9):961-977.

Kongerslev, M.T., Chanen, A.M., Simonsen, E. (2015). *Personality Disorder in Childhood and Adolescence comes of Age: a Review of the Current Evidence and Prospects for Future Research*. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology Vol. 3(1):31-48– Special Issue*.

Lyons, N., Cooper, C. & Lloyd-Evans, B. (2021). *A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions*. *BMC Psychiatry* 21, 315. Dostupné z <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03321-z>

Mead, S. & MacNeil, C. (2006). *Peer Support: What Makes It Unique?* *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 10 (2), 29-37.

Nesnidal, V., Praško, J., Ocisková, M., Minaříková, K., Holubová, M., Vaněk, J. Bundárová, L., Kantor, K., Hodný, F., Šlepecký, M. (2020). *Zotavení u hraniční poruchy osobnosti*. *Psychiatrie pro praxi*, 21(3), 149-153.

Ociskova, M., Praško, J., Dostálová, L., Kamaradova, D., Latalova, K., Cinculová, A., Kubínek, R. Mainerová, B., Vrbova, K. & Ticháčková, A. (2014a). *Sebestigmatizace u*

- psychiatrických pacientů - Standardizace Škály ISMI. Česká a slovenská psychiatrie / Česká lékařská společnost J.E. Purkyně. 110. 301-310.*
- Ocisková, M., Sedláčková, Z., Praško, J., Látalová, K. & Kamarádová, D. (2014b). *Pokud mě cejchujete, běžte s tou terapií někam! Hraniční porucha osobnosti a stigma*. Solen: Psychiatrie pro praxi, 15(2), 62-67
- Páv, M., Pluhaříková Pomajzlová, J., & Šťastná, J. (2017). *Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici*. Psychiatrie pro praxi, 18(2), 69-74.
- Praško, J., Kosová, J., Pašková, B., & Prašková, H. (2001). *Léčba poruch osobnosti I*. Olomouc: Solen, Psychiatrie pro praxi, 2(1), 25-29.
- Repper, J.(2013). *Pracovníci peer podpory: praktická příručka pro implementaci* (přeloženo z angl. originálu Peer Support Workers: a practical guide to implementation). London: Centre for Mental Health and NHS Confederation Mental Health. Dostupné z <https://www.cmhcd.cz/>
- Sampson, M.J., McCubbin R.A. & Tyrer, P. (2006). *Personality disorder and community mental health teams: a practitioner's guide*. Chichester: Wiley & Sons.
- Sedláčková, Z., Ocisková, M., Praško Pavlov, J., Látalová, K., Kamarádová, D., & Grambal, A. (2015). *Suicidalita u poruch osobnosti*. Psychiatrie pro praxi, 16(3), s. 91-95.
- Shalaby, R. & Agyapong, V. (2020). *Peer Support in Mental Health: Literature Review*. JMIR mental health, 7(6), e15572. Dostupné z <https://doi.org/10.2196/15572>
- Sikora, J., & Novotná, M. (2007). *Poruchy osobnosti a závislosti*. Solen, 8(2), s. 63-65.
- Sperry, L. (2016) *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-5 personality disorders: assessment, case conceptualization, and treatment*. New York: Routledge.
- Slade, M. (2013). *100 ways to support recovery, 2nd edition*. London: Rethink Mental Illness.
- Trachtenberg, M., Parsonage, M., Shepherd, G. & Boardman, J. (2013). *Peer podpora v péči o duševní zdraví: vyplatí se?* (přeloženo z angl. originálu Peer support in mental health care: is it good value for money?). London: Centre for Mental Health. Dostupné z <https://www.cmhcd.cz/>
- Tyrer, P., Reed G.M., Crawford, M.J. (2015). *Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder*. Lancet: Centre for Mental Health, Imperial College, London, UK; 385: 717–26.
- White, S., Foster, R., Marks, J., Morshead, R., Goldsmith, L., Barlow, S., Sin, J., & Gillard, S. (2020). *The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systematic review and meta-analysis*. BMC psychiatry, 20(1), 534. Dostupné z <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02923-3>
- Widiger, T.A. (2003). *Personality disorder diagnosis*. World psychiatry: Official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 2 (3), 131-135.
- Wyder, M., Roennfeldt, H., Parker, S., Vilic, G., McCann, K., Ehrlich, C. & Dark, F.L. (2020). *Diary of a Mental Health Peer Worker: Findings From a Diary Study Into the Role of Peer Work in a Clinical Mental Health Setting*. Frontiers in Psychiatry, 11. Dostupné z <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyt.2020.587656>

## Ostatní zdroje

American Psychological Association. (2018). *What are Personality Disorders*. Dostupné z <https://www.psychiatry.org/patients-families/personality-disorders/what-are-personality-disorders>

Balková, M. (2019). *Etika v sociálních službách: Zapojení peer konzultantů do sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním*. Praha. Dizertační práce. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Doktorský obor Aplikovaná etika. Vedoucí práce Holmerová, Iva.

Barr, K. R., Jewell, M., Herrick, A. M., Giles, J. A., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. S. (2020). *Peer support for people with personality disorder: A 6-session peer and clinician co-facilitated group program – Facilitator Manual*. Wollongong, Australia. University of Wollongong. Dostupné z <https://documents.uow.edu.au/content/groups/public/@web/@project-air/documents/doc/uow259034.pdf>

CMHCD. (2020). *Peer pečovatelé, proč je to dobrý nápad a jak na to. Manuál pro zapojení peer pečovateli do komunitních služeb*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Dostupné z <https://www.cmhcd.cz/>

Foitová, Z., Heřt, Z., Pinkasová, V., Roleneč, V., Růžičková, M., Soldánová, S., Stuchlík, J., Štefl, J., Štochlová, M., Šupa, J., Zajíčková, Pinkasová, A. (2016). *Manuál Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Praha. 2. vydání.

Hassmanová, K. & kol. (2021). *Jak efektivně utvářet svépomocný program pro klienty s poruchami osobnosti aneb nadšení především*. Praha: Kaleidoskop - Centrum terapie a vzdělávání. Dostupné z <https://www.kaleidoskop-os.cz/>

Mayo Clinic. (2016). *Personality disorders*. Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). Poslední revize. září. 23, 2016. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/personality-disorders/diagnosis-treatment>

Melicharová, H., Klímová, L., Jarkovský, J., & Soukupová, J. (2021). *Psychiatrická péče 2019: zdravotnická statistika*. Praha: ÚZIS ČR.

MPSV. (2016). *Doporučený postup č. 1/2016 na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/documents/>

MPSV. (2017). *Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví*. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/documents/>

MZ ČR. (2020). Krbcová Mašínová, L., Pfeiffer, J., Papežová, S., Urbánková, M., Fišarová, Z. & Herbstová, H. *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním*. Dostupné z <https://www.reformapsychiatrie.cz/>

MZd. (2020). *Národní akční plán pro duševní zdraví do roku 2020 - 2030*. Dostupné z <https://www.mzcr.cz/>

NUDZ. (2021). *Existuje mezi duševním zdravím a nemocí jasná dělicí hranice?* Dostupné z <https://narovinu.net/dusevni-zdravi-a-nemoc/>

Paleček, J. & a Říčan, P. (2015). *Zpráva o přínosu zapojení peer konzultantů*. In: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Dostupné z: [http:// www.cmhd.cz/](http://www.cmhd.cz/)

Psychiatrická společnost ČLS JEP . (2017). *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2019) *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Tabulární část. Aktualizované vydání k 1. 1. 2021

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (2006). In *Sbírka zákonů* (s. 1257 - 1289). Praha: Ministerstvo vnitra.

## Příloha A - Tabulka jádrových přesvědčení o sobě a o druhých

**Tabulka 4.** Přesvědčení a strategie u poruch osobnosti (upraveno podle Beck a spol. 1990, Beck 1998)

Porucha osobnosti	Jádrové přesvědčení o sobě	Přesvědčení o druhých	Předpoklady	Strategie chování
vyhýbavá	Jsem nežádoucí, Nekompetentní Společensky neobratný	Druzí lidé mě odmítnou.	Kdyby mě lidé skutečně poznali, odmítli by mě. Když se budu přetvařovat, možná mě přijmou.	Vyhýbá se intimitě. Vyhýbá se hodnotícím situacím.
závislá	Jsem bezmocný	Druzí lidé by se o mně měli postarat	Kdybych se spoléhal na sebe, selhal bych. S pomoci druhých přežiju, budu šťastný, apod. Potřebuji druhé, aby mi stále dodávali podporu a odvalu.	Spoléhá se na druhé lidi. Pěstuje závislé vztahy.
pasivně-agresivní	Jsem soběstačný. Jsem zranitelný vůči kontrolování a zasahování.	Druzí kontrolují, zasahují, vyžadují, jsou dominantní.	Druzí omezují mojí svobodu. Kontrola od druhých je nesnesitelná. Musím si dělat věci po svém.	Pasivní rezistence. Na povrchu přizpůsobivost. Vyhýbá se. Sabotuje. Mění pravidla.
anankastická	Můj svět se může vymknout z kontroly.	Druzí mohou být nezodpovědní.	Když nebudu 100% zodpovědný může se mi zřítit svět. Když zavedu přesná pravidla, dopadne to dobře.	Rigidně kontroluje druhé. Aplikuje pravidla. Moralizuje, hodnotí.
paranoidní	Jsem zranitelný. (Kompenzatorní: nedám se. Jsem silný.)	Druzí lidé jsou zlí.	Kdybych druhým věřil, mohli bymi uškodit. Když si dám pozor, můžu se ubránit.	Je nadměrně podezřívavý. Hledá skryté motivy. Obviňuje. Protiútočí.
antisociální	Jsem zranitelný. Jsem osamělý. (Kompenzatorní: jsem silný a chytrý (vychytralý).)	Druzí by mě mohli vykořisťovat, zneužívat.	Když nebudu jednat první, mohou mi ublížit. Když můžu využít první, budu ve výhodě. Druzí jsou ťulpasové.	Využívá druhé. Manipuluje. Napadá. Krade.
narcistická	Jsem méně než druzí. (manifestní kompenzatorní přesvědčení: jsem lepší než druzí)	Druzí jsou lepší. (manifestní kompenzatorní přesvědčení: druzí jsou horší)	Když se mnou druzí zacházejí normálně, znamená to, že si o mně myslí, že jsem horší. Jsem originál, potřebuji speciální pravidla.	Vyžaduje zvláštní zacházení. Soutěživost.
histrionická	Nic nejsem. (kompenzatorní: jsem velkolepý)	Druzí si mně nebudou vážit pro mě samotného. (kompenzatorní: lidé jsou tady proto, aby mi sloužili nebo aby mě obdivovali.)	Když nebudu zábavný, nebudu pro druhé přitažlivý. Když se budu chovat dramaticky, získám pozornost druhých a jejich přijetí.	Předvádí se. Používá dramatizace, přehánění, dramatické záchvaty vzteku, pláče. Vyhrožuje suicidiem
schizoidní	Jsem nepřizpůsobivý. Jsem soběstačný. Jsem samotář.	Druzí mi nemají co nabídnout.	Když si budu od druhých udržovat odstup, bude se mi dařit lépe. Kdybych se snažil mít vztahy, nefungovaly by. Vztahy nic nepřinášejí.	Vytváří si odstup.
hraniční	Jsem vadný. Jsem bezmocný. Jsem zranitelný. Jsem špatný.	Druzí lidé mě zradí, opustí. Lidem se nedá věřit.	Kdyby to záviselo jen na mně, nepřežil bych. Když budu věřit druhým, opustí mě. Když budu závislý na druhých, přežiji, ale nakonec budu opuštěn.	Kolísa mezi extrémní chování.
schizotypální	Jsem vadný.	Druzí mě ohrožují.	Když mám pocit, že druzí mají vůči mně negativní pocity, musí to být pravda. Když jsem obezřetný k druhým, můžu odhadnout jejich úmysly.	Předpokládá skryté motivy.

Zdroj: Praško, Kosová, Pašková & Prašková, 2001, s. 28.

## **Příloha B - Etický kodex peer pracovníků**

Etický kodex chování peer pracovníků z roku 2010, který vznikl během výcviku peer pracovníků (PP) v anglickém Nottinghamu.

1. Primárním úkolem peer pracovníků je pomáhat lidem dosáhnout cílů v souladu s principy zotavení:

- inspirovat naději
- vytvářet/zprostředkovávat příležitosti
- navracet kontrolu nad potížemi, způsobem jejich léčby a životem obecně.

2. Chování peer pracovníků také podporuje jejich vlastní zotavení.

3. PP podle potřeby sdílejí svůj příběh, zvláště faktory, které jim pomáhají na cestě k zotavení.

4. PP vždy respektují práva a důstojnost osob, kterým poskytují služby.

5. PP za žádných okolností nezastrašují, neohrožují, ani nemístně neovlivňují ty, kterým slouží, neužívají vůči nim fyzické ani slovní násilí, a nedávají jim nesplnitelné sliby nebo zvláštní výhody.

6. PP nepáchají, neschvalují, neumožňují, a neúčastní se jakékoli formy diskriminace na základě etnické příslušnosti, rasy, pohlaví, sexuální orientace, věku, náboženství, národnosti, materiálního postavení, politických názorů, mentálního nebo fyzického postižení, ani jakékoli jiné preference, osobní charakteristiky nebo stavu.

7. PP vždy doporučují, aby lidé, s nimiž pracují, sami rozhodovali o svých záležitostech ve vztahu k dalším odborníkům. PP je mohou obhajovat, ale vždy s cílem předat jim kontrolu.

8. PP respektují soukromí a důvěrnost osob, kterým poskytují služby.

9. PP nepracují pod vlivem drog a alkoholu.

10. Cílem PP je plná integrace osob, se kterými pracují, do komunit podle jejich výběru. PP prosazují rozpoznání hodnoty těchto lidí v komunitách.

11. PP nevstupují do osobních vztahů nebo závazků, které ohrožují zájmy příjemců jejich služeb.

12. PP se nikdy neúčastní sexuálních/intimních aktivit s uživateli, kterým poskytují služby

Zdroj: (Repper, 2013, s. 31)

## Příloha C - Tvorba témat a subtémat v rámci obsahové analýzy

	Patří k zotavení	Patří k roli peera	Patří k profesionalitě	Patří ke specifickým PO	Navíc
Naděje	x				
Motivace	x				
Vlastní cesta zotavení	x				
Učení se	x	x			
Práce/kariéra	x		x		
Počátek	x		x		
Sebevědomí	x		x		
Bezpečí		x			
Hranice		x			
Ocenění/zisky		x			
Indi peer konzultant		x			
Role peera		x			
Spolupráce s dalšími profesemi		x			
Porozumění		x	x		
Výzvy		x	x	x	
přátelství. vs. Peer			x		
Zotavení z poruchy osobnosti				x	
Skupinový program				x	
Osobnostní rysy				x	
Vztahy				x	
Porucha osobnosti vs. jiné diagnózy				x	
Nepřenositelná zkušenost				x	
Destigmatizace		x		x	
Covid					x
Fenomén genderu					x

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

Jméno a příjmení autorky: Daniela Parmová  
Studijní program: Sociální politika a sociální práce, kombinované studium  
Název práce: Specifika peer programu pro lidi s poruchou osobnosti  
Vedoucí práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D.  
Rok dokončení práce: 2022

### **Počty znaků hlavního textu práce (bez příloh)**

Přímé citace: 11.086  
Ostatní text: 128.360  
Celkový počet znaků: 139.446

### **Názvy souborů umístěných na doprovodném flash disku**

Text práce ve formátu PDF: DP\_Parmová\_2022.pdf  
Režim utajení – přílohyDP.pdf



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

Jméno a příjmení studenta/-tky: Daniela Parmová

Obor studia: Sociální politika a sociální práce

Název práce: Specifika peer programu pro lidi s poruchou osobnosti

Vedoucí/oponent\* práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 74

Počet stránek příloh: 3

Počet titulů v seznamu literatury: 64

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

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

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

Oborová příslušnost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

	x	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 řešení 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		
--	--	---	--	--

\* nehodící se škrtněte

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Je podle Vás systém péče o peer konzultanty dostatečný, napadají Vás případná zlepšení?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky; v případě doporučení do soutěže o nejlepší DP uveďte nadprůměrné charakteristiky práce v souladu s Vámi výše označeným kritériem formální úrovně, obsahové reprezentativnosti, metodologie a přínosnosti práce pro teorii či praxi):

Teoretická část práce se věnuje problematice poruch osobnosti a možnostem léčby a sociální práce s lidmi, kteří trpí poruchou osobnosti. Další části teorie popisují koncept zotavení a peer programy v této oblasti. Text je psán kultivovanou formou, autorka pracuje s dostatečným objemem domácí i zahraniční literatury.

Praktická část práce sestává z analýzy rozhovorů s 5 participantkami, které mají zkušenost s pozicí peer konzultanta. Uvítala bych trochu víc informací o vzorce, třeba představení participantek, anebo alespoň tabulku (věk, diagnóza, jak dlouho dělá peera). Obsahová analýza je provedena metodicky správně, zjištění analýzy jsou dokládána citacemi z rozhovorů, i když výsledkové části by prospěla větší přehlednost a zvýraznění nalezených podtémat. Oceňuji samostatný a iniciativní přístup autorky.

Silné stránky:

- Kvalitně zpracovaná teoretická část
- Metodicky správně provedená analýza

Slabé stránky:

- Výsledková část působí mírně nepřehledně
- Chybí představení participantek

Doporučení do soutěže o nejlepší diplomovou práci:

~~doporučuji~~/nedoporučuji\*

Celkově získané body do soutěže:

30

Doporučení k obhajobě:

doporučuji/~~nedoporučuji~~\*

Navrhovaná klasifikace:

Výborný

Datum, podpis:

V Praze, 20.5. 2022



\* nehodící se škrtněte

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

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

Jméno a příjmení studentky: Bc. Daniela Parmová  
 Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii  
 Název práce: Specifika peer programu pro lidi s poruchou osobnosti  
 Oponent práce: Mgr. Barbara Kostelacová

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 76  
 Počet stránek příloh: 4  
 Počet titulů v seznamu literatury:

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

**Výběr tématu**

Závažnost tématu	x			
Oborová přiléhavost 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 řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)	x			
--	---	--	--	--

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

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:

1. Jaký praktický přínos má vaše práce?
2. Zkuste navrhnout další možné výzkumy v dané problematice, případně jiné možnosti úhlu pohledu na ni.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka si v souladu se studovaným oborem a svým osobním zájmem vybrala pro svou diplomovou práci téma specifík peer programu pro lidi s poruchou osobnosti.

Teoretická část přehledným způsobem zpracovává problematiku bio-psycho-sociálního pohledu na poruchy osobnosti, možnosti léčby se zaměřením na sociální práci a roli peer programů v rámci case managementu. Teoretická část představuje celistvý a dobře myšlenkově vystavěný rámec, který čtivým a srozumitelným způsobem přináší vhled do předkládané tematiky. Autorka dokládá svou schopnost orientace v odborných pramenech a jejich správného užití v citacích. Ocenění si zaslouží bohatá šíře citovaných zdrojů včetně zahraničních.

Pro praktickou část autorka zvolila kvalitativní design a jejím cílem bylo zaznamenat jedinečnou i společnou zkušenost peerů ve vztahu k jejich práci a rovněž k procesu vlastního zotavení. Autorka velmi pečlivě popsala metodologii svého výzkumného šetření, které vycházelo z rozhovorů s pěti respondenty. Získaná data byla zpracována obsahovou analýzou a její výsledky interpretovány v samostatných subkapitolách. Diskuse se zabývá kritickým zamyšlením nad vlastním výzkumem, autorka v ní zachycuje jeho limity a možné vlivy na výsledky.

Předkládaná práce je velmi zdařilá a je zpracována mimořádně pečlivým způsobem. Formální stránce je možno vytknout drobný nedostatek v nesprávném číslování stránek příloh (mají mít samostatné). Gramatická stránka vykazuje časté chyby v interpunkci, což je v tak vynikajícím a stylisticky i jazykově zdařilém textu škoda.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 20.5.2022

