



# Metodika dobré praxe č. 14:

## Zapojování rodin do multidisciplinární spolupráce. Dobrá praxe v Karlovarském kraji

MOTTO:

„SPOLEČNÉ PLÁNOVÁNÍ SE UKÁZALO JAKO NEJLEPŠÍ LÉČBA“



*Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným“, registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0007038, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.*





## ZPRACOVATELSKÝ A REALIZAČNÍ TÝM

Jaroslav Hodboď

PhDr. Lenka Krbcová Mašínová

Tomáš Krejčí

Jan Louženský

## OBSAH

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| Úvod do metodiky .....                  | 3  |
| Rodina jako zdroj silných stránek ..... | 4  |
| Paradigmatický posun .....              | 8  |
| Dobrá praxe z Karlovarského kraje.....  | 11 |
| Souhrn metodických doporučení .....     | 33 |





## Úvod do metodiky

K práci s rodinou jsme se v projektu multidisciplinárního přístupu dostali v jeho závěrečné etapě. V rámci diskuse mezi metodiky jsme slyšeli změny přemýšlení, jak s rodinou pracovat. Přemýšlení by se dalo klasifikovat téměř jako paradigmatická změna v přístupu a práci s rodinou.

Rozměr, kterým je paradigmatická změna definována, je možné charakterizovat větou: **Rodina je vždy přizvána ke společným setkáním, aniž by u případu byla specifická indikace pro rodinou terapii.** Rodiny a jejich role se mění. Rodiny nejsou **příjemci odborníků**, ale **aktivně ovlivňují** vzájemný **vývoj** mezi nimi, týmem a klientem. Pacient a rodina jsou součástí od samého začátku a v celém průběhu zotavení.

Je tedy patrné, že spíše, než že my profesionálové zapojujeme rodinu, se my profesionálové propojujeme na rodinu. Rodina a pacient jsou ti, kteří nám toto propojení a následně společnou partnerskou spolupráci umožňují.

Na praxi z Karlových Varů, kde je do systému práce s rodinou zahrnut i rodič v pozici peer rodiče, se můžeme inspirovat, jak přemýšlet a otevřít dveře rodinám a blízkým pacientům a klientům s duševním onemocněním a diverzifikovat potřebnou energii pro cestu zotavení.

*PhDr. Lenka Krbcová Mašínová  
gestorka projektu*





## Rodina jako zdroj silných stránek

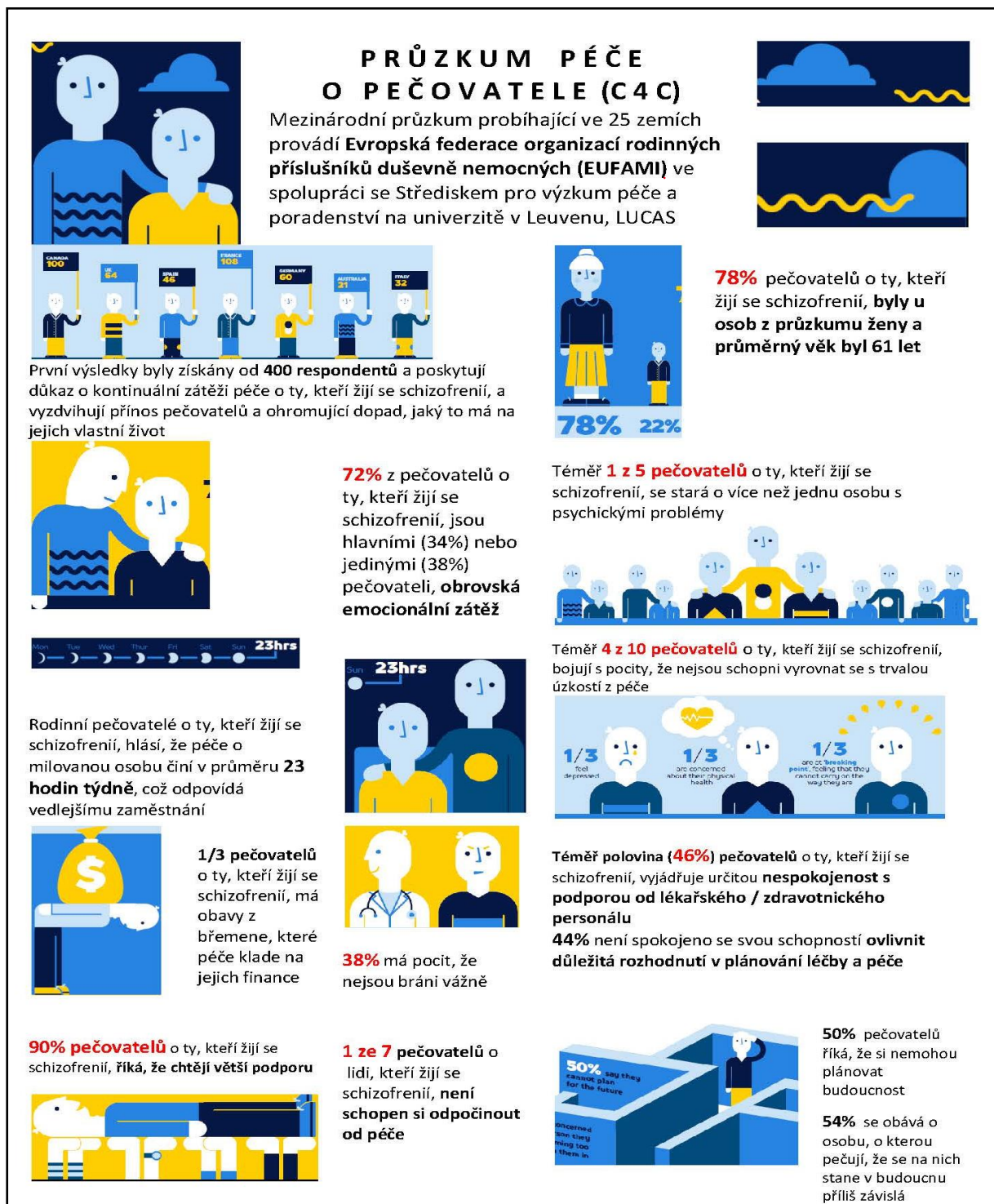


Rodina, přátelé i sousedi jsou již na schématu z roku 1984 zahrnuti jako jeden ze 4 pilířů neformální a profesionální sítě péče o duševní zdraví občanů.

V naší praxi, kterou jsme během 3 let projektu slyšeli, bylo více „stesků“ na nespolupracující rodinu, nemotivovanou rodinu, na málo času na práci s rodinou, veliké dojezdové vzdálenosti pro rodinu při hospitalizaci klienta a jiná podobná omezení, důvody, které nám prozatím neumožnily nastavit kulturu orientovanou na systematickou partnerskou spolupráci s rodinou.

Způsob práce s rodinou je v naší kultuře více zaměřen na koncept zaměřený na problém, jeho definování a řešení. Rodina je tak více vnímána jako součást problému než jako jeho řešení. Prozatím naše praxe (až na výjimky) není orientována na rodinu jako nositele silných stránek. Metodika dobré praxe může napomoci naše profesionální pohledy otevřít a propojit se s neformálními rodinnými uskupeními do vzájemné partnerské spolupráce.

Snad nás naše zamyšlení, které přinášíme při vycházení z dobré praxe, dostane z profesionálních kleští „buď klient, anebo rodina“, z udílení rad a nabízení našich profesionálních řešení a plánů a otázek typu „kdo je náš klient“ **do módu dialogického, otevřeného, partnerského a na silné stránky orientovaného přístupu v práci s rodinou.**



Na obrázku vidíte poster, který byl vydaný v roce 2010 a zachycuje základní výstupy průzkumu péče o pečovatele. Byl realizovaný společností Eufami (<http://www.eufami.org/c4c/>), která zastřešuje příbuzenské svépomocné organizace v Evropě. Jsou v něm zachycena fakta, která nám umožňují udělat si globálnější představu o pečovateli, což nám umožní více pochopit jejich životní situaci a potřeby a prostor, ve kterém se rodiny pohybují.



- ✓ **78 %** pečovatelů jsou ženy ve věku **61 let a více let**.
- ✓ Rodinní příslušníci, kteří poskytují podporu lidem s duševním onemocněním, tak této činnosti věnují v průměru **23 hodin týdně**, což je cca poloviční pracovní úvazek.
- ✓ Velká část těchto pečovatelů přitom neposkytuje péči jenom jednomu nemocnému člověku, ale více lidem.
- ✓ Jeden ze sedmi pečovatelů říká, že si není schopen odpočinout od péče.
- ✓ **72 %** neformálních pečovatelů zažívá **obrovskou emoční zátěž** a jsou buď hlavními, nebo jedinými pečovateli.
- ✓ **46 %** těchto lidí není **spokojeno s podporou zdravotnického personálu** a cítí, že nejsou bráni profesionály vážně.

Znát a porozumět pohledům a pocitům rodinných příslušníků, kteří se v systému péče o duševní zdraví pohybují, je stěžejním předpokladem pro to, aby rodina byla dlouhodobě motivována spolupracovat s profesionální multidisciplinární sítí.





## Proč je práce s rodinou důležitá

- ▶ Rodina je expert na svou situaci
- ▶ Deinstitutionalizace péče přenáší značnou část péče na rodinu
- ▶ U osob, kde je rodina zapojena do spolupráce, je o 20 % menší riziko relapsu
- ▶ Rodiny duševně nemocných jsou často samy zasaženy sekundární stigmatizací a sebestigmatizací
- ▶ Rodiny se často ocitají v obtížné životní situaci, je třeba ji řešit komplexně se všemi jejími členy

Je dobré si uvědomit, že pokud pracujeme s rodinou, můžeme být po mnoha letech ti první, před kým rodina odhalí, byť i třeba veřejné tajemství duševního onemocnění svého příbuzného. Můžeme být první, koho pustí k sobě do bytu. Také je dobré si uvědomit, že pokud uvažujeme o podpoře a pomoci člověku s duševním onemocněním, tak nás často čeká posilování jeho samostatnosti, a to i včetně osamostatnění se od rodiny.

V takových případech je třeba pamatovat na skutečnost, že lidé žijí v ekonomicky propojeném systému, tedy pokud chceme podpořit člověka směrem k větší samostatnosti, tak o tom nemůžeme přemýšlet izolovaně bez rodiny jako celku. Osvědčilo se nám vycházet z přístupu, kdy je rodina partnerem v celém procesu zotavení, a ctít její „expertní roli“ v řešení vlastní rodinné situace.

Studie nás informují, že tam, kde je zapojená celá rodina a blízcí, je o 20 % nižší riziko relapsu, což je údaj, pro který má velký smysl rodinu partnersky zapojovat.

Při partnerské spolupráci s rodinou často dochází ke snížení „sebestigmatizace“ rodiny a jejích jednotlivých členů. Členové rodiny při partnerském zapojení lépe vnímají duševní onemocnění, zvyšují své porozumění, získávají nové vědomosti, dovednosti, lépe pak rozumí i sami sobě.

Uvedu příklad: Dvoučlenná rodina, matka a syn, matka už v důchodu, žijí v bytě ve velkém městě s komerčním nájmem. Ve chvíli, kdy dají dohromady dva příjmy, tak jsou schopni společně existovat. Ve chvíli, kdy bychom začali pracovat na osamostatnění člověka s duševním onemocněním, tak by to mohlo vést u něj i u matky k existenčním problémům. Tím chci zdůraznit, že jsou časté případy, kdy je třeba poskytnout podporu i dalším členům rodiny, aby se situace pro člověka s duševním onemocněním mohla změnit.





## Paradigmatický posun

### Je třeba se rozhodnout o konceptu, ve kterém budeme spolupracovat s rodinou

Je klientem pouze člověk s duševním onemocněním,  
nebo celý jeho rodinný systém?

Nám se osvědčilo, když je rodina přizývána ke  
spolupráci vždy i bez indikace problému.

Vždy ve spolupráci s klientem/pacientem.

V metodice se zabýváme rodinou v kontextu multidisciplinární spolupráce.

Je tedy důležité, aby daná služba, daný tým, který poskytuje podporu, si uvědomoval, kdo je klientem jeho služby, a na počátku si práci s rodinou transparentně nastavil a s klientem a rodinou předem vyjednal. Předejde se tak řadě problematických situací.

My jsme v rámci pojetí rodinné terapie vycházeli z toho, že klientem bude celý rodinný systém, nejenom člověk s duševním onemocněním.

To nám otevřelo příležitosti, jak pracovat s celkovou situací kolem člověka s duševním onemocněním. Uvědomujeme si, že rodiny jsou mocné. Naše zkušenost potvrzuje, že rodinu nezmotivujeme, „nepřitlačíme“ do situací, které ona sama necítí, nevidí, není pak motivována ke spolupráci.

Nepodaří se nám změnit rodinné situace, které jsou v určité rovnováze, ve kterých je nastavena jistá relativní harmonie, která nám zvenku tak nemusí připadat, ale pro rodinu harmonií je.

My můžeme situaci klienta, případně rodiny, vnímat jako palčivou a potřebnou ke změně, ale pokud problém nerozklíčujeme v celém rodinném systému a nezapojíme partnersky celou rodinu, tak z vlastní zkušenosti víme, že nemáme šanci na úspěšnou změnu.

V rámci multidisciplinární spolupráce je důležité, aby si profesionální tým uvědomil, kdo je jeho klientem, nakolik je to samotný člověk s duševním onemocněním, jeho rodina, resp. celý rodinný systém, a kde jsou hranice profesionálního a neformálního systému podpory. Jak bude nastavena práce s rodinou a blízkými, to by si jednotlivé týmy měly pečlivě mezi sebou vyjednat a nastavit tak, aby situace byla pro pacienta/klienta a rodinu transparentní. Můžeme se v tomto inspirovat otevřeným dialogem a využít nástroje pro společné plánování z metodiky CARE.







## Inspirace v otevřeném dialogu

K rozhodnutí, o kterém mluvíme z dobré praxe v rámci Karlovarského kraje, můžeme doplnit pojetí práce s rodinou z přístupu myslitelů dialogických modelů, které vycházejí z kategorie **paradigmatických změn v práci s rodinou a sítí klienta**.

Počátky otevřeného dialogu v práci s rodinou byly založeny v 80. letech v malé psychiatrické léčebně Keropudas v Torniu ve Finsku. V procesu směřujícím k otevřenému systému byl nejdůležitější krok podniknut v roce 1984, **kdy spolupráce rodiny a profesionálů získala ústřední roli**. Namísto uzavřených schůzek zaměstnanců, kde se plánovala léčba a po kterých následovala terapeutická sezení s rodinami vedená podle tohoto plánu, byla do praxe zavedena tzv. **otevřená léčebná setkání, na nichž probíhalo zároveň plánování a léčba**.

Bylo rozhodnuto, že pacient bude přítomen od samého počátku léčby. To v praxi znamenalo, že personál před setkáním s rodinou netvořil pro pacienta žádný plán nebo doporučení týkající se léčby.

**Rodina byla vždy přizvána ke společným setkáním, aniž by u případu byla specifická indikace pro rodinnou terapii.**

Praxe v té době ve Finsku byla taková, že potom, co byl pacient přijat k hospitalizaci, převzal tým do svých rukou plánování léčby a výběr různých terapeutických metod. Myšlenka byla naplánovat pečlivě léčbu, uvést ji v praxi a sledovat léčebný plán a jeho dopady. Původně bylo plánování léčby vnímáno jako příprava, ne jako její součást. Tato příprava se konala na schůzkách zaměstnanců bez přítomnosti pacienta.

Avšak při tomto modelu léčby nebyly výsledky se zapojením rodiny uspokojivé. Do sezení rodinné terapie se zapojovalo 5–10 % rodin. To byl výsledek systému, kde tým nejdříve analyzoval a definoval problém a pak vytvořil plán léčby.

Následné přemýšlení poskytlo řešení problému. Místo toho, aby se problém prvně definoval a pak se případně hodnotilo, je-li důvod přizvat rodinu do terapie, **bylo uznáno, že samotná hospitalizace a vstup do služeb duševního zdraví je dostatečným důvodem pro zapojení rodiny do diskuse**.

Setkání, na kterých se měla léčba plánovat, byla následně přeorganizována tak, že pacient k nim byl přizván od samého počátku. To obrátilo naruby předešlou praxi, kde plánování a léčba fungovaly jako dva oddělené procesy. **V mnoha případech se dokonce samo plánování ukázalo jako nejlepší forma léčby**.

V této změně přístupu se otevírají rodinám a blízkým lidem nové dveře k otevřené praxi. Role rodiny se proměňuje a rodina se stává aktivním „tvůrcem“ – hybatelem toho, co se děje mezi ní a profesionály, vymaňuje se z role „příjemce“ intervencí rodinné terapie.

Často se stávalo, že plán, který profesionální tým připravil, nebyl reálný a tým se musel adaptovat na situaci pacienta a jeho rodiny za účasti všech, kterých se plán dotýká, a plán společně vytvořit tak, aby byl reálný a vyjadřoval přání a vize pacienta a pracoval se **silnými**, na počátku možná neviditelnými stránkami **rodiny**.

Přístup, který pracuje s rodinou jako se zdrojem energie, potenciálu a silných stránek, nikoliv jako s nositelem problému, se ukazuje efektivní i ze zkušeností naší multidisciplinární práce. Pokud se tým dokáže flexibilně přizpůsobit módu jednání rodiny a zároveň vnést organizovanost a všestrannost, pak může vzájemná koevoluce podpořit zotavení a vzájemné učení. (Seikkula 1991)



#### **METODICKÁ DOPORUČENÍ:**

- 1. Setkání mezi klienty, rodinou a profesionály je přímým zásahem do života klientů a minimálním požadavkem pro takové setkání je, aby klient a rodina, blízcí, odcházeli více zplnomocněni, než přišli.**
- 2. Rodinu přizývejte ke společným setkáním, aniž by u případu byla indikace pro rodinnou terapii.**
- 3. Otevřete prostor pro společný dialog od počátku setkání všem zúčastněným a rozhodnutí vyjednávajte a uzavírejte společně.**





## Dobrá praxe z Karlovarského kraje

### Práce s rodinami v KK

- ▶ Rozhodnutí – pracujeme s celým systémem kolem klienta
- ▶ Práce s rodinami je v souladu se základní metodou práce – case managementem, zároveň v používaném FACT modelu je na ni kladen důraz
- ▶ Snažíme se pochopit i motivaci klientovy rodiny, její postoje a přání
- ▶ Jsou případy, kdy pokud chceme pomoci klientovi, musíme nejdříve pomoci rodině – připravit ji na to, zajistit, aby rodina byla schopná fungovat i po odchodu klienta a aby jí to např. ekonomicky neohrozilo
- ▶ I rodiny zažívají vlastní recovery – potřebu nalézt nový smysl, posílit silné stránky (někteří rodinní pečovatelé věnovali velkou část svého života péči o nemocného člena rodiny, než dojde k jeho separaci, musíme jim pomoci nalézt jinou náplň a vztahy)

Nyní naše zkušenost v Karlovarském kraji: Naším základním rozhodnutím bylo pracovat s celým systémem kolem klienta. Podělím se o příběh, který ilustruje, jak jsme s rodinami pracovali formou case managementu, ve FACT modelu, který jsme si osvojili jako základní metodu práce.

Je to příběh maminky jednoho našeho klienta, ke které jsme se dostali jako nově vzniklý tým založený na principech case managementu. Od předchozího týmu, který s paní pracoval, a později se rozpadl, jsme měli informace, že máme být opatrní, zvažovat slova, paní se jeví jako „nepříjemná“, s tendencemi si hodně na každého stěžovat.

My jsme byli jako tým od této zkušenosti osvobozeni, jelikož jsme ji nezažili, a mohli jsme přistoupit k práci otevřeně. Otevřenost k situaci bez předchozích stigmat nám umožnila navázat diskusi a postupně i vztah. Zjistili jsme, že paní tzv. dělá, co může.

Denno-denně dochází za svým hospitalizovaným synem na návštěvy. Na personál na oddělení byla velice nepříjemná, ale bylo to vždy vedeno zájmem o jejího syna. Nelíbilo se jí například, že mu někdo vykradl skříňku, kde měl uložené osobní věci, nelíbilo se jí, že na oddělení, kde pobýval, se rozbila světla a bylo tam 24 hodin denně rozsvíceno apod.

Synovi nosila každý den do nemocnice oběd, který mu sama uvařila. Ze začátku na nás také nebyla nejpřívětivější, když však dostala prostor říct, co ji trápí, tak spolupráce s ní byla posléze možná.

Nebyli jsme schopni naplnit její přání dostat syna z hospitalizace, neměli jsme na to tenkrát postavené komunitní služby, nicméně jsme jí byli oporou pro to, aby to ona sama zvládla. Opakovala nám, že už jen ta možnost se s námi vidět a mít možnost převyprávět nám, jak se cítí, je pro ni zásadně důležitá. Postupně její tenze a problémové chování zcela vymizely.

Tak jako se snažíme pracovat s klienty a pochopit jejich přání a motivaci, tak se snažíme pochopit i motivaci a přání jejich rodin.

Tím, že jsme s nimi v kontaktu, jsme schopni pracovat třeba se změnami postojů, které členové rodiny mají. Můžeme pracovat s tím, aby například rodina pochopila, jak je pro dospívajícího a dospělého





člověka důležité žít samostatný život i s duševním onemocněním, a dala „šanci“ klientovi nastoupit cestu k samostatnosti a vyšší kompetentnosti za svůj život.

Častá je naše zkušenost, s tzv. hyperprotektivními rodinami, které dávají své péče „až tolik“, že to pro nemocného člověka přináší nemožnost žít vlastní život. Znalost a pochopení chování a jednání rodičů, že vše dělají v nejlepší možné víře, je klíčem k nastavení změn. Jenom málo rodin, se kterými jsme se v naší spolupráci potkali, bylo motivováno nějakou formou „parazitování“ na nemocném člověku. Je třeba si uvědomit, že u lidí, u kterých nemoc probíhá chronicky a v péči a v systému už jsou dlouho, se smyslem života jejich rodin často stala péče o nemocného člena rodiny.

Často zažíváme, že když se s rodinnými příslušníky začneme bavit o nich samotných, ptáme se jich na jejich vlastní život, objevujeme velké prázdno. Často se opakuje, že rodiče, blízcí kromě péče o příbuzného nemají vlastní koníčky, rozpadla se jim jejich vlastní sociální síť, jejich život se zúžil na péči o duševně nemocného člena rodiny, čemuž odpovídají i výstupy ze studie v úvodu metodiky dobré praxe.

Pokud tedy chceme vytvořit prostor pro zkompetentňování pacientů/klientů „uvolněním péče rodiny“ o nemocného, pomáháme rodinám najít novou vlastní náplň, nové vztahy, novou vizi života. Rodina je tedy součástí celého procesu zotavení.

Pomáháme rodiny často provázet například tím, že společně pracujeme nad změnou původních plánů životní cesty jejich dětí. Změnit původní očekávání rodiny, že jejich syn či dcera vystuduje vysokou školu a bude pokračovat v rodinné tradici, které se kvůli duševnímu onemocnění nenaplnilo, na nalezení nové životní vize založené na silné stránce jejich dcery nebo syna. Nalezení „nového života“ mladého člověka s duševním onemocněním spolu s rodinou je pro všechny často velmi úlevné a radostné.

Zde již sehrávají důležitou motivační roli naši rodiče peer konzultanti. Podporují, motivují, „zažehávají plamen“ na individuální cestě zotavení pro rodiny lidí s duševním onemocněním.





## Práce s rodinami v KK

- ▶ Čerpání z modelů: Open dialog, RACT, rodinné edukace, rodinná terapie atd.
- ▶ Máme dané hranice – rodina je partner, pokud není klient z její strany záměrně využíván/zneužíván (je třeba vždy pochopit, proč rodina dělá to, co dělá)
- ▶ V každém našem komunitním týmu je peer rodinný konzultant, pomáhá pracovat se členy rodiny a pochopit pohled rodiny na danou situaci, peer rodinní konzultanti jsou právoplatnými členy týmu
- ▶ Snažíme se hledat řešení, na kterých se rodina a klient shodnou
- ▶ Snažíme se o asertivní kontakt rodiny, pokud je to třeba, a klient o to stojí
- ▶ Můžeme s rodinami pracovat i v situacích, kdy si klient spolupráci s rodinou nepřeje (psychoedukace, svépomocné skupiny), a to za určitých pravidel – můžeme nabídnout psychoedukaci, podporu peer rodinným pracovníkem, svépomocné skupiny, kdy je však pravidlem, že se o klientovi nepředávají žádné informace, příjemcem pomoci je tedy rodina

Inspiraci při práci s rodinou hledáme v různých konceptech, které s rodinou pracují. Jak jsme již zmínili v úvodu, můžeme čerpat z Open dialogu, z RACT modelu (což je norský model, o kterém se ještě krátce zmíním později), můžeme nabízet rodinné edukace, síťová setkání, a pokud jsme vybaveni vzdělanými pracovníky, i rodinnou terapii.

Určitě bychom si měli uvědomit v práci s rodinou a s rodinným systémem, že rodina je pro nás partner. Pravidlem u nás na Karlovarsku je, že členem každého CDZ nebo multidisciplinárního týmu je rodinný peer konzultant. Jejich primárním úkolem je pracovat s rodinnými příslušníky a kooperovat s týmem tak, aby mohli obdobně jako u „pracovníků se zkušeností s duševním onemocněním“ v roli peer konzultantů přetlumočit zkušenosti a vidění světa z pozice rodiny.

Naší užitečnou rolí může být role mediátora, někoho, kdo pomůže najít, co klienta a rodinu spojuje, a snaží se hledat kompetence všech při společném řešení, plánovat změny a zapojovat pohledy klienta i rodiny.

Když tým získá dobrý vztah a důvěru, rodina má snazší cestu umožnit spolupráci a partnersky se zapojit do procesu zotavení. Pokud je celý proces partnersky a transparentně vyjednáván s pacientem/klientem a ten je s ním v souladu, můžeme společně plánovat jednotlivé kroky. Máme tu zkušenost, že je poté celý proces zotavení člověka s duševním onemocněním a celé jeho rodiny vždy významně úspěšnější.

S rodinami pracujeme i asertivním způsobem, obdobně, jako to známe u klientů. Setkáváme se s rodinami, které nám říkají, že aktuálně nic nechtějí, případně mají špatné zkušenosti a nedůvěru k možné pomoci zvenku. To je sice možné akceptovat, ale neměli bychom na to rezignovat. Je užitečné být s rodinou, byť v minimálním kontaktu, tak abychom o sobě věděli. Bývá pravidlem, že rodina podporu a pomoc využije ve chvíli, kdy se její „rovnováha rozbije“, tzn. nejčastěji v období nějaké formy krize. Tak jako to známe u asertivního kontaktu u klientů, kde nejlepší čas a šance kontaktovat lidi, kteří spolupráci a podporu odmítají, přichází v období jejich hospitalizace – právě v tu dobu jsme i rodině schopni nabídnout často konkrétní pomoc, kterou rodina nemůže naplnit. Tento přístup často vytvoří prostor pro nový vztah založený na reálné zkušenosti rodiny s profesionálně poskytnutou podporou.





Například je na Karlovarsku standardem, že pokud je člověk hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici v Dobřanech, tak jsou CDZ a multidisciplinární týmy schopny hospitalizovaným pacientům do nemocnice dovést, co by rodina sama nezvládla. Například 70letá maminka z druhého konce kraje by sama do nemocnice do Dobřan nedojela.

Častá otázka, když jsme začínali spolupracovat s rodinami, byla, jak můžeme vstupovat do práce s rodinou ve chvíli, kdy si to klient nepřeje. Týmy CDZ a služby byly a jsou postavené na možnosti volby a dobrovolnosti klientů služby využívat a také na individuálních přáních. Do toho spadá i komunikace s klienty o tom, kdo je do spolupráce zapojen. Často jsme tak byli konfrontováni s tím, že nám klient říkal, že si nepřeje, aby do spolupráce s námi byla zapojená rodina. Při řešení problému jsme se inspirovali u kolegů v Nizozemsku. Pokud je to klientovo přání, je respektováno.

Jsou pak nastaveny nabídky pouze pro rodinné příslušníky, jako je psychoedukace, spolupráce peer rodinného pracovníka s někým z rodiny apod. V těchto případech je striktně dodržováno pravidlo, abychom o klientovi nepodávali informace. To, že nám někdo z rodiny informace o klientovi sám říká, je otevřené, ale respektujeme přání klienta, že CDZ a týmy nekomunikují o pacientovi.

CDZ, tým, služba by měly mít jasně nastavená pravidla, za kterých je možné překročit mlčenlivost. A to je situace, kdy je ohrožen klient nebo jeho okolí.

Potenciál společných síťovacích setkání je však stále prioritou.

#### **METODICKÁ DOPORUČENÍ:**

- 4. Realizujte s klienty, rodinami a profesionály otevřená síťovací setkání, kde společně plánujete a hledejte zdroje pro uskutečnění plánů a vizí.**
- 5. Společné plánování se vám může ukázat jako nejlepší léčba.**
- 6. Svoje zaměření, fokus, odkloňte od soustředění se na popis deficitu a problémů směrem k orientaci na silné stránky a řešení, pro které každý může „něco“ přinést.**
- 7. Posuňte své paradigma k tomu, co si rodina přeje, čeho si váží, v čem je její síla, na čem může stavět, co jsou její hodnoty, od toho, čeho se bojí, čím opovrhuje.**
- 8. Vytvořte udržitelný dialog mezi klientovou osobní sítí a profesionální sítí a buďte proaktivní. Rodiny v našem kulturním zdravotně-sociálním prostředí se musí podobně jako my učit a prožít partnerskou spolupráci.**
- 9. Vyzkoušejte novou praxi, kdy se s rodinou klienta/pacienta pracuje týmově, nikoliv individuálně, využijete tak všechny silné stránky všech členů vašeho týmu. Přínosy vyhodnoťte a zaveďte nové přístupy do praxe.**
- 10. V práci s rodinou si udržte vnímavost k pozitivnímu a odbourávejte zaběhlé myšlení vidět „jen“ symptomy a patologie.**
- 11. Vyhněte se obviňování a expertnímu interpretování.**
- 12. Rozvíjejte v sobě schopnost slyšet, vidět a tolerovat různé perspektivy.**
- 13. Zvyšujte své dovednosti naplnit tento přístup v často ještě přísně hierarchickém prostředí.**





## Práce s rodinami v KK

- ▶ Jsou jasně stanovená pravidla, kdy je možné překročit mlčenlivost nebo přání klienta – ohrožení klienta nebo jeho okolí
- ▶ Pomáháme s organizací a fungováním svépomocné skupiny, snažíme se, aby byla „živá“, rodinní příslušníci do ní přicházeli a odcházeli dle své potřeby, není to uzavřená skupina „přátel“, jejichž motivace k setkávání se po čase vyčerpá
- ▶ Rozdíl při práci s adolescenty, s lidmi na počátku onemocnění (rychlá edukace, naděje, důraz na dokončení studia, podpora životních příběhů, silných stránek...). **Snažíme se, aby u rodin, kde je nemocný adolescent, mladý dospělý nebo člověk na začátku onemocnění, byl důraz kladen na naději, rychlé edukování, a aby nedošlo k začlenění nemocného do „systémů péče“, ale pomoc byla maximálně individualizována - důraz na dokončení studia, nezpřetrhání životních příběhů rodiny a jejich aktivit, podporujeme silné stránky všech členů**

Osvědčuje se nám zapojení rodin skrze peer rodinné konzultanty do CDZ a multidisciplinárních týmů a fungování svépomocných skupin. Zkušenost se svépomocí u rodinných příslušníků je u nás historicky taková, že pokud skupina nemá svého lídra, někoho, kdo ji iniciuje, tak se často „zapouzdří“ vůči okolí a novým členům. Z lidí se časem stanou přátelé, kteří se sice vídají neformálně dál, i když už to není tolik o svépomoci, případně se skupiny rozpadnou. Tedy peer rodinní konzultanti v nich fungují jako organizátoři, pomáhají skupinám dávat rámeček setkávání i otevřenosti vůči dalším rodinám.

V práci s rodinnými příslušníky je důležité akcentovat účast rodin, které mají nemocného člověka na začátku jeho onemocnění nebo v adolescentním věku. V takových případech by mělo být vždy uváženo, jestli je do fungujících rodičovských skupin, kde jsou rodiny osob s chronickým průběhem nemoci, přizvat. Zkušenosti jsou v takových případech neporovnatelné a může hrozit riziko snížení naděje rodiny na zotavení jejího mladého pacienta/klienta. Pro skupiny rodin s mladými lidmi s duševním onemocněním je důležité, aby nenabýly představ, že duševní onemocnění je „konečný, neřešitelný stav, který odebírá člověku veškeré kompetence žít normální život“.

Naopak zde je třeba více podporovat naději a hledat cesty, aby se mladí lidé nedostali do systému celoživotní péče. Zde jim pomáháme, aby podporu dostávali co nejvíce z přirozených zdrojů, ve školách, aby dostudovali, pomáháme případně zprostředkovat ve vzdělávacích institucích pohled na to, že duševní onemocnění je obdobné jako třeba somatické onemocnění, aby se k tomu třeba i učitelé v tomto duchu stavěli a dařilo se klienty co nejvíce držet v jejich sociální síti. Nepřerušovat jejich vztahy, které mají s vrstevníky.





#### METODICKÁ DOPORUČENÍ:

14. Zkuste vytvořit prostor pro zapojení rodiče se zkušeností do týmů v CDZ, komunitních týmů či na oddělení psychiatrických nemocnic.
15. Zapojte rodiče se zkušeností, tj. peer rodiče, do práce s rodinou, kdy motivujete, vytváříte naději, podporujete rodinu při zvyšování jejich kompetencí, zvyšujete vztahovou toleranci, podporujete rodinu při hledání nových cest.
16. Vytvořte u každého týmu CDZ rodičovskou skupinu orientovanou na „self“ podporu, sdílení zkušeností, edukaci o nemoci.
17. Vytvořte prostředí i podporu pro svépomocnou rodičovskou skupinu.

## K čemu být pozorný – mapování

- V jakých rolích/vzábách jsou mezi sebou rodinní příslušníci
- Záleží na povaze poruchy
  - konkrétní diagnóza
  - zda jde o krizi, či chronické onemocnění
  - jaká je prognóza onemocnění
- Faktory, které ovlivňují průběh onemocnění v kontextu rodiny:
  - struktura rodiny
  - rodinná fáze, ve které se rodina nachází
  - rodinné pojetí zdraví a nemoci
  - historie onemocnění v rodině
  - formy komunikace

Mapování je první fáze case managementu a vždy nám napoví, v jakých vzábách a rolích se rodina nachází a jak bude spolupráce vypadat.

Vždy je důležité, v jaké fázi se onemocnění nachází, zda se jedná o akutní či urgentní záležitost, nebo jde o chronické onemocnění, jaká je prognóza a co rodině obecně o prognóze duševního onemocnění říkáme. Zda hovoříme o naději na jiný plnohodnotný život a fázích zotavení a potenciálu nového života. Nebo jsme v módu „starých paradigmat“, která nejsou orientována na zotavení.

Dovolím si příklad: Dostali jsme se do kontaktu s maminkou velice krátce po první hospitalizaci její dcery v psychiatrické nemocnici. Lékař daného oddělení vzhledem k tomu, že dceři ještě nebylo 18, byl s matkou v kontaktu a informace, které si paní odnesla, byly právě v duchu paradigmat, která nebyla orientovaná na zotavení, příkladem jsou věty: „vaše dcera pravděpodobně nikdy nedostuduje, celý život bude brát léky, bude s vámi bydlet, bude mít invalidní důchod, neměla by mít děti...“

To jsou slova, věty, myšlenkové koncepty, které rodiče přivádějí k úzkosti, strachu a beznaději, k uzavření se, paralyzování energie. Praxe a zkušenost je již jiná. I paní se na nás obrátila zděšená, jak je to možné. Když rodinní příslušníci takovou informaci a prognózu dostanou, tak mohou začít takto





přemýšlet a podle toho se i k duševně nemocnému skutečně chovat. Proto bychom měli být velmi opatrní s prognózami, a naopak být podporující a plní naděje.

To, co ovlivňuje průběh onemocnění, je mnoho faktorů, do nichž jistě patří i struktura rodiny. Zda je rodina úplná, neúplná, v jaké fázi se rodina nachází. Jaké má rodina rodinné pojetí zdraví a nemoci, jestli rodina není součástí nějakého širšího společenství, jímž může být třeba církev nebo náboženské hnutí, které může dále ovlivňovat způsob, jakým o nemoci rodina přemýšlí. Jestli mají v rodině zkušenost s jiným chronickým onemocněním a jak se s tím rodina vypořádala, jaká je historie onemocnění a formy komunikace aj.

#### METODICKÁ DOPORUČENÍ:

**18. Prosím, nastavte si kulturu naděje, sama o sobě je léčivá a přináší rodinám potenciál, na kterém společně mohou pracovat a stavět cestu zotavení.**

### Co funguje – konkrétní doporučení při práci s rodinou

- ▶ Místo a čas – pokud chceme pracovat s rodinami, musíme brát v potaz to, že rodinní příslušníci jsou také pracující lidé, pokud jim dáme čas schůzky např. v 10 dopoledne, je pravděpodobné, že na ni nemohou přijít, část rodin může mít špatnou zkušenost a nemusí být ochotná přijít například do našich prostor, dejme jim možnost si zvolit taky místo, kde se cítí dobře
- ▶ Domlouváme se společně, kdo na setkání bude, je užitečné pozvat všechny členy rodiny
- ▶ Nehodnotíme rodinu nebo klienta; z vlastní zkušenosti víme, že většina rodin dělá to, o čem je přesvědčena, že je to nejlepší pro jejich nemocného člena

#### Co se nám v práci s rodinami osvědčuje:

- ✓ **Časová flexibilita týmu:** je potřeba si uvědomit, že pokud budeme nabízet pomoc rodině, kde jsou zbývající členové rodiny pracující, tak pokud jim budeme nabízet schůzku dopoledne, tak se nám asi ne vždycky povede se s nimi potkat. Proto je výhodné mít v týmech možnost časové flexibility.
- ✓ **Přirozené a bezpečné místo setkání:** sezení s rodinou na psychiatrické ambulanci nemusí být vhodným místem, protože rodina může mít špatnou zkušenost, může pro ni být složité i jenom překročit práh ambulance.
- ✓ **Společné vyjednání je velmi důležité pro získání důvěry:** důležité je společné domlouvání. Pokud klient a rodina stojí o spolupráci, je vždycky užitečné pozvat všechny její členy, které ten, s kým komunikujeme, považuje za důležité.
- ✓ **Dialogicky orientovaný přístup:** Nehodnotící a neradící přístup. Osvědčuje se nám nehodnotit rodinu nebo klienta. Většinou se rodina snaží jednat v dobré víře, i když si to nemusíme myslet nebo





to můžeme vidět jinak.

- ✓ **Oceňující přístup:** V takové situaci můžeme být často historicky první, kdo je za jejich podporu nemocného člena rodiny ocení. Což pochopitelně neznamená, že bychom je oceňovali za něco, co tomu člověku v zásadě škodí.

## Co funguje – konkrétní doporučení v práci s rodinou

- ▶ Oceňujme – často jsme první, kdo za dlouhodobou péči o nemocného rodinu pochválí
- ▶ V případě setkání více členů rodiny, dávejme prostor, moderujme, pokoušejme se, aby zazněl hlas každého člena rodiny
- ▶ Pokud jsou komentáře některého z členů rodiny pro jiného zraňující, je možné to přerámovat, často to u rodinných příslušníků bývá projev bezmoci a zároveň velké snahy pomoci, také je možné, že se jedná o fenomén „expressed emotions“
- ▶ Buďme trpěliví – nezměníme to, co v rodině „fungovalo dlouhý čas“, při jednom setkání

- ✓ **Zapojení více členů rodiny:** když začínáme pracovat s rodinami, nebo když už s nimi pracujeme, tak je vždycky užitečné, aby do spolupráce bylo zapojeno více členů týmu.
- ✓ **Dva členové týmu při setkání s rodinou je pravidlem:** při prvních setkáních s rodinou máme pravidlo, že na takové schůzky chodíme ve více lidech. To nám dává příležitost, že jeden z kolegů může být v roli moderátora a druhý v roli toho, kdo se bude snažit podpořit člověka s onemocněním nebo k němu v rámci setkání bude hledat bližší cestu. Také nám to nabízí možnost se rozdělit v komunikaci. Jeden může komunikovat s klientem a druhý s rodinným příslušníkem.
- ✓ **Využívání techniky přerámování:** pokud například rodinní příslušníci hovoří před nemocným člověkem zraňujícím způsobem, který zároveň vyjadřuje zájem, např. „podívejte, on si sám nezaváže ani tkaničky, musím mu je zavazovat“ se dá přerámovat do „vidím, že o něj máte zájem, že se snažíte mu pomoci“.
- ✓ **Věnujeme se také fenoménu expressed emotions:** viz podrobněji níže.
- ✓ **Vytrvalost, setrvání, být v minimálním kontaktu:** to, co platí i v práci s lidmi s duševním onemocněním, je být trpěliví, nerezignovat a v nějaké podobě setrvat, být v minimálním kontaktu s rodinou.





## Co funguje – konkrétní doporučení v práci s rodinou

- ▶ Nerezignujme na spolupráci s rodinou, pokud to odmítá, zároveň se nevnučujeme – i udržení minimálního kontaktu s rodinou je užitečné
- ▶ Dobrým časem pro intenzivní spolupráci s rodinou je období krize – **rodině přestávají fungovat do té doby nastavené mechanismy zvládnutí a jsou v tomto období spíše ochotní přijmout pomoc nebo změnu**
- ▶ Dávejme naději (ne planá očekávání), ne prognózy, které se nemusí naplnit (např. sebenaplnující proroctví)
- ▶ Zvažme, která přání rodiny, zakázku, můžeme přijmout, vždy je užitečnější, pokud je to společná zakázka klienta i rodiny – má větší šanci na úspěch

- ✓ **Využití období krize:** dobrým časem pro navázání kontaktu s rodinou je období krize, kdy přestávají platit věci, které do té doby platily.
- ✓ **Vytvářet naději:** měli bychom se vždy zaměřit, abychom dávali spíše naději než prognózy nebo diagnózy.
- ✓ **Reálná očekávání:** měli bychom zvažovat, jaké přání a zakázku můžeme přijmout, a to třeba v situaci, kdy jsme v asertivním kontaktu klienta, tedy zatím spolupracujeme pouze s rodinou. Rozhodně bychom měli být opatrní, abychom neslíbili něco, co nemůžeme naplnit.
- ✓ **Ocenění každého člena rodiny, dodávání reálné naděje**
- ✓ **Normalizace pocitů:** přijmout své pocity a nálady, i když nejsou optimální nebo jsou vyloženě škodlivé. Přijetí znamená naši ochotu připustit, že realita je taková, jaká je. Je to ochota nelhat si. Pokud se cítím špatně, je dobré přiznat si to: cítím se špatně. Zavírat oči před aktuálním prožitkem je ta nejproblematičtější cesta, kterou může jít klient i rodina. Proč? Protože tím velmi zvyšují pravděpodobnost, že se daný nepříjemný prožitek ještě zhorší.
- ✓ **Pozitivní přeznačkování (konotace):** to je technika, která umožňuje nabídnout pohled na obtížnou a problematickou situaci v jiném, přijatelnějším, pozitivním světle. Využitím přeznačkování vzniká šance řešit staré problémy jinak. Je to pozitivní výklad či pozitivní alternativa problematické situace a řešení. Dává klientovi a rodině šanci, příležitost, aby mohli začít jednat jinak, změnit svoje chování a přitom si zachovat „svou tvář“. Negativní označkování nebo nálepka může blokovat a brzdit jednání klienta a rodiny. Následkem toho se klient (i rodina) může cítit „vydělený nebo tzv. v koutě“. Pozitivní přeformulování téže skutečnosti může jejich „kout“ rozevřít a dodat novou jistotu. (Příklady přeznačkování: negativně: lenost – přeznačkování: drží se zpátky, vyrovnanost, uvolněnost, zvládnutí; negativně: dravost – přeznačkování: asertivní, zaměřený na činnost, nabitý čínorodostí.
- ✓ **Cirkulární dotazování:** pro cirkulární otázky je příznačná profesionální zvědavost na možné vztahy událostí, primárním účelem zde není poznat původ problému. Jejich význam spočívá hlavně v rozšíření pohledu na větší optickou plochu klienta a rodiny. Jejich užitím se získá jeden ze způsobů, jak do rozhovoru a práce zahrnout i vztahový systém klienta. Skrze sebe sama může klient uvidět





celou věc jinýma očima a v jiném světle, to vnese do rozhovoru plasticitu. (Příklady cirkulárních otázek: Kdo jiný si ještě dělá starosti? – záměr explorovat; Co dělají děti, když se hádáte? – záměr ozřejmit).

- ✓ **Externalizace:** je pojem, který byl do oblasti rodinné terapie zaveden poprvé na začátku osmdesátých let. Existuje mnoho způsobů chápání externalizace, ale nejlépe ji snad charakterizuje heslo „problémem není osoba, problémem je problém“. V době, kdy se na nás lidé obracejí o pomoc jako na odborníky, jsou často ve fázi, kdy věří, že je s nimi něco v nepořádku, že oni nebo něco na nich je problematické. Problém se stal „internalizovaným“. Je velmi obvyklé chápat problémy jako lidem „vnitřní“, jako by něco vypovídaly o povaze či „vnitřním já“ dané osoby. Externalizační postupy jsou alternativou k postupům internalizačním. Externalizace lokalizuje problémy nikoli v nitru jedinců, ale jako produkty kultury a historie. Problémy jsou chápány jako sociálně zkonstruované a vytvořené v průběhu času. Cílem externalizačních postupů je tedy umožnit lidem, aby si uvědomili, že oni sami a jejich problém nejsou jedno a to samé.
- ✓ **Propojení s CArE v rámci case managementu:** využití osobního plánu, plánu časných varovných příznaků (i krizové karty), analýzy sociální sítě, zejména část B – zaměření na míru a druh podpory od okolí, karty sociální sítě, kruhu sociální sítě.

## Co funguje – konkrétní doporučení v práci s rodinou

- ▶ Domluvme se, kdy můžeme překročit hranice, např. nedobrovolná hospitalizace (je utrpení pro rodiče toto zajišťovat, můžeme to zařídit my, nemusíme se bát, že nám to klient neodpustí, pokud s ním budeme dále v kontaktu a nebude to to jediné, co uděláme)
- ▶ Často je důležité se nejdříve seznámit, vytvořit vzájemnou důvěru, nenechme se chytit do pasti zakázek, důležitější je často být spolu a mít prostor věci sdílet
- ▶ Autenticita
- ▶ Potkání se „mezi dveřmi“, to, že se potkáváme ve dveřích s někým z rodiny, když jdeme ze schůzky s klientem, je práce s rodinou, i taková maličkost může nabourat stereotyp myšlení a témat, která rodina má

- ✓ **Vyjednávání hranic:** s rodinou i klientem by měly být vyjednány hranice. Jako příklad může být nedobrovolná hospitalizace.
- ✓ **Vytvořit prostředí důvěry:** je důležité se nejdříve s rodinnými příslušníky a s klientem seznámit, vytvořit vzájemnou důvěru.
- ✓ **Nepracovat pouze se zakázkami:** neměli bychom se nechat chytit do pasti zakázek.
- ✓ **Věnovat profesionální čas rodině, rodina jako součást zotavení:** důležitější je často být spolu a mít prostor věci sdílet.
- ✓ **Společné domlouvání, které bude společným plánováním:** důležité je společné domlouvání.
- ✓ **Lidskost a autentičnost:** ke klientovi bychom se měli snažit být lidšší a autentičtí.





- ✓ **I malé neformální setkání se „mezi dveřmi“ má svou sílu:** ve chvíli, kdy pracujeme terénním způsobem, docházíme za lidmi domů, tak malým kouzlem, které v rodinném systému může přinést změnu, je třeba jen to, že se setkáme s někým z rodinných příslušníků jen mezi dveřmi. Je to příležitost, která může přinést nebo otevřít nějaké nové téma.

## Co funguje – konkrétní doporučení v práci s rodinou

- ▶ Pracujeme týmově – učíme se od sebe navzájem, můžeme si rozdělit role v rámci daného případu a spolupráci s rodinami
- ▶ Spolupráce s rodinou dává možnost nemocnému člověku ukázat rodině to, že je ve svém životě kompetentní
- ▶ Spolupráce s rodinou nám dává možnost doplnění informací o situaci nemocného
- ▶ Spolupráce s rodinou nám může pomoci předejít krizi a hospitalizaci – znají varovné signály nemoci u svého příbuzného
- ▶ U služby chráněného bydlení pracujeme s rodinami s velkým předstihem, jsou přítomné obavy z dekompenzace, je třeba je na to připravit, často a oprávněně se bojí dekompenzace nemocného, to se i často stává, zde však platí, že i pokud dojde k hospitalizaci a nemocný se do chráněného bydlení vrátí, další pobyt již ve službě zvládne, je dobré tuto naši zkušenost sdílet s rodinami předem, tak aby nedošlo k zaleknutí a rodina následně další pobyt neblokovala, nebrala jako potvrzení neschopnosti nemocného

- ✓ **Síla týmu:** pracujeme týmově, učíme se od sebe navzájem, můžeme si rozdělit role.
- ✓ **Víra rodiny v kompetence duševně nemocného člověka:** člověku s nemocí přináší spolupráce s rodinou prostor, kdy před rodinou, pokud je rodina do spolupráce zapojená, může popsat, vysvětlit, ukázat své kompetence. Tým ho v tom podpoří tak, aby mu to rodina byla schopna uvěřit na základě reálných zkušeností.
- ✓ **Vyjednat i budoucí krizové situace:** spolupráce s rodinou nám dává možnost mít širší paletu informací o situaci člověka v rámci krizí. Bývá to právě rodina, která s ním takové situace již opakovaně zažila a je schopná přicházející ataku nebo zhoršení nemoci rozpoznat významně dříve než my.
- ✓ **Vyjednat a připravit krizový plán:** důležité je to třeba v situaci, kdy se rodina rozhoduje, že člověk nastoupí například do služby chráněného bydlení. Rodina může mít obavy, že to člověk nezvládne, že dojde k dekompenzaci a budou s ním muset být „zase“ doma. Zde je naše zkušenost jednoznačná, je dobré dopředu otevřeně s rodinou mluvit, že někteří lidé, kteří do bydlení nastoupí, skutečně dekompenzují i s nutností hospitalizace. Pokud o tom s klientem a rodinou mluvíme předem, dává nám to možnost vyjednat dopředu krizový plán a jednání všech během něj.

### METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 19. Vyjednávajte s klientem a rodinou potenciální krizové a těžké situace v předstihu a včas, zaznamenejte dohody do protikrizových plánů.**





## Koncept EE

- ↳ měření rodinného klimatu založené na tom, jak příbuzní spontánně mluví o pacientovi
- ↳ 5 komponentů:
  - ↳ kritické komentování
  - ↳ hostilita
  - ↳ přílišná emocionální zaangažovanost
  - ↳ vřelost
  - ↳ pozitivní přijetí
- ↳ relaps – 48 % pacientů s high EE vs. 21 % s low EE; pacienti žijící v domácnosti s high EE mají 2x víc symptomů

O čem jsme se již zmiňovali, je, že se u části rodin objevuje fenomén expressed emotions. To znamená výrazně více vyjadřovaných emocí v rámci komunikace v rodinách. Mluví se o pěti komponentách popsaných na obrázku.

První tři komponenty jsou označovány jako high expressed emotions a ve chvíli, kdy zjistíme, že v rámci komunikace v rodině jsou tyto komponenty přítomné, tak je doloženo, že hrozí až o 48 % větší riziko relapsu než tam, kde se objevují další dvě komponenty, jako je vřelost nebo pozitivní přijetí.





## Koncept EE

### Rodiny s vysokou hladinou EE:

1. rodiny s nemocným, který relabuje častěji než jednou v roce (navzdory užívání léků)
2. Příbuzní, kteří často kontaktují odborníky (zaměstnance služeb) o pomoc
3. Rodiny s opakovanými hádkami ústíciemi ve fyzické nebo psychické násilí
4. Samotní rodiče (zejména matky)

Rodiny s vysokou hladinou EE se dají rozpoznat třeba tak, že jsou to rodiny s člověkem, který ač má dobře nastavenou třeba farmakoterapeutickou léčbu, tak u něj dochází k relapsům častěji než např. jednou ročně.

Rodiny nás „až zavalují“ a žádají o pozornost průběžně a často nás kontaktují. V rodinách, kde se fenomén EE objeví, jsou mnohem častější hádky, které mohou přerůst až ve fyzické násilí. Často jsou to samotní rodiče, zejména matky.

- ✓ **Osvědčilo se nám s nimi pracovat formou individuálních nebo rodinných edukací:** o fenoménu EE zde můžeme mluvit tak, že víme, že se v rodinách s duševní nemocí vyskytuje, a mluvíme o něm teoreticky.





## Způsoby práce s rodinami

- ▶ Case management
- ▶ Peer rodinní příslušníci součástí týmů
- ▶ Svépomoc
- ▶ Rodinná terapie
- ▶ Psychoedukace
- ▶ Open dialog
- ▶ RACT
- ▶ Need adapted treatment

Na obrázku představujeme pro inspiraci výčet osvědčených způsobů práce s rodinami, se kterými jsme se v Karlovarském kraji setkali.

V další části textu se každému stručně věnujeme samostatně.







## Case management

- ▶ Case management je základní metodou péče a zapojení rodiny jako zdroje, ale i příjemce pomoci
- ▶ Zapojení rodiny dává větší šanci pro úspěšné řešení případu nemocného člověka
- ▶ Část podpory je důležité věnovat samotné rodině
- ▶ Např. v modelu FACT jsou rodinné intervence přímo jeho součástí

### ✓ Case management (CM)

Je základním nástrojem při zapojení rodiny do procesu zotavení.

Case management pochází z anglického slova „to manage“, který je do češtiny překládán jako řídit, vést, organizovat, spravovat či dosáhnout cíle. Tedy případové vedení používáme u všech klientů i u rodin, kde je potřeba vyřešit více problémů, u kterých je nezbytná multidisciplinární pomoc a zapojení samotného klienta aktivně do procesu změny pro zvládnání daného problému.

Základní prvky case managementu, které používají odborní pracovníci – case manažeři, jsou: přehled o potřebách a schopnostech klienta/pacienta, opakované plánování a uskutečňování plánu v partnerské spolupráci s rodinou, monitoring úspěchů a dosažených společných cílů.

Důležitou úlohu v používání CM hraje odborný pracovník. Pokud přijde klient a jeho rodina s nějakou situací, problémem, je důležité navázání dobrého vztahu s klientem i jeho rodinou odborným pracovníkem, který bude klienta a jeho rodinu dále provázet a podporovat. Právě odborný pracovník (case manager) se stává prostředníkem mezi klientem, různými odborníky potřebnými k řešení případu a institucemi. Case manager zprostředkovává klientovi kontakt s multidisciplinárním týmem v případových konferencích, ale také reguluje slovník odborníků tak, aby klient dobře porozuměl sdělovaným informacím.

Vzhledem k tomu, že se case managementu věnují v detailech i další metodiky, nebudeme jej zde dále rozvádět.



## Peer rodinní příslušníci

- ▶ Pracují s vlastním příběhem a zkušeností
- ▶ Primárně pracují s rodinami nemocných, ale mohou pracovat i s klienty, pokud je to třeba
- ▶ Dávají naději, zkušenost, že sebeobětování není cestou k pomoci nemocnému
- ▶ Jsou součástí týmu a mají v něm právoplatnou roli
- ▶ Jsou experty na zprostředkování kontaktu s rodinami nemocných
- ▶ Ze zkušeností víme, že umí velmi dobře pomoci zapojit rodinu do spolupráce a měnit její postoje na základě předání vlastních zkušeností

### ✓ Rodinní příslušníci v roli peer pracovníka

K peer rodinným příslušníkům se podělíme o následující příběh.

*Náš kolega peer konzultant k nám přijel do Karlových Varů udělat přednášku pro klienty, protože jsme chtěli, aby i ostatní klienty namotivoval k tomu, aby dostali odvahu a šli si pozici zkusit vykonávat. A tehdy nás peer konzultant poprosil, jestli by se toho setkání nemohla zúčastnit i jeho máma, že on už to dělá přes dva roky, ale pořád jí nedokáže vysvětlit, co že to vlastně dělá, a tak by bylo fajn, kdyby se na to podívala. Prostor byl poskytnut, a on nám po setkání domluvil společnou procházku s maminkou s tím, že se nám ji snažil nabídnout jako naši první peer rodinnou konzultantku jako dobrovolnici. Říkali jsme si, „co s ní budeme dělat“, nicméně v té době už jsme měli v hlavě, že když existují peer konzultanti, proč by nemohli existovat peer rodinní konzultanti. Maminka nás tenkrát na společné procházce přesvědčila svou dobrosrdečností a otevřeností. Tak jsme o tom začali mluvit a dávat spolupráci tvar, jak by fungovala v týmu, co by bylo náplní práce apod. To bylo zhruba před sedmi lety.*

Peer rodinní příslušníci jsou cenní, protože pracují s vlastní zkušeností, jsou plnohodnotnou součástí týmu, pracují primárně s rodinami nemocných, ale v případě potřeby mohou pracovat i s klienty. Přináší do týmu naději a zkušenost, že sebeobětování není cestou k pomoci nemocnému. U nás jsou to experti na zprostředkování kontaktu s rodinami nemocných, na jejich zapojení a vytváření kultury orientované na naději.





## Svépomoc

- ▶ Je důležitou součástí, možné je podporovat svépomocné skupiny vně i mimo organizaci
- ▶ Podporu je důležité poskytovat promyšleně, aby se neutvářelo jen dočasné a uzavřené společenství, které se časem vyprázdní
- ▶ Je potřeba, aby ostatní služby organizace aktivně podněcovaly zájem rodinných příslušníků a cíleně toto nabízely rodinám, se kterými spolupracují
- ▶ Svépomocná hnutí je dobré motivovat v aktivitě ven – k podpoře změn v poskytování péče

### ✓ Svépomocné skupiny rodičů

U svépomoci považujeme za důležité, když je svépomoc podporovaná zvenčí. Málokterá svépomocná skupina má totiž dlouhé trvání. My se snažíme svépomocným skupinám prostřednictvím peer konzultantů poskytovat prostor. Jsou svolavateli setkání, snaží se skupinu držet tak, aby se z ní nestala uzavřená skupina, která mezi sebe nepustí nikoho dalšího.

Obecně je naše zkušenost se svépomocí dobrá. Když se někdo snaží založit svépomocnou skupinu, tak se do ní vždy snažíme vtahovat nebo zapojovat i lidi, kteří prošli skupinovými edukacemi rodiny.





## Rodinná terapie

- ▶ Rodinnou terapii je možné implementovat do systému péče o nemocné a jejich rodiny, je dobře propojitelná s case managementem
- ▶ Rodinná terapie je užitečným zdrojem inspirace, značná část technik a přístupů je používána v sociální práci – je důležité znát kontext a uvědomovat si, co a odkud v práci s lidmi s duševním onemocněním používáme
- ▶ Obrovskou výhodou je, pokud alespoň malá část pracovníků absolvuje komplexní výcvik v rodinné terapii

### ✓ Rodinná terapie

Je důležité si uvědomit, při kolika činnostech v oblasti sociální práce, které denně vykonáváme, jsme inspirováni rodinnou terapií. Rodinnou terapii samozřejmě vykonáváme za předpokladu, že máme vycvičený personál, odborníky. Za nás by bylo skvělé, kdyby psychologové z CDZ byli nositeli těchto aktivit.





## Psychoedukace

- Podávání informací, individuální i skupinové vzdělávání
- Může být napojena na podpůrnou (svěpomocnou) skupinu

### Například:

- Přednášky pro klienty
- Přednášky pro rodinné příslušníky
- Kombinované přednášky (pro celé rodiny)
- Preduka – <https://www.nudz.cz/lecebna-pece/lecebne-programy/preduka/>

### ✓ Psychoedukace

U psychoedukace je možné metodicky odkázat na Preduku, kterou pravidelně využíváme. Je to edukační program NUDZ, variabilně využitelný pro naše potřeby. Jsme přesvědčeni, že individuální edukace je pravidelnou součástí práce. Děláme ji dennodenně, když s klienty, případně jejich rodinami, rozmlouváme o tom, co funguje a nefunguje, kompilujeme informace a snažíme se o pochopení toho, co se u nich děje.

Může to být formou přednášek pro rodinné příslušníky individuálně nebo v kombinaci s ostatními. Jen je třeba si uvědomovat úskalí toho, že pokud se rozhodneme dělat edukaci ve skupince, která je složená z více rodinných příslušníků, že je potřeba je moderovat tak, aby nebyly pro někoho zraňující.





## Open dialog

- ▶ Finský model založený na intenzivní spolupráci s rodinou klienta
- ▶ Pravidlo 24 hodin od kontaktu setkání s rodinou založené na dialogickém přístupu a reflektujících technikách
- ▶ Opatrně s dezinterpretací a na antipsychiatrický přístup založený na nepodávání psychofarmak
- ▶ Inspirace a dobrá zkušenost s reflektujícím týmem u rodin, kde u nemocného trvá i dlouhý čas

### ✓ Open dialog

Obrovský důraz na práci s rodinou klade model otevřeného dialogu, který je popsán i v dalších metodikách. Za nás je dobrá zkušenost s reflektujícím týmem u rodin, kde nemoc má chronický průběh a rodina přichází se zakázkou v duchu „tak nám ho opravte“, středobodem sezení je ten nemocný člověk nebo jeho nemoc, takže zapojení reflektujícího týmu může dát příležitost k odklonění od zakázky, jak to udělat, aby se onen člověk uzdravil, třeba k silným stránkám dané rodiny, společné aktivitě, dovolené apod.

Otevřený dialog přináší kulturu práce s rodinou, o které jsme psali v úvodní kapitole a která dle naší zkušenosti bude novým modelem v práci s rodinou.





## RACT

- ▶ Norský model
- ▶ Nemocný člověk si definuje a deleguje ze svého okolí podpůrnou síť
- ▶ S pomocí profesionála sestaví zakázku, kterou pak předkládá takto ad hoc složené skupině
- ▶ Jedná se o systematickou dlouhodobou spolupráci

### ✓ RACT – Resourge group – Assertive Community Treatment

Jen lehce zmíníme RACT, což je model pocházející z Norska. RACT je charakteristický svým důrazem na aktivní zapojení klienta a představuje nový nástroj, který ke zplnomocňování klienta využívá tzv. resource group (v překladu je asi nejmýstižnější označení „osobní podpůrná skupina“).

My jsme přístup vyzkoušeli, když jsme chtěli posilovat práci s rodinami. Model počítá s tím, že v první fázi si nemocný člověk zkusí vydefinovat společně se svým pracovníkem podpůrnou síť z rodinných příslušníků. V tomto procesu bývají často přizýváni i lékaři, což se v naší kultuře nedařilo. A v další fázi, když si člověk nadefinuje svou podpůrnou skupinu, tak se za přispění case manažera pokouší spolupracovat a zaúkolovat své příbuzné nebo členy skupiny ke konkrétní pomoci, kterou by od nich potřeboval.





## Need adapted treatment

- ▶ Finský model
- ▶ Kolem klienta se skládá ad hoc tým podpory, který je včetně rodiny, ale zapojuje se i širší síť – policie, učitelé atd.
- ▶ Často se pracuje i formou telekonferencí, ne vždy je vyžadováno osobní setkávání

### ✓ Need adapted approach

Finský model, který není založen jen na spolupráci s rodinnými příslušníky, ale kolem klientů se skládá ad hoc tým, kde často bývají vedle rodinných příslušníků třeba učitelé, policie apod. Je to inspirováno i otevřeným dialogem. Dochází k velkým společným sezením. Často jsou využívány i telekonferenční prvky, protože je to práce ve velkém regionu. Co je v tomto přístupu standardem, že jej primárně zajišťují psychiatrické sestry.

### METODICKÁ DOPORUČENÍ:

**20. Realizujte s rodinou proaktivní komunikaci, vytvořte prostor, jak může rodina vstoupit, ať rodina nestojí „poníženež za dveřmi a nečeká, až si najdeme kousek profesionálního času“. Na rodinu si čas v systému své práce najdete vždy, přeorganizujte svůj systém práce tak, aby se do něj týmová práce s rodinou vešla, jako standard práce, který je dalším z klíčů k zotavení lidí s duševním onemocněním.**





## Souhrn metodických doporučení

| OBSAH – CO                                                                                                                                                                                                              | POSTUP – JAK | ODPOVÍDÁ | TERMÍN | MÍRA NAPLNĚNÍ NA ŠKÁLE 1–5 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|--------|----------------------------|
| 1. Setkání mezi klienty, rodinou a profesionály je přímým zásahem do života klientů a minimálním požadavkem pro takové setkání je, aby klient a rodiny, blízcí, odcházeli více zplnomocněni, než přišli.                |              |          |        |                            |
| 2. Rodinu přizývejte ke společným setkáním, aniž by u případu byla indikace pro rodinnou terapii.                                                                                                                       |              |          |        |                            |
| 3. Otevřete prostor pro společný dialog, otevřete od počátku setkání všem zúčastněným a rozhodnutí vyjednávejte a uzavírejte společně.                                                                                  |              |          |        |                            |
| 4. Realizujte s klienty, rodinami a profesionály otevřená síťovací setkání, kde společně plánujte a hledejte zdroje pro uskutečnění plánů a vizí.                                                                       |              |          |        |                            |
| 5. Společné plánování se vám může ukázat jako nejlepší léčba.                                                                                                                                                           |              |          |        |                            |
| 6. Svoje zaměření, fokus, odkloňte od soustředění se na popis deficitu a problémů směrem k orientaci na silné stránky a řešení, pro které každý může „něco“ přinést.                                                    |              |          |        |                            |
| 7. Posuňte své paradigma k tomu, co si rodina přeje, čeho si váží, v čem je její síla, na čem může stavět, co jsou její hodnoty, od toho, čeho se bojí, čím opovrhne.                                                   |              |          |        |                            |
| 8. Vytvořte udržitelný dialog mezi klientovou osobní sítí a profesionální sítí a buďte proaktivní. Rodiny v našem kulturním zdravotně-sociálním prostředí se musí podobně jako my učit a prožít partnerskou spolupráci. |              |          |        |                            |
| 9. Vyzkoušejte novou praxi, kdy se s rodinou klienta/pacienta pracuje týmově, nikoliv individuálně, využijete tak všechny silné stránky všech členů vašeho týmu. Přínosy vyhodnoťte a zaveďte nové přístupy do praxe.   |              |          |        |                            |

|                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 10. V práci s rodinou si udržte vnímavost k pozitivnímu a odbourávejte zaběhlé myšlení vidět „jen“ symptomy a patologie.                                                                                                                |  |  |  |  |
| 11. Vyhněte se obviňování a expertnímu interpretování.                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |
| 12. Rozvíjejte v sobě schopnost slyšet, vidět a tolerovat různé perspektivy.                                                                                                                                                            |  |  |  |  |
| 13. Zvyšujte své dovednosti naplnit tento přístup v často ještě přísně hierarchickém prostředí.                                                                                                                                         |  |  |  |  |
| 14. Zkuste vytvořit prostor pro zapojení rodiče se zkušeností do týmů v CDZ, komunitních týmů či na oddělení psychiatrických nemocnic.                                                                                                  |  |  |  |  |
| 15. Zapojte rodiče se zkušeností, tj. peer rodiče, do práce s rodinou, kdy motivujete, vytváříte naději, podporujete rodinu při zvyšování jejich kompetencí, zvyšujete vztahovou toleranci, podporujete rodinu při hledání nových cest. |  |  |  |  |
| 16. Vytvořte u každého týmu CDZ, rodičovskou skupinu orientovanou na „self“ podporu, sdílení zkušeností, edukaci o nemoci.                                                                                                              |  |  |  |  |
| 17. Vytvořte prostředí i podporu pro svépomocnou rodičovskou skupinu.                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |
| 18. Prosím, nastavte si kulturu naděje, sama o sobě je léčivá a přináší rodinám potenciál, na kterém společně mohou pracovat a stavět cestu zotavení.                                                                                   |  |  |  |  |
| 19. Vyjednávajte s klientem a rodinou potenciální krizové a těžké situace v předstihu a včas, zaznamenejte dohody do protikrizových plánů.                                                                                              |  |  |  |  |



20. Realizujte s rodinou proaktivní komunikaci, vytvořte prostor, jak může rodina vstoupit, ať rodina nestojí „poníženě za dveřmi a nečeká, až si najdeme kousek profesionálního času“. Na rodinu si čas v systému své práce najděte vždy, přeorganizujte svůj systém práce tak, aby se do něj týmová práce s rodinou vešla, jako standard práce, který je dalším z klíčů k zotavení lidí s duševním onemocněním.