



100 způsobů, jak podporovat zotavení.

Průvodce pro odborníky působící v oblasti podpory
duševního zdraví
Mike Slade

VYDÁNÍ DRUHÉ

Kdo jsme

Organizace Rethink Mental Illness je neziskovou organizací, která věří, že milióny lidí, jejichž životy jsou ovlivňovány duševním onemocněním, by mohly mít lepší život. Již čtyřicet let propojujeme lidi, aby se mohli vzájemně podporovat. Na území Anglie provozujeme služby a podpůrné skupiny, které mění životy lidí. Neustále se snažíme stavět se proti zakořeněným postojům k duševnímu onemocnění a měnit je.

Obsah

Úvod	5
Část první: Co je osobní zotavení?	8
Část druhá: Nejdůležitější jsou vztahy	11
Část třetí: Základy služeb pro podporu duševního zdraví zaměřených na zotavení	16
Část čtvrtá: Vyhodnocení	18
Část pátá: Akční plánování	24
Část šestá: Podpora rozvoje dovedností v oblasti self-managementu	25
Část sedmá: Zotavení skrze krizi	31
Část osmá: Přijetí zaměření na zotavení ve službách pro podporu duševního zdraví	33
Část devátá: Transformace systému podpory duševního zdraví	35
Příloha první: Elektronické zdroje využitelné na podporu zotavení	36
Příloha druhá: Přehled odkazů	37



Předmluva

V organizaci Rethink Mental Illness pilně pracujeme na tom, abychom zlepšovali život lidí s duševním onemocněním, a v tomto ohledu je klíčovým úkolem změnit způsob, kterým jsou služby pro podporu duševního zdraví provozovány.

Tato publikace nabízí 100 praktických způsobů, jež pracovníkům ve službách pro podporu duševního zdraví umožní pracovat způsobem, který bude zaměřený na konkrétního člověka a na jeho zotavení.

Od svého prvního vydání v roce 2009 proběhlo 23 000 stažení této publikace z webových stránek organizace Rethink Mental Illness (rethink.org/100ways) a publikace byla přeložena do několika evropských jazyků. Toto druhé vydání odkazuje na nově se objevující důkazy a obsahuje aktualizované odkazy na relevantní zdroje.

Profesor Mike Slade, autor této zprávy, je konzultujícím klinickým psychologem působícím v South London and Maudsley NHS Foundation Trust a profesorem pro výzkum ve zdravotnických službách v Institute of Psychiatry při King's College v Londýně. Jeho tým výzkumných pracovníků nyní prochází poslední fází pětiletého výzkumného klinického hodnocení REFOCUS (dokončení má proběhnout v roce 2014), v jehož rámci vytváří a vyhodnocuje manualizovaný program intervencí podporujících zotavení pro týmy, jež v Anglii pracují s dospělými osobami s duševním onemocněním.

V těch několika letech, která uběhla od prvního vydání publikace, dále vzrostlo soustředění na zotavení u osob s duševním onemocněním. Zotavení se stalo běžnou součástí každodenní praxe v poskytování služeb podpory duševního zdraví a na podporu práce zaměřené na konkrétního člověka byly zavedeny nové, strategicky řízené postupy a nástroje, například Personalizace a Osobní rozpočty na zdravotnické služby.

Nicméně nás stále čeká velké množství další práce. V roce 2012 uveřejnila Komise pro schizofrenii svá zjištění vycházející z komplexního přezkoumání aktuálních důkazů a praxe a označila oblasti, které vyžadují zlepšení, jež zajistí poskytování podpory a léčby lidem tak, aby se jejich životy skutečně mohly změnit (schizophreniacommission.org.uk).

Toto aktualizované druhé vydání publikace 100 způsobů, jak podporovat zotavení nabízí praktický nástroj pro pracovníky ve zdravotnických službách, jehož využíváním mohou k této práci přispět.



Paul Jenkins
Chief Executive, Rethink Mental Illness
duben 2013

Tato publikace je průvodcem pro pracovníky působící v oblasti podpory duševního zdraví a jejím cílem je podporovat v našich službách další rozvoj zaměřený na zotavení. Uvádí různé tipy a podněty pro práci s uživateli služeb tak, aby byla více zaměřená na zotavení.

Tato publikace vychází ze dvou základních předpokladů:

- Prvním je, že zotavení je něco, k čemu se člověk s duševním onemocněním postupně dopracovává a co prožívá. Není to něco, co tomu člověku udělají služby. Příspěvek pracovníků spočívá v podpoře dané osoby na její cestě k zotavení.

- Druhým předpokladem je, že cesta k zotavení je velmi individuální. Nejlepší způsob podpory jednotlivce při zotavení bude u každého člověka jiný.

Vzhledem k tomu, že neexistuje žádná ideální ani „ta správná“ služba, není možné vytvořit pokyny k tomu, jak by mohli pracovníci v oblasti podpory duševního zdraví krok za krokem podporovat zotavení. Tento průvodce proto představuje spíše mapu než přesný itinerář.

Základem této zprávy je koncepční rámec, který umožňuje identifikovat, jaké typy podpory by mohly být užitečné. Tento rámec se označuje jako Rámec osobního zotavení (Personal Recovery Framework) a vychází z výpovědí osob, které mají vlastní zkušenosti s duševním onemocněním. Cílem této publikace je pak převedení tohoto rámce do praxe.

* Jsme si sice vědomi toho, že tento výraz bývá napadán a zpochybňován, nicméně odkazujeme na „uživatele služeb“ proto, že se zaměřujeme na osoby, které mají vlastní zkušenosti s duševním onemocněním a využívají služby.

Druhé vydání

Od prvního vydání publikace *100 způsobů, jak podporovat zotavení* v roce 2009 proběhlo 23 000 stažení této publikace z webových stránek organizace Rethink Mental Illness (rethink.org/100ways).

Jak vyplývá z lidských příběhů, od roku 2009 se v našem porozumění zotavení mnoho nezměnilo. Žít život mimo rámec daný nemocí zůstává pro mnoho lidí možností pouze v případě, že se spojí jejich aktivní snaha a dobrá podpora. Nová důkazní základna pro zotavení se však objevuje také v akademických publikacích o duševním zdraví.

Například oddělení pro zotavení při Institute of Psychiatry provedlo několik studií zotavení – více informací najdete na stránkách researchintorecovery.com. Byly mezi nimi také systematické studie (nejpřísnější metoda slučování důkazů), které identifikovaly klíčové procesy zotavení: Connectedness, Hope, Identity, Meaning and Empowerment (takzvaný rámec CHIME)¹, jak vyhodnocovat zotavení², jak identifikovat silné stránky³ a jak zvyšovat naději⁴.

Nyní je již možné identifikovat ve službách podpory duševního zdraví v oblasti podpory zotavení⁵ nejlepší praxi. Proběhlo vyhodnocení opatření na identifikování dobré podpory zotavení⁶, které vedlo k vytvoření nového bezplatného programu nazvaného INSPIRE (researchintorecovery.com/inspire).

Vznikají⁷ a vyhodnocují se⁸ intervence na podporu zotavení, a napříč Anglií probíhají národní iniciativy na transformaci služeb pro podporu duševního zdraví⁹. Ve všech těchto iniciativách působí organizace Rethink Mental Illness jako průvodce a partner. Toto druhé vydání publikace *100 způsobů, jak podporovat zotavení* bylo aktualizováno tak, aby reflektovalo tuto vznikající důkazní základnu.



Mike Slade



Část první: Co je osobní zotavení?

Zotavení je slovo, které má dva významy.

Klinické zotavení je myšlenkou, která vznikla z odborného přístupu odborníků na duševní zdraví, a patří do něj zbavení se příznaků, obnovení sociálního fungování a další formy ‚vrácení se k normálu‘.

Osobní zotavení je myšlenkou, jež vznikla díky zkušenostem a znalostem lidí, kteří sami mají osobní prožitek duševního onemocnění, a znamená něco jiného než zotavení klinické. Nejrozšířenější definicí osobního zotavení je ta od Anthonyho (1993)¹⁰:

... hluboce osobní, jedinečný proces proměny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí jednotlivce. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes omezení způsobené nemocí. Zotavení obsahuje uchopení nového významu a smyslu života člověka tak, jak tento člověk překonává katastrofické důsledky svého duševního onemocnění.

Všeobecně se uznává, že většina služeb pro podporu duševního zdraví je v současné době uspořádána tak, aby splnily cíl klinického zotavení. Přesto však politika pro oblast podpory duševního zdraví po celém světě stále více zdůrazňuje podporu směřující k zotavení osobnímu. Například v Anglii bylo ústředním cílem národní strategie podpory duševního zdraví v roce 2011 „Více lidí s problémy s duševním onemocněním se zotaví“¹¹. Jak transformujeme služby tak, aby se více zaměřovaly na osobní zotavení? Tato zpráva identifikuje sto různých způsobů, počínaje koncepčním rámcem, který by měl tvořit úplný základ této transformace.

Rámeček první: Úkoly v oblasti osobního zotavení

První úkol v oblasti zotavení: Vytváření pozitivní identity Prvním úkolem v oblasti zotavení je

vytváření pozitivní identity, tedy identity, která existuje nad rámec identity omezené na bytí člověkem s duševním onemocněním. Prvky identity, které jsou pro jednoho člověka životně důležité, mohou být pro jiného mnohem méně významné, což jen zdůrazňuje skutečnost, že pouze daný člověk může rozhodnout o tom, co pro něj představuje osobně hodnotnou identitu.

Druhý úkol v oblasti zotavení: Zarámování ‚duševního onemocnění‘ Druhým úkolem v oblasti

zotavení je vytváření osobně uspokojivého významu, který zarámuje zkušenost, již by odborníci chápali jako duševní onemocnění. Sem patří nalezení smyslu dané zkušenosti tak, aby bylo možné ji dát do rámečku: orámovat ji jako součást člověka, ale nikoli jako celého člověka. Tento význam by bylo možné vyjádřit jako diagnózu, nebo jako formulaci, nebo by nemusel mít nic společného s odbornými modely – spirituální nebo kulturní nebo existenční krize (odtud uvozovky v názvu tohoto úkolu).

Třetí úkol v oblasti zotavení: Vlastní zvládnání duševního onemocnění Orámování zkušenosti

s duševním onemocněním poskytuje kontext, v němž se tato zkušenost stává jednou ze životních výzev člověka, a umožňuje mu vytvářet si schopnost vlastního zvládnání nemoci. Přechod probíhá od klinického řízení až k převzetí osobní odpovědnosti formou self-managementu. To neznamená, že budete na všechno sami. Znamená to, že budete odpovědní za svoji vlastní duševní pohodu, včetně vyhledání pomoci jiných osob v případě potřeby.

Čtvrtý úkol v oblasti zotavení: Vytváření ceněných sociálních rolí Posledním úkolem v oblasti

osobního zotavení je získání dřívějších, pozměněných nebo nově ceněných sociálních rolí. Sem často patří sociální role, které nemají nic společného s duševním onemocněním. Ceněné sociální role vytvářejí základní konstrukci pro nově vznikající identitu člověka, který je na cestě ke svému zotavení. Naprosto klíčová je práce s takovou osobou v jejím sociálním kontextu, zejména proto, že v průběhu krize je získávání a poskytování podpory, jež obvykle přichází od přátel, rodiny a kolegů, nejnáročnější.

1.1 Rámec osobního zotavení

Podpora osobního zotavení zahrnuje také přenesení pozornosti z léčení onemocnění na podporu duševní pohody. Součástí tohoto procesu je také transformace, v jejímž rámci se odborné vzory stanou součástí širšího pochopení daného člověka. Toto pochopení se může řídit Rámcem osobního zotavení založeným na čtyřech doménách zotavení, jež vyvstávají ze svědectví osob, které trpí duševním onemocněním¹²:

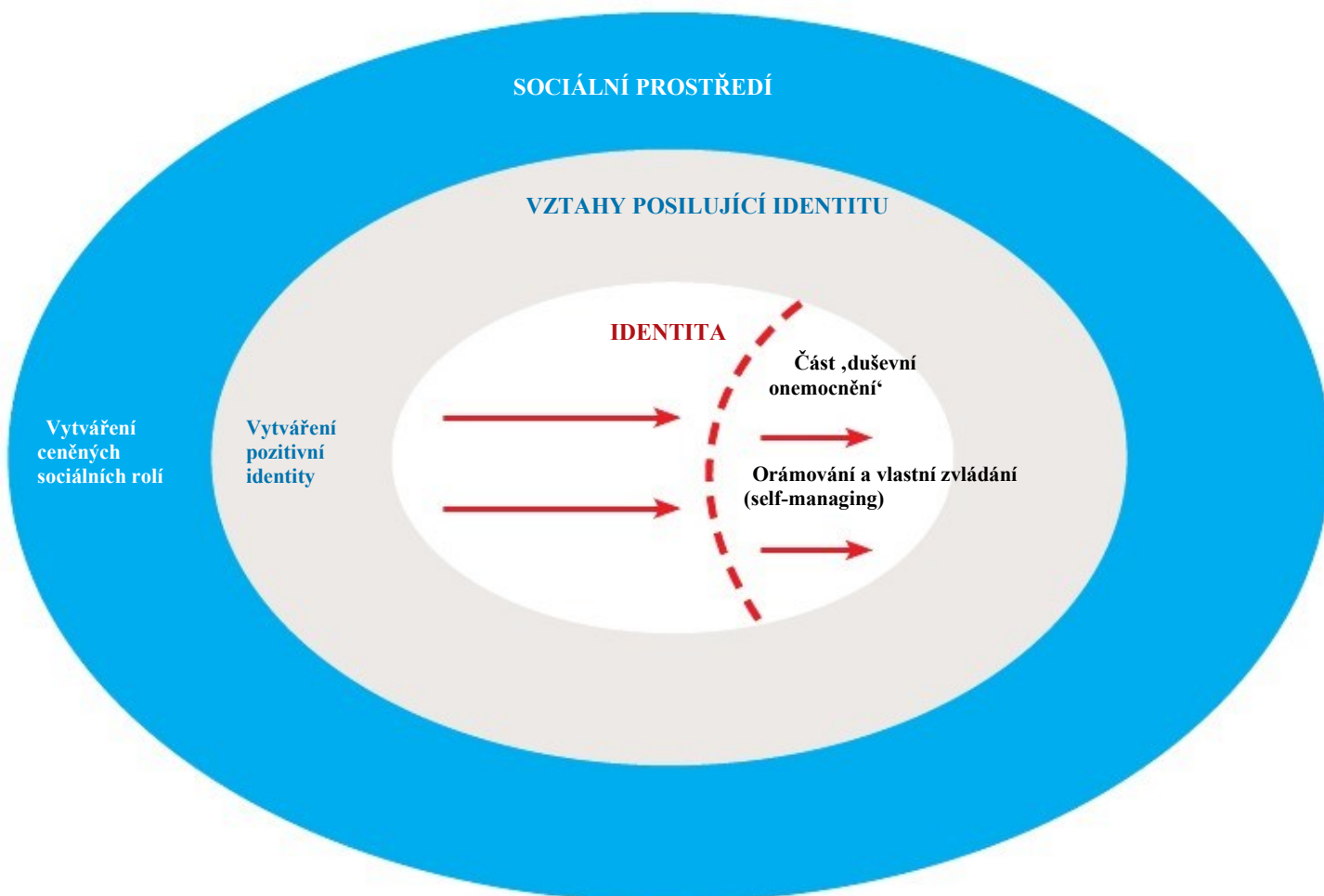
- **Naděje** jako často zmiňovaná součást zotavení
- **Vlastní identita**, včetně současného a budoucího sebeobrazu
- **Význam** v životě, včetně smyslu života a životních cílů
- **Osobní odpovědnost** – schopnost převzít osobní odpovědnost za vlastní život.

Rámec osobního zotavení (viz obrázek č. 1) je založen na čtyřech úkolech zotavení, které se během zotavení obvykle naplňují (viz rámeček č. 1). Tyto úkoly jsou seřazeny volně, naznačují obvyklé, nikoli však všeobecně platné uspořádání, od víry až po akční kroky a od osobního ke společenskému.

Šipky naznačují, že ke zotavení patří také minimalizace dopadů duševního onemocnění (prostřednictvím zarámování a vlastního zvládnání situace) a maximalizace duševní pohody (skrze vytváření pozitivní identity a ceněných sociálních rolí a vztahů).

Služba pro podporu duševního zdraví zaměřená na osobní zotavení je uspořádána tak, aby podporovala jednotlivce při plnění čtyř úkolů v rámci zotavení, přičemž všechny jsou podloženy důrazem na vztahy. Hlavními rozdíly mezi praxí zaměřenou na zotavení a praxí tradiční se zabývá několik autorů se zkušenostmi se zaváděním změny ve službách tak, aby tyto byly více pro zotavení¹³⁻¹⁷; některé rozdíly jsou uvedeny v tabulce č. 1.

Obrázek č. 1: Rámec osobního zotavení



Tabulka č. 1: Rozdíly mezi tradičními službami a službami zaměřenými na zotavení

Tradiční přístup	Přístup zaměřený na zotavení
Uspořádání hodnot a pravomocí	
(Zdánlivě) bez hodnot	Zaměřený na hodnoty
Odpovědnost odborníků	Osobní odpovědnost
Zaměřený na kontrolu	Zaměřený na možnost volby
Moc nad lidmi	Probouzí pravomoci člověka ve vlastním životě
Základní pojetí	
Vědecké	Humanistické
Patografie (popis vlastní nemoci pacientem)	Biografické (životní příběh)
Psychopatologie	Bolestivé zkušenosti
Diagnóza	Osobní význam
Léčba	Růst a objevování
Pracovníci a pacienti	Odborníci skrze vzdělání a odborníci skrze vlastní zkušenosti
Vědomostní základna	
Randomizované kontrolované studie	Návodné příběhy
Systematická přezkoumání	Vytvořena ze vzorů – příběhů skutečných osob
Vynětí z kontextu	V rámci společenského kontextu
Praxe ve službách	
Popis	Porozumění
Zaměření na poruchu	Zaměření na osobu
Založena na onemocnění	Založena na silných stránkách
Založena na omezování nepříznivých příhod	Založena na nadějích a snech
Jednotlivec se přizpůsobuje programu	Poskytovatel se přizpůsobuje jednotlivci
Odměňuje pasivitu a vyhovění	Podporuje zplnomocnění
Koordinátoři odborné péče	Self-management
Cíle služby	
Proti nemoci	Pro zdraví
Dostat pod kontrolu	Vlastní kontrola
Vyhovění	Možnost volby
Návrat k normálu	Transformace

Vzhledem k tomu, že osobní zotavení je něco, co zažívá jednotlivec, je úkolem pracovníků podporovat danou osobu na její cestě k zotavení. Zbývající část této zprávy popisuje, co to znamená v praxi.

Část druhá: Nejdůležitější jsou vztahy

Tato část začíná podrobným zkoumáním stovky způsobů, jak mohou pracovníci v oblasti podpory duševního zdraví podporovat zotavení. Zaměřuje se na vztahy – s osobami s podobnými zkušenostmi, s pracovníky a s ostatními lidmi.

2.1 Podpora vztahů s osobami s podobnými zkušenostmi (peer vztahů)

Lidé, kteří mají sami zkušenost s duševním onemocněním (často označovaní jako ‚peers‘), mohou přímo přispívat k zotavení druhých¹⁸⁻²⁰. Smysluplné zapojení peers je v mezinárodním kontextu spojeno s inovativními službami zaměřenými na zotavení. Rozlišujeme tři typy peer podpory při zotavení.

1: Svépomocné skupiny

U svépomocných skupin je prvořadá prožitá zkušenost, jejich struktura tedy vychází z předpokladu, že všichni účastníci mají čím přispět.

2: Peer specialisté

Peer specialista je role v systému pro podporu duševního zdraví, u něž je osobní zkušenost s duševním onemocněním základním požadavkem pro výkon této práce. Vytváření rolí peer specialistů má čtyři různé přínosy.

1. U peer specialisty se jedná o práci se všemi výhodami, které z ní plynou. Jeho vlastní odžité zkušenosti jsou oceněny, což může samo o sobě znamenat velmi transformativní přerámování zkušenosti s duševním onemocněním. Peer specialista dává druhým, což je důležitou součástí uzdravování. Upevňují se jeho schopnosti v oblasti self-managementu a pracovní dovednosti.

2. U ostatních pracovníků vede jejich zkušenost ke zvýšenému uvědomování si osobních hodnot. Interagování s peer kolegy je v rámci služeb přirozenou, nikoli vynucenou výzvou stigmatizaci ve stylu ‚oni a my‘.
3. Ostatním uživatelům služeb poskytuje kontakt s peer specialisty viditelné vzory zotavení – což je silný prostředek vytváření naděje. Může u nich být také menší společenský odstup než u odborných pracovníků, což může vést k větší ochotě využívat služby.
4. U systému podpory duševního zdraví mohou být peer specialisté nositeli kultury. U uživatelů služeb, kteří prošli zotavením, a u bývalých uživatelů služeb je často menší potřeba trénování a udržování zaměření na zotavení, protože mohou vycházet ze svých vlastních odžitých zkušeností.

3: Peer programy

Peer program je víc než jen pouhá organizace, v níž pracují lidé s vlastními zkušenostmi s duševním onemocněním¹⁸. Je to služba, jejímž účelem je podporovat osobní zotavení skrze vlastní hodnoty a pracovní postupy. Peer služby mají v porovnání s tradičními službami na podporu duševního zdraví velmi odlišný náboj: přímo sdělují, že zkušenost s duševním onemocněním je přínosem, hodnotou. Jejich hlavním cílem je podporovat jednotlivce, aby se znovu zapojili do rozhodování o své vlastní budoucnosti.



Akční kroky

Pracovníci mají možnost vytvářet dobré podmínky pro peer podporu různými způsoby...

1. Spoluprací s dobrovolnickými organizacemi na vytváření svépomocných skupin a aktivním podporováním přístupu k nim
2. Šířením informací o zotavení sepsaných pro uživatele služeb²¹⁻²⁴
3. Zaměstnáváním peer specialistů ve službě a jejich podporováním v možnosti významně jedinečně přispívat k procesu zotavení
4. Povzbuzováním k vytváření peer programů, tedy programů vedených peer pracovníky
5. Podporováním lidí ve sdílení svých vlastních příběhů o zotavení, například školením vedeným profesionálními vypravěči, vytvořením místního řečnického koutku, povzbuzováním uživatelů služeb, aby sdíleli svůj příběh v místních a celostátních sdělovacích prostředcích
6. Udržováním si povědomí o elektronických zdrojích, například o webových stránkách www.mentalhealthpeers.com či www.recoveryinnovations.org a jejich obsahu

2.2 Vztahy s pracovníky

Ve službě zaměřené na zotavení je uživatel služeb tou nejdůležitější osobou, která rozhoduje, s výjimkou právních záležitostí, kdy mohou být jiné rozhodující faktory. To neznamená, že pracovníci dělají, co jim daný člověk řekne; pracovník pochopitelně nesmí jednat neeticky nebo se s někým spolčovat a dopouštět se škodlivého jednání. Základní orientace je však na aktivní snahu o předání vedení a rozhodování jednotlivci. Znamená to, že odborný úhel pohledu je jedním potenciálně přínosným způsobem chápání zkušeností člověka, ale není jediným možným.

K popsání tohoto typu partnerského vztahu se používá výrazu **vzájemnost** – je to uvědomění, že všichni jsme se zotavili z různých výzev a že je přínosné, když se tato společná zkušenost zdůrazňuje. Pracovník pro podporu zotavení je připraven ke spolupráci, a tím být dané osobě k dispozici, a svoji práci vnímá jako nabízení možností, nikoli jako řešení problému. Uživatel služeb může jednotlivé možnosti zpochybnit, ovlivnit a měnit.

Pracovníci někdy musejí učinit nějaké rozhodnutí za uživatele služeb. Když jednotlivce dočasně ztratí schopnost se o sebe postarat, někdy není jiná možnost, než aby pracovník rozhodl a zasáhl, v nezbytných případech i proti vůli jednotlivce. Není nijak přínosné zatížit osobu, která je stále na počátku své cesty k zotavení (tedy ve fázi, kterou odborník může nazvat fází, kdy se tato osoba cítí akutně špatně), očekáváními, jež daný člověk nemůže vzhledem k okolnostem ještě ani začít naplňovat. Podobně si někdy lidé žádají odborný pohled – jaká je diagnóza, prognóza a léčba. Uživatelé služeb, kteří chtějí chápat svůj prožitek jako duševní onemocnění, mají právo znát názor pracovníka na to, co je s nimi špatně a co by jim mohlo pomoci.

Specifickým komunikačním stylem, který vyniká ve službách zaměřených na zotavení, je **koučink**. Jaké jsou výhody koučinkového přístupu:

1. Předpokládá, že jednotlivce je nebo bude kompetentní k tomu, aby řídil svůj vlastní život. Předpokládá se jeho schopnost nést osobní odpovědnost.
2. Zaměřuje se na podporu procesu zotavení spíše než na daného člověka. Koučink je o tom, jak může daná osoba žít s duševním onemocněním, a tím se liší od tradičního zaměření na léčení duševního onemocnění.
3. Rolí kouče je umožnit zaktivnění této schopnosti se zmobilizovat, nikoli se snažit vyřešit problém. Tím se posilují silné stránky člověka a jeho stávající podpůrné vztahy, místo aby se zdůrazňovaly jeho nedostatky.
4. Úsilí se v koučinkovém vztahu zaměřuje na cíle koučované osoby, nikoli na cíle kouče. Dovednosti kouče jsou tím, co může být nabídnuto jako zdroj. Využití těchto dovedností není samo o sobě cílem ani smyslem.
5. Oba účastníci musejí ke vztahu aktivně přispívat, má-li fungovat.

Akční kroky

Jak mohou pracovníci podporovat zotavení:

7. Tím, že budou přáním a preferencím uživatele služeb přikládat alespoň takovou důležitost, jakou přikládají svému vlastnímu názoru
8. Tím, že kdykoli je to možné, nechají se vést prioritami uživatele služeb, nikoli prioritami pracovníků
9. Tím, že budou otevření možnosti se od uživatele služeb učit a v důsledku toho se měnit
10. Využíváním koučinkových dovedností při každé možné příležitosti
11. Poskytováním a přijímáním supervize, která bude zvažovat vztah i technické kompetence k intervenci

Ústřední význam mají stále odborné znalosti, i když jsou uplatněny tak, aby vedly k podpoře self-managementu. Tento posun směrem k partnerským vztahům však není povolením pro pracovníky, aby pracovali méně usilovně, případně aby v úsilí snadněji polevili, nebo aby poskytovali nezacílenou léčbu nebo léčbu, u níž není doložena účinnost. Spíše je třeba využívat odborné znalosti jinak, způsobem, díky němuž proces vyhodnocování, plánování cílů a léčby bude přispívat k zotavení.

2.3 Podporování dalších vztahů

Lidé potřebují nejen zotavit se z duševního onemocnění jako takového, ale také z jeho emočních, fyzických, intelektových, společenských a duchovních následků a dopadů. Důležitým zdrojem duševní pohody pak bývá kontakt s lidmi a aktivní zapojení do života. Mnoho lidí, kteří procházejí procesem zotavení, uvádí, že důležitým podpůrným prvkem zejména ve chvílích, kdy mají pocit opuštěnosti, je mít nějakou formu víry.

Akční kroky

Jak mohou pracovníci povzbuzovat duchovní život a kontakty a napojení s lidmi:

12. Tím, že se budou daného člověka ptát na význam a smysl jeho života. Takové dotazování může znamenat překročení hranic oblasti, kterou pracovník dobře zná, ale může být vkročením do oblasti, která představuje jednu z potřeb daného člověka
13. Podporováním pozitivního náhledu daného jedince na sebe tím, že budou vyjadřovat účast s uživatelem služeb, který uvádí zhoršení
14. Podporováním přístupu k duchovním prožitkům, například k písmu, modlitbě, navštěvování modlitebních míst, přístupu k online náboženským zdrojům
15. Podporováním přístupu k povznášejícím prožitkům, například skrze výtvarné umění, literaturu, poezii, tanec, hudbu, vědu, přírodu
16. Podporováním přístupu k příležitostem k sebeobjevování, například skrze individuální terapii, vedení si deníku, napsání básně či písničky, sepsání svého příběhu
17. Pomáháním danému jedinci v dávání jiným, například skrze jeho povzbuzování k dobrovolnické práci, chování domácího mazlíčka, převzetí odpovědnosti za něco nebo někoho
18. Udržováním si povědomí o elektronických zdrojích a jejich obsahu; příkladem mohou být webové stránky www.spiritualcrisisnetwork.org.uk nebo www.spiritualcompetency.com
19. Motivováním daného jedince k rozvíjení sociálního kapitálu, například k aktivnímu zapojení do občanského života, politicky aktivnímu přístupu (včetně role uživatele služeb-aktivisty)
20. Povzbuzováním dané osoby k zapojení se do kulturního života, například skrze zapojení se do skupin specifických pro danou kulturu, skrze uzdravující a očištné kulturní obřady
21. Vytvářením času pro to, aby daný jedinec mohl rozjímat, včetně možnosti, aby se odebral na tiché místo, a vytvářením signálů a náznaků, které napomáhají rozjímání



Část třetí: Základy služby pro podporu duševního zdraví zaměřené na zotavení

Práce realizovaná se zaměřením na zotavení začíná tím, že se zamyslíme nad **hodnotami**. Ve službách, které si vytvořily odbornost v oblasti zotavení, je zásada, hodnoty jsou jak výslovně vyjádřeny, tak využívány při každodenním rozhodování.

K tomu jsou potřeba tři procesy:

- jasné vyjádření hodnot
- začlenění hodnot do každodenní praxe
- a uzpůsobení praxe podle zpětné vazby

Prvním procesem je **jasné vyjádření hodnot**, čímž vytváříme možnost o nich debatovat. Sem patří živé, nikoli na papíře sepsané identifikování a zviditelnění hodnot postupujících organizací. Jaké jsou hlavní hodnoty služby pro podporu duševního zdraví zaměřené na zotavení? Nemusejí být nijak složité. Bill Anthony navrhl tuto²⁵:

Lidé s vážným duševním onemocněním jsou lidmi.

Tento princip je vyjádřením základního přesvědčení u služeb pro podporu duševního zdraví. Lidé s duševním onemocněním si přejí mít všechna běžná práva, role a odpovědnost spojené s člověkem. Úkolem služeb pro podporu duševního zdraví je podporovat pokrok a postup směrem k těmto cílům.

Tato jedinečná zásada je užitečným shrnutím pro ty, kdo se snadno ztotožňují s hodnotami zotavení, ale mnoho pracovníků zjistí, že širší přístup je přínosnější. Návrh klíčových hodnot najdete v rámečku č. 2.

Rámeček č. 2: Možné hodnoty pro služby pro podporu duševního zdraví zaměřené na zotavení

Hodnota první

Hlavním cílem služeb pro podporu duševního zdraví je podporovat osobní zotavení

Podpora osobního zotavení je prvním a hlavním cílem služeb pro podporu duševního zdraví.

Hodnota druhá

Kroky pracovníků se zaměří v prvé řadě na identifikaci, propracování a podpůrnou práci směrem k cílům daného člověka

Mají-li lidé nést odpovědnost za svůj vlastní život, znamená podpora tohoto procesu, že se vyhneme vnucování významů a předpokladů o tom, co je důležité, a místo toho se zaměříme na životní cíle daného člověka.

Hodnota třetí

Služby pro podporu duševního zdraví fungují tak, že respektují, že člověk je, případně bude (až překoná krizi) odpovědný za svůj život

Není úkolem pracovníků lidi opravovat nebo je vést k zotavení. Hlavním úkolem je podporovat lidi v rozvoji a využívání dovedností self-managementu ve svém vlastním životě. Instinktivní reakcí pracovníků na jakoukoli situaci musí být „*To zvládnete, my vám s tím můžeme pomoci.*“:

- *Zvládnete to* díky skutečné víře v nesmírný potenciál ve vlastní napřímení se a převzetí osobní odpovědnosti u každého člověka a jeho širšího okolí

- *Můžeme vám s tím pomoci* díky tomu, že současně věříme, že odborné znalosti a zkušenosti jsou pro mnoho lidí velmi hodnotné, zejména pokud jsou spojeny s hodnotou druhou

Tyto hodnoty poukazují na potřebu rovnováhy směrem od převzetí odpovědnosti za daného člověka k převzetí odpovědnosti spolu s daným člověkem. Převzetí odpovědnosti s daným člověkem znamená výslovně vyjednávat a spolupracovat v rámci partnerského vztahu, přičemž rychle omezujeme svůj díl odpovědnosti tak, jak se fokus přesunuje, co možná nejdříve od dělání něčeho danému člověku (v době krize) přes dělání spolu s daným člověkem až po umožnění, aby daný člověk dělal sám, co potřebuje. Současně sem patří uvědomování si hodnot na straně pracovníka, tedy dobré povědomí o vlastních osobních a profesních hodnotách.

Druhým procesem je **začlenění těchto hodnot do každodenního života a pracovní praxe systému pro podporu duševního zdraví**. To je velká výzva, protože trénink v hodnotách se do praxe nepřenáší nijak snadno.

Třetím procesem je **užití praxe na míru díky reflexi na zpětnou vazbu**. Bez dobrých informací o úspěších je přirozenou tendencí předpokládat, že je v pořádku všechno (nebo alespoň zaměřit pozornost na mnoho jiných naléhavých potřeb).

Akční kroky

Pracovníci mohou podporovat zotavení různými způsoby:

22. Tím, že se budou dozvídat a učit o zotavení, jak z webových stránek (viz příloha), tak z příběhů o zotavení²⁶⁻³⁰ a ze setkávání s lidmi, kteří jsou na cestě k zotavení

23. Výslovným vyjádřením hodnot v rámci organizace

24. Přijetím a jasným deklarováním těchto hodnot u všech zainteresovaných osob

25. Očekáváním toho, že budou skládat účty těmto hodnotám

26. Vytvářením kultury zplnomocnění mezi pracovníky, na rozdíl od pouhého vyhovění, tak, aby pracovníci „nepotřebovali svolení“ upravit svoje chování směrem k dohodnutým hodnotám

27. Shromažďováním informací o jednání, které je proti těmto hodnotám, a změnou chování tak, aby se toto jednání zlepšilo

28. Transformováním organizace, například aktivním podporováním – doslova, pokud je to možné – přeborníků v zotavení, přidáváním se ke stávajícím sítím (například Koalice psychiatrů v zotavení – Coalition of Psychiatrists in Recovery – www.wpic.pitt.edu/AACP/CPR), učením se od jiných

29. Tím, že budou do týmu přijímat lidi s kompetencemi v oblasti zotavení^{31;32;24}, například když budou při pohovorech klást otázky typu „Proč si myslíte, že lidé s duševním onemocněním chtějí pracovat?“, aby tak dali uchazečům možnost ukázat své hodnoty a sobě možnost posoudit, zda jsou tito lidé vybaveni klíčovými znalostmi, postoji a dovednostmi v oblasti zotavení³³

Jak může vyhodnocení podporovat zotavení? Cíle vyhodnocení se liší od tradičního cíle, kterým je diagnostikování nemoci a plánování léčby.

4.1 Využití vyhodnocení k vytvoření a potvrzení osobního významu

Vytvoření osobního významu je ústředním bodem zotavení, ale jen málokdo nachází cokoli naplňujícího v roli pacienta s duševním onemocněním. Jak mohou pracovníci vyhodnotit člověka způsobem, který se vyhne negativním významům, jež s sebou vždy nesou zásah do procesu zotavení?

Rámec osobního zotavení identifikoval hlavní rozdíl mezi osobou prožívající duševní onemocnění a duševním onemocněním jako takovým, a z toho vyplývající význam prvořadého zaměření na člověka, nikoli na onemocnění.

U osoby s duševním onemocněním je integrace této zkušenosti do její celkové identity důležitým krokem na cestě k zotavení. Není možné ji udělat danému člověku, proto je součástí vyhodnocení práce s daným člověkem zacílená na pomoc při hledání si jeho vlastního vysvětlení.

Proces obvykle začíná hledáním významu – hledáním smyslu v tom, co se stalo a co se děje. Mnoho lidí se snaží snížit úzkost tím, že hledá odpověď u odborníků v oblasti duševního zdraví. Součástí vyhodnocení proto je shromáždění dostatečného množství informací, aby bylo možné nabídnout odborný pohled. Odborný pohled na diagnózu by se jistě měl sdílet, ale je třeba být také velmi opatrní a nezávazní, pokud jde o způsob, jakým se používá v rámci procesu vyhodnocení. Je zdrojem, který je možné uživateli služeb nabídnout, není však ‚tou‘ odpovědí.

Sdělení diagnózy může být užitečné, například nám to ukazuje, že i jiní lidé zažili podobné věci. Může být však velmi neužitečné v případě, kdy si pracovník nebo uživatel služeb myslí, že diagnóza je vysvětlením (zatímco je pouhým popisem), a může také aktivně zbrzdit zotavení, jestliže člověk očekává, že odborník, který přece teď ví, co se děje, ho uzdraví.

U mnoha lidí s duševním onemocněním, dokonce možná u většiny z nich, neexistuje žádná kouzelná formulka, i když v ni možná doufají. Realita je taková, že zotavení se skládá z bezpočtu malých krůčků. Předběžnost při sdělování odborného náhledu proto musí být opravdová, nemá se jednat o terapeutický manévr, který má zmenšit dopad diagnostické reality.

Výsledek hledání smyslu může, ale nemusí být u daného člověka shodný s odborným názorem. Je to jedno! Cílem procesu zotavení není stát se normálním. Cílem je uchopit naše lidské poslání toho, že se máme stát hlouběji, plněji lidskými³⁴.

Akční kroky

Pracovníci mohou podporovat vytváření osobního významu různými kroky:

30. Začleněním bádání o významu života³⁵ do své práce

31. Vytvářením nových scénářů, které potvrzují osobní smysl, například tím, že na větu „Mám schizofrenii“ odpoví „Zajímalo by mě, jestli je to to, co si myslíte, nebo jestli je to to, co o vás říkají jiní?“

32. Prožíváním interakcí s lidmi s duševním onemocněním a problémy mimo klinický kontext, například setkáváním se s osobami, které slyší hlasy a přijímají je jako skutečné, prostřednictvím Hearing Voices Network nebo Intervoice (www.intervoiceonline.org), a dále pořádáním seminářů o psychózách³⁶, nebo jako kolegové ve vztahu uživatel služeb - pracovník

33. Pochopením toho, že vztah mezi osobou, která slyší hlasy, a těmito hlasy je sociálním vztahem³⁷, a proto jsou validními tématy při vyhodnocení postavení oběti, moc, strach a zplnomocnění



4.2 Využití vyhodnocení k rozšíření silných stránek

Při pohledu zblízka není normální nikdo. Zaměřováním se na nedostatky získáme velmi zkreslený náhled na člověka, který se bude jevit jako někdo, kdo má jen málo silných stránek a osobních nebo sociálních zdrojů. Jak může vyhodnocení rozšířit silné stránky a současně identifikovat obtíže?

Jednou možností je připravit si osnovu pro strukturovaný rozhovor, který odpovídá vyšetření duševního stavu, během něž se identifikují silné stránky, hodnoty, zvládací strategie, sny, cíle a ambice daného člověka. Jak by asi mohl vypadat? V rámečku č. 3 najdete příklad vyhodnocení duševního zdraví, přičemž v hranatých závorkách jsou uvedeny odpovídajícími body ze standardního anamnestického rozhovoru.

Akční kroky

Pracovníci mohou podpořit vytváření pozitivní identity mnoha způsoby:

34. Vyhodnocením schopností a oslabení, vyhodnocením silných stránek, nebo využitím otázek v rámečku č. 3, případně využitím Modelu silných stránek (Strengths Model)³⁸, případně online dotazníku určeného k mapování hodnot a silných stránek Values in Action Inventory of Strengths (www.viastrengths.org)³⁹, nebo formuláře pro fyzické zdravotní prohlídky organizace Rethink Mental Illness (www.rethink.org/physicalhealthcheck)

4.3 Využití vyhodnocení k přijetí osobní odpovědnosti

Cílem vyhodnocení je vytvořit partnerský vztah, který umocňuje snahu jedince směřovanou k zotavení. Výzvou je ustoupit z cesty k zotavení dané osoby tím, že se vyhneme vztahům vyvolávajícím závislost, vyhodnocením zaměřeným na nedostatky a léčbě ve stylu ‚uděláme tomu člověku‘, a začít danému jedinci po kapkách vpravovat zpět do žil odpovědnost za vlastní život. Jaké má tento rozdíl v zaměření důsledky v praxi?

Jedním příkladem je činnost se stanoveným cílem. Mnoho lidí má potíže při provádění smysluplné činnosti. Pracovníci mohou toto podpořit tím, že budou klást otázky zaměřené na daného člověka:

- Kdy jste se cítil/a nejživěji?
- Kdy jste se naposledy dobře pobavil/a?
- Co by mohlo ve vašem životě něco změnit?
- O čem sníte?
- Co si v životě přejete?
- Co by vám zlepšilo život?
- Co by dalo vašemu životu větší smysl?
- Co by vám život zpříjemnilo?

Výzvou pak je nestavět se do cesty převzetí odpovědnosti, například tím, že budeme klientovi pomáhat se rozhodnout, zda je ten který cíl realistický, nebo že budeme za daného člověka identifikovat kroky, které ho k cíli dovedou.

Protilátkou proti jakékoli odborné tendenci k přebírání odpovědnosti je využívání koučinkových dovedností pro podporu partnerských vztahů: „Co by to chtělo, aby bylo možné tohoto cíle dosáhnout?“, „Co by se stalo, kdybyste nedodržel/a to pravidlo, které říká, že tohle se nesmí?“ . Pracovníci potřebují být zdatní jak v podpoře, tak v praktickém konání.

Rámeček č. 3: Vyhodnocení duševního zdraví

Aktuální silné stránky a zdroje [Anamnéza ve vztahu k současnému onemocnění]

Co vám dává sílu jít dál? Zamyslete se například nad takovými oblastmi, jako je duchovno, společenské role, kulturní / politická identita, víra v sebe, životní dovednosti, houževnatost, odolnost (resilience), humor, zvládání osobních okolností a okolností vnějších (environmental mastery), podpora od jiných lidí, schopnost umělecky vyjádřit emoci.

Osobní cíle [Vyhodnocení rizika]

Jak byste si přál/a, aby se váš život změnil? O čem v současné době sníte? Jak se vaše sny a představy změnily?

Anamnéza zvládnutí [Dřívější psychiatrická anamnéza]

Jak jste v průběhu života zvládal/a těžká období? Co vám pomáhalo, co pro vás bylo podporou? Co byste si přál/a, aby se tenkrát stalo jinak?

Zděděné zdroje [Genetická výbava]

Máte v rodině nějakou historii velkého úspěchu? Někjaké umělce, spisovatele, sportovce nebo akademiky?

Rodinné prostředí [Rodinné prostředí]

Obdivoval/a jste někoho výrazně v průběhu dospívání? Co důležitého jste se v dětství naučil/a?

Poučení se z minulosti [Události předcházející začátku onemocnění]

Co jste se z těchto zkušeností naučil/a? Změnil/a jste se nebo jste vyrostl/a jako člověk nějak pozitivně? Zamyslete se například nad vděčností, altruismem, empatií, soucitem, sebezpřijetím, osobní zdatností, smyslem.

Osobní anamnéza [Osobní anamnéza]

Jaký jste měl/a život v době dětství a dospívání? Co jste měl/a rád/a? Jakou máte nejhezčí vzpomínku? Jaké dovednosti nebo schopnosti jste v sobě objevil/a?

Cenné sociální role [Pracovní zkušenosti]

Co by o vás řekl někdo, kdo vás dobře zná a má vás rád? Co byste si přál/a, aby o vás řekl? Jak jste užitečný/á nebo cenný/á pro ostatní?

Vztahová podpora [Anamnéza vztahů]

Kde je vaší oporou v těžkých časech? Komu jste v těžkých časech oporou vy?

Osobní dary [Trestní anamnéza, drogy a alkohol]

Co je na vás zvláštního? Složil vám někdy někdo nějaký kompliment? Na co z toho, co jste kdy udělal/a nebo jak jste kdy jednal/a, jste opravdu hrdý/á?

Pozitivní identita vzniká také ze zdravého životního stylu, stravování a fyzické kondice – nebo z čehokoli, díky čemu se lidé cítí dobře.

4.4 Využití vyhodnocení k podpoře pozitivní identity

Pracovníci jsou si vědomi toho, že zkušenost s duševním onemocněním téměř určitě daného člověka změní. Změny v identitě v průběhu osobního zotavení jsou stejně individuální jako u jakéhokoli jiného procesu zotavení. Můžeme však rozlišit dva zásadní typy změn: předefinování stávajících prvků identity (předefinování identity) a vytvoření nových prvků (růst identity). Pracovníci zaměřeni na zotavení vědí, že tato práce s identitou začíná co možná nejdříve: zaměřeni se výhradně na uzdravení pak brání podporování člověka v tom, aby již nyní žil dobrý život.

Akční kroky

Pracovníci mohou podporovat vytváření pozitivní identity:

35. Hledáním způsobů, jak daného člověka nahlížet ve chvíli, kdy je onemocnění velmi markantní, například využíváním časových os, které pomáhají ukázat člověka tak, jak je nyní, v širším kontextu jeho života, a také větším kontaktem s daným člověkem v období, kdy se cítí dobře, aby tak pracovník měl v době jeho krize v paměti jeho obraz v dobrých časech; totéž platí i pro pečovatele

36. Učením se z přístupů nezaměřených přímo na podporu duševního zdraví, jak rozvíjet pozitivní identitu (například www.bluesalmon.org.uk)

37. Spoluprací na hledání vysvětlení, které bude pro uživatele služeb užitečné

38. Zaměřením diskuse na osobu, nikoli na onemocnění: zahrnutí jak duševní pohody a schopností a preferencí, tak příznaků a nedostatků či neschopnosti

4.5 Využití vyhodnocení k vytváření naděje

Změna na úrovni identity je v něčem děsivá, a proto může být naprosto zásadní naděje, že zotavení je možné. Jak můžeme tuto naději v budoucnost realisticky podporovat, když nemůžeme vědět, co člověka v budoucnu čeká? Umíme však identifikovat hodnoty, postoje a chování pracovníků, které v lidech, s nimiž pracují, podporují naději⁴⁰⁻⁴².

Strategie pro podporu naděje jsou uvedeny v tabulce č. 2.

Akční kroky

Pracovníci mohou vytváření naděje podporovat například:

39. Používáním strategií uvedených v tabulce č. 2

40. Tím, že využijí každé setkání jako příležitost pomoci uživateli služeb, aby se o sobě dozvěděl více

41. Tím, že budou dávat najevo pokoru a provizornost, pokud jde o hranice odborných znalostí

42. Tím, že budou mluvit o zotavení

Tabulka č. 2: Strategie pro podporu naděje

	Využívání inter-personálních zdrojů	Aktivování vnitřních zdrojů	Přístup k vnějším zdrojům
Hodnoty pracovníků	Oceňování člověka jako jedinečné lidské bytosti	Selhání je pozitivním signálem zapojení se a účasti, a přispívá k sebepoznání	Zaměření snahy na podporu daného člověka, aby udržoval vztahy a sociální role
	Důvěra v pravdivost toho, co daný člověk říká	Být člověkem znamená mít omezení – výzvou je je překračovat nebo je přijmout	Nalezení nebo vytvoření osob, které uvidí a ocení jedinečnost, silné stránky a velké úsilí daného člověka
Postoje pracovníků	Víra v potenciál a sílu člověka	Zármutek ze ztrát je třeba si odžít	Klíčovými vnějšími zdroji jsou bydlení, práce a vzdělání
	Přijetí člověka jako toho, kým opravdu je	Člověk potřebuje najít smysl ve svém duševním onemocnění, a o to víc ve svém životě	Využívání zotavených uživatelů služeb a dřívějších uživatelů ve službách jako vzorů
	Vnímání propadů a ‚recidivy‘ jako součástí zotavení		
Chování pracovníků	Naslouchání bez hodnocení	Podporování člověka při nastavování a dosahování osobně ceněných cílů	Vynahodňování kontaktu s peer skupinami a svěpomocnými skupinami
	Tolerování nejistoty ohledně budoucnosti daného člověka	Podporování jej při vytváření si lepších postojů ke zvládnutí	Bytí k dispozici v době krize
	Vyjadřování a projevení skutečného zájmu o duševní pohodu člověka	Pomoc člověku, aby si vzpomněl na dřívější úspěchy a pozitivní zkušenosti	Podporování přístupu k celé nabídce léčby a informací
	Přiměřené a vhodné používání humoru	Podporování a aktivní povzbuzování ke zkoumání duchovního života	Podporování blízkých vztahů

Část pátá: Akční plánování

Ve službě pro podporu duševního zdraví zaměřené na osobní zotavení vede vyhodnocení k identifikaci dvou typů cílů.

Cíle zotavení jsou vlastně sny a ambice daného člověka. Jsou ovlivněny jeho osobností a jeho hodnotami. Jsou jedinečné, často svérázné. Představují výhled do budoucna, ačkoli samozřejmě budou velmi souviset s minulostí. Jsou založeny na tom, co si daný člověk aktivně přeje, spíše než na tom, čemu se chce vyhnout. Cíle zotavení jsou založené na silných stránkách a jsou zaměřeny na posilování pozitivní identity a vytváření ceněných sociálních rolí. Pro pracovníky mohou být výzvou, buď proto, že se zdají nereálné, nevhodné, nebo je jejich podpora mimo jejich roli. Někdy vyžadují zvláštní snahu pracovníků, nebo třeba nemají nic společného se službami pro podporu duševního zdraví. Vždy vyžadují, aby uživatel služeb převzal osobní odpovědnost a o dosažení cíle usiloval. Cíle zotavení nastavuje uživatel služeb, a jsou to vlastně sny s termínem.

Cíle léčby vyplývají ze společenských požadavků a profesních povinností, které jsou přidělené službám pro podporu duševního zdraví tak, aby omezovaly a kontrolovaly chování a zlepšovaly zdraví. Tyto cíle budou obvykle cílit na minimalizaci dopadů nemoci a na vyhýbání se negativním událostem, například recidivě, hospitalizaci, škodlivému riziku atd. Výsledné kroky pak často představují úkoly, které pracovníci plní, 'dělají' je uživatelům. Cíle léčení a související kroky vytvářejí základ obhajitelné praxe a jsou důležité a nezbytné.

Cíle zotavení jsou jiné než cíle léčby. Cíle zotavení vypadají jako cíle lidí, kteří nemají žádné duševní onemocnění. Identifikování cílů zotavení by mělo být výslovným zadáním v rámci procesu vyhodnocení.

Akční kroky

Pracovníci mohou jediní pomoci identifikovat cíle zotavení tím, že:

43. Budou napomáhat při plánování soustředěného kolem daného člověka^{43; 44}

44. Podporují využívání pracovních sešitů vytvořených uživateli^{45; 46}. Mezinárodně nejrozšířenějším nástrojem pro tento účel je akční plán zotavení a duševní pohody WRAP (Wellness Recovery Action Planning)⁴⁷ (www.mentalhealthrecovery.com)

45. Si sami vyplní svůj osobního akční plán zotavení a duševní pohody WRAP – identifikování něčeho, z čeho se zotavuje pracovník, podporuje zkušenostní učení a snižuje stigmatizující odlišnosti

Část šestá: Podpora rozvoje dovedností v oblasti self-managementu

Pracovníci podporují zotavení tím, že nabízejí léčbu a intervence, které rozšiřují a prohlubují dovednosti daného člověka v oblasti self-managementu. Přístup ke kompetentně poskytované účinné léčbě je pro mnoho lidí nezbytně důležitou podporou na cestě k zotavení, ale poskytování léčby není hlavním účelem služeb pro podporu duševního zdraví. Služba zaměřená na podporu podporuje lidi v užívání medikace, jiné léčby a služeb jako zdroje při svém vlastním zotavení.

Zotavení je podporováno tam, kde člověk zažívá výslednou léčbu jako soustředěnou kolem sebe, povzbuzující přirozenou podporu, založenou na jeho silných stránkách a orientovanou na komunitu. Výzvou je pracovat s člověkem tak, aby služby byly po ruce, ale nikoli aby vládly.

Akční kroky

Pracovníci mohou podporovat self-management tým, že:

46. Vytvářejí příjemné a respektující, vlídné prostředí – vystavují příběhy zotavení, nabízejí čerstvé ovoce a nápoje

47. Se věnují prvnímu osobnímu kontaktu. Například v některých klubovnách zaměstnávají v recepci pracovníky, kteří vítají nové členy, a ambulantní služba The Living Room (www.recoveryinnovations.org) zaměstnává na recepci peer pracovníky, aby první kontakt člověka v krizi byl s jinou osobou s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, která se zotavila

6.1 Podpora rozvoje vlastních pravomocí v jednání za sebe

Nezbytným požadavkem self-managementu je pocit vlastních pravomocí: víra v sebe sama, že mám vliv na svůj vlastní život. Tento proces může být složitý právě proto, že duševní onemocnění často vezme člověku právě víru v sebe samého. Chtít po někom, aby převzal odpovědnost za svůj vlastní život dříve, než je k tomu kompetentní, danému člověku neprospěje. Tím neobhajujeme malá očekávání – lidé se často výzvě postaví čelem. Obhajujeme podporu, která odpovídá potřebám člověka ve fázi zotavení.

Akční kroky

Pracovníci mohou podporovat rozvíjení vlastních pravomocí v jednání za sebe:

48. Využíváním osobních zkušeností s tím, že někdy je nutné změnit své životní plány, abychom podpořili vlastní vědomí toho, jak náročné může jednání sám za sebe být

49. Podporou při snaze o dosahování cílů

50. Přípravou daného člověka na zažívání úspěchu

51. Podporováním člověka v dávání druhým

52. Podporováním přístupu k příjemným prožitkům

53. Rozvíjením osobního úspěchu a napomáháním integraci pozitivních zážitků do osobní identity

6.2 Podpora vytváření zplnomocnění

Zplnomocnění vyplývá z víry ve vlastní jednání a patří do něj chování, které má pozitivní dopad na život člověka. V tradičním pojetí byl člověk vnímán jako problém. Základním posunem v náhledu na zotavení je vnímat člověka jako součást řešení. Přístup zaměřený na zotavení předpokládá, že člověk má kapacitu převzít odpovědnost za svůj život. Otázka se pak přesouvá od toho, jak může pracovník zabránit poškozujícímu chování, a mění se na otázku, jak je možné člověka podporovat, aby se dostal do bodu, kdy sám chce s tímto chováním přestat.

Princip WIIFM (What's In It For Me?), tedy Co mi to přinese?, motivuje chování většiny lidí. Výzvou je identifikovat, jaký osobně ceněný cíl zotavení toto chování podkopává. Pokud se ukáže, že to zjistit nejde, pak toto chování může být zcela racionální a nemusí mít nic společného s onemocněním; příkladem může být ukončení využívání služeb, které necílily na cíle daného člověka.

Akční kroky

Pracovníci mohou posilovat zplnomocnění:

54. Zavedením jasných a fungujících postupů pro vyřizování stížností a reklamací
55. Nabídnutím možnosti výměny pracovníka
56. Podporováním přístupu ke zdrojům týkajícím se self-managementu (například www.glasgowsteps.com)
57. Kontaktem s lidmi ve fázi zotavování, kteří mohou sloužit jako vzor zplnomocnění a mohou sdílet své zkušenosti v oblasti self-managingu
58. Obhajováním myšlenky pozitivního přístupu ke zkušenostem s duševním onemocněním u zaměstnavatelů⁴⁸
59. Podporou zjišťování hodnocení léčby a služeb ze strany uživatelů
60. Zajišťováním tréninku asertivity (například výukou metodou DESC⁴⁹) a následně upevňováním zplnomocnění v chování
61. Potvrzováním úsilí o self-management skrze typy pomoci jiného typu než zdravotnické, například duchovní podporou nebo kulturními slavnostmi
62. Uplatňováním podpory ve zplnomocnění tím, že na každé poradě týmu bude určen pracovník „pro zotavení“. Role tohoto pracovníka je působit jako obhájce příslušného uživatele služeb, o němž se debatuje, přičemž se zaměřuje na to, jak služby podporují zotavení daného člověka
63. Vnímáním odporu proti změnám jako něčeho opodstatněného, srozumitelného a normálního, protože zotavení probíhá ve fázích

6.3 Podpora vytváření motivace

Přístup motivačních rozhovorů řeší otázku toho, jak je možné iniciovat hnutí směrem k cílům zotavení⁵⁰. Motivační rozhovor je přístup zaměřený na daného člověka a na podporu změn v jeho chování skrze nacházení a řešení rozporů, a je zaměřen na spolupráci, vybavování si a autonomii.

Akční kroky

Pracovníci mohou zvyšovat motivaci:

64. Využíváním reflektivního naslouchání, kterým testují hypotézu o tom, co slyšeli, aby zjistili, zda to měl člověk na mysli: „Zní to, jako byste...“, „Cítíte se...“, „Takže vy...“

65. Zaměřením se na to, proč daný člověk může toužit po tom, aby se změnil, ne o tom, jak se změnit

66. Zaměřením se na motivaci k aktivní změně:
„Zamyslete se nad cílem svého zotavení. Ohodnoťte připravenost ke změně chování směrem k cíli na škále od 1 (nepřipraven/a) do 10 (plně připraven/a). Díky čemu je vaše hodnocení vyšší než 1?“

67. Podceněním, například „Takže řezání vám nepůsobí vůbec žádné potíže?“

68. Přeceněním, například „Takže se zdá, že není absolutně žádná šance, že byste dokázal dosáhnout svého cíle?“

69. Kladením otázek ke zvýšení motivace – „Proč si myslíte, že to dokážete zvládnout?“, „Pokud uspějete, co bude jinak?“, „Jaká jste byla, než se objevil tenhle problém?“, „Co vám na téhle situaci dělá starosti?“, „Co nejhoršího by se mohlo stát, když to nezměníte?“

70. Zkoumáním hodnot, například „Co je ve vašem životě nejdůležitější?“, a všímáním si rozporů mezi chováním a hodnotou

71. Vytvářením oslavných rituálů zaměřených na rozšíření a udržení úspěchu

6.4 Příspěvek medikace k zotavení

Ve službě pro podporu duševního zdraví zaměřené na zotavení může být nabízena celá řada psychofarmak. Úkolem služby však není zavést medikaci za každou cenu. Úkolem služby samozřejmě je podporovat osobní zotavení. Součástí této podpory může, ale nemusí být užívání medikace jedincem v konkrétním období v životě. Medikace tedy je – se všemi svými pozitivními i negativními účinky – jednou z mnoha možných forem podpory k zotavení.

Akční kroky

Pracovníci mohou podporovat užívání medikace jako nástroje k zotavení:

72. Kladením hlavního významu na to, aby daný člověk převzal osobní odpovědnost za svoji duševní pohodu

73. Vnímáním medikace jako „vyměnitelné ochrany proti recidivě“⁵¹, při níž jak farmakologické, tak psychosociální přístupy vytvářejí pro jedince ochrannou zónu proti recidivě. Zaměřením se na podporu resilience (na níž rozhodně záleží) spíše než na medikaci (která může, ale nemusí být podstatná). Více informací o resilienci najdete na www.resilnet.uiuc.edu

74. Využíváním vědomostí o medikaci k tomu, aby danému člověku pomohli dojít k volbě, která pro něj bude tou nejlepší

75. Předáním kontroly nad medikací uživateli služeb, uznáním toho, že když se předepisuje medikace ve 100 % případech, pak je otázkou, zda vůbec existuje možnost volby

76. Zajištěním toho, že předepisovaná medikace je plně dostupná všem, kteří o ni stojí

77. Podporováním lidí, kteří zažívají nejistotu kolem užívání medikace, skrze ujasňující otázky, zaměření diskuse na příspěvek medikace k cílům zotavení, poskytnutím nezaujatých informací (včetně informací o vedlejších účincích) a podporou člověka při plánování a zkoušení medikace

78. Učením se z inovativních přístupů zaměřených na podporu rozhodování o medikaci ve všeobecné medicíně (například www.dhmc.org/shared_decision_making.cfm, <http://decisionaid.ohri.ca/index.html>) a ve službách pro podporu duševního zdraví, například CommonGround (patdeegan.com)

79. Podporováním těch, kdo si přejí vysadit medikaci, například tím, že jim poskytneme informace o výhodách a nevýhodách, seznámíme je s tím, jaké alternativy mají (pokračování medikace po pevně danou dobu a poté nové přezkoumání vhodnosti medikace, identifikování včasných varovných signálů a společné krizové plány před vysazením, odstupňované vysazení atd.), podpořením těchto osob v jejich rozhodnutí i v případě, že se toto rozhodnutí liší od názoru toho, kdo medikaci předepisuje, a dále seznámením je s nemedikačními zdroji podpory

80. Dostatečnou informovaností o zdrojích⁵²⁻⁵⁶ a webových stránkách, například www.comingoff.com, které jsou pro podporu lidí, již si přejí vysadit psychiatrické léky, stále dostupnější.



6.5 Příspěvek podjímání rizika k zotavení

S tím, jak člověk s duševním onemocněním postupně přijímá odpovědnost za vlastní život a přebírá kontrolu nad ním, objevuje se důležitá otázka nakládání s rizikem. Politická a profesní realita působí na systém pro podporu duševního zdraví tak, aby předcházel a vyhýbal se riziku. Riziko je však velmi důležité, protože lidé mu potřebují být vystaveni, aby mohli růst, vyvíjet se a měnit se. Nakládání s rizikem je nedílnou součástí lidského života. Spojení těchto dvou různých přístupů k riziku, tedy přístupu k riziku jako k něčemu nutnému na straně jedné a jako k něčemu, čemu je třeba se vyhnout, na straně druhé, není příliš užitečné. Ve službě zaměřené na zotavení dochází k jasnému oddělení těchto dvou významů.

Škodlivé riziko se vztahuje k chování, které je nezákonné nebo není společensky přijímáno, například zabití nebo sebevražda, antisociální chování, trestná činnost, osobní nezodpovědnost, sebepoškozující vzorce chování a recidiva duševního onemocnění. Škodlivému riziku je třeba se vyhýbat, a cíle léčby se zaměřují na omezení škodlivých rizik. Vyhýbání se škodlivému riziku může být také součástí cíle zotavení, pak ale pro toto vyhýbání musí existovat dobrý důvod: „Moje dobrovolnictví pro mě moc znamená, takže se chci vyhnout tomu, abych ho nějak ohrožoval tím, že budu nepřátelský, když se necítím dobře.“

Podjímání pozitivního rizika se vztahuje k chování, jehož součástí je, že člověk přijímá výzvy vedoucí k osobnímu růstu a rozvoji. Mezi pozitivní rizika patří například vytváření si nových zájmů, zkoušení něčeho, o čem si nejsme jistí, že dokážeme, rozhodnutí chovat se jinak ve vztahu a přijímání nových rolí. Téměř vždy má vystavení se pozitivnímu riziku přínos – i když se to nakonec třeba nepodaří, posiluje se zkoušením a selháním odolnost člověka. Podjímání pozitivního rizika, tedy riskování z nějakého důvodu, je potřebné k dosažení mnoha cílů zotavení.

Akční kroky

Pracovníci mohou podpořit zotavení ve vztahu k riziku tím, že:

81. Si budou vědomi, že zaměření na vyhýbání se škodlivému riziku prostřednictvím opatření personálu vytváří prostředí, které může ve skutečnosti omezit možnost člověka rozvíjet schopnost převzetí odpovědnosti za své vlastní činy

82. Uznají, že využívání služeb pro podporu duševního zdraví je mnohem pravděpodobnější, jestliže se upřednostní cíle zotavení oproti cílům léčení

83. Zajistí zavedení kontrolovaných a organizačně podporovaných systémů pro vyhodnocení, vytváření a zdokumentování opatření zahrnujících podjímání pozitivního rizika při dosahování cílů zotavení

84. Se zaměří na podjímání pozitivního rizika spíše než na vyhýbání se škodlivému riziku, protože právě tím se rozvíjí dovednosti self-managementu rizika

85. Identifikováním opatření na omezení škodlivých rizik v co možná největší spolupráci s uživatelem služeb

Část sedmá: Zotavení skrze krizi

Nedobrovolná léčba v době krize je ve službách pro podporu duševního zdraví zaměřených na zotavení někdy nutná. U někoho, kdo by mohl ublížit sobě nebo druhým, je lepší, aby služby zasáhly – zaměření na osobní zotavení není povolením k tomu, abychom se stáhli a vytvořili tak prostor pro tragédii, protože si člověk neřekl o pomoc či ji odmítl. Proto je nedobrovolné opatření v průběhu krize přijatelné, pokud ostatní možnosti byly vyčerpány.

Přístup ke krizi zaměřený na zotavení se snaží:

- předcházet zbytečným krizím
- minimalizovat ztrátu osobní odpovědnosti v době krize a
- podporovat identitu v době krize i po ní

Druhým je, že recidiva (ve smyslu vrácení se zpět) je normální. Lidé, kteří se snaží zbavit svého dřívějšího chování nebo emočních vzorců, zažívají propady. Může pro ně být užitečné dozvědět se o tom, že většina abstinujících kuřáků se již dříve asi 12 až 14krát pokusila přestat kouřit⁵⁷, nebo že milionáři v průměru 3,2krát zažili bankrot nebo se ocitli na jeho pokraji⁵⁸. Podjímání pozitivního rizika a související propady jsou v životě nezbytné – jsou znakem zdraví, nikoli nemoci.

7.1 Předcházení zbytečným krizím

Nejlepším způsobem snižování pravděpodobnosti vzniku krize je rozvíjení dovedností self-managementu. Díky nim se daří dospívat k jednání sám za sebe, ke zplnomocnění a k odolnosti umožňující zvládnutí propadů. Důležitou dovedností self-managementu je schopnost rozpoznat příznaky duševního onemocnění a reagovat na ně. Výzvou ve vztahu k zotavení je podniknout včasné kroky při výskytu varovných signálů tak, aby se zlepšila schopnost daného člověka postavit se situaci čelem, spíše než aby se vytvářely obavy z recidivy nebo aby se člověk příliš hlídal.

Je potřeba umět předat dvě sdělení.

Prvním je, že ne všechny potíže a neúspěchy v životě jsou indikátory potenciální recidivy. Do podpory je třeba investovat alespoň tolik úsilí, aby se mohly rozvíjet dovednosti člověka ke zvládnutí životních situací a vytváření postojů, které mu umožní nepříznivé situace zvládat (spíše než se jim vyhýbat).

Akční kroky

Pracovníci mohou podporovat člověka před krizí tím, že:

86. Pracují s uživatelem služeb na rozpoznání prvních varovných signálů hrozící krize

87. Potvrzují normalnost této situace tím, že mluví o užitečné úrovni vlastního sledování se (self-monitoring)

88. Zdůrazňováním toho, že propady jsou normální – je to vhodná reakce na propad, který je kritický

7.2 Minimalizace ztráty osobní odpovědnosti v průběhu krize

Služba zaměřená na zotavení se snaží dělat co možná nejméně rozhodnutí za člověka. Docílit toho můžeme tím, že udržíme proces rozhodování danému člověku co možná nejbližší. Ideálně člověk rozhoduje sám za sebe. V případě, kdy člověk tuto schopnost dočasně ztratí, využíváme jeho dříve vyjádřených názorů a přání, případně o něm rozhoduje osoba, kterou člověk před krizí pověřil jako svého zástupce pro tyto situace. Pouze v případech, kdy tyto možnosti nejsou k dispozici, měli by v nejlepším zájmu daného člověka rozhodovat pracovníci.

Klíčovým nástrojem, který pomáhá omezit ztrátu autonomie, je proto využívání možnosti vyjádření přání pro případ krize. Tato vyjádření přání mohou mít mnoho podob, a jejich právní postavení se v jednotlivých zemích liší, ale při správném používání poskytují pracovníkům všechny informace, které potřebují k tomu, aby mohli vykonávat svoji práci – což znamená, že musejí člověka a jeho hodnoty stále vnímat jako ústřední bod práce s ním i v době krize.

Akční kroky

Pracovníci mohou minimalizovat ztrátu osobní odpovědnosti v době krize:

89. Zaměřením se na člověka a jeho hodnoty jako na ústřední bod v době krize

90. Běžným užíváním vyjádření přání a jiných postupů (například dohod o sdílení péče, záznamů, které mají pacienti u sebe) v období krize

7.3 Podpora identity v době krize a při procházení krizí

Vztahy mají největší význam právě v době krize. Reakcí tradiční služby na člověka, který prokazuje známky krize, je hospitalizace, a zde se právě jasně ukazuje velká důležitost rozvíjení partnerského vztahu v ambulantních službách zaměřených na zotavení. Vznikají také nové typy alternativních krátkodobých pobytových služeb pro lidi v krizi, například Cedar House v Rotherhamu provozovaný organizací Rethink Mental Illness.

Akční kroky

Pracovníci mohou podporovat identitu během krize:

91. Vyvažováním potřeby bezpečí a faktu, že prožívání krize představuje příležitost k učení se z minulosti a k přeorientování plánů do budoucna

92. Udržováním normálního průběhu života daného člověka v chodu: zajištěním vybírání pošty ze schránky, krmením jeho domácího mazlíčka, obstaráním osob, které jsou na daném člověku závislé, zajištěním zaplacení účtů, zajištěním jeho domova, zrušením dodávek do domu atd.

93. Maximalizací zapojení podpůrné sítě daného člověka, například neomezováním návštěvní doby, aktivním povzbuzováním k návštěvám, přizváním návštěvníků k jídlu a dalším činnostem v zařízení

94. Udržováním životních dovedností aktivních. Jestliže je člověk schopen si vařit (a vařit pro ostatní), ničemu nepomůže, když se mu začnou automaticky podávat jídla. Jestliže člověk rád čte nebo cvičí (nebo má jakoukoli jinou formu osobního léčení⁵⁹), je důležité tyto aktivity podporovat

95. Tím, že potvrzujeme lidskou identitu člověka od prvního setkání s ním, ne tím, že k němu od začátku přistupujeme jako k nemocnému na příjmu. Tím, že s ním mluvíme o životě, o jeho představách o tom, co mu přijetí do služby přinese, v co doufá, že bude dělat pak atd.

96. Průběžným dlouhodobým podporováním člověka v reflektování své krize a nalézání jejího smyslu. Jak vznikla? Co je na ní dobré a co špatné? Co se z ní může naučit? Jaké plány nebo cíle nebo podporu nebo dovednosti bude daný člověk v budoucnu potřebovat?

97. Využíváním času strategicky, spíše než poskytováním povinného programu aktivit. Individualizováním podpory tak, aby skutečně reagovala na potřeby jednotlivce. Sem může patřit prosté poskytnutí prostoru danému člověku nebo poskytnutí poradenství v otázkách podpory procesu zotavení, nebo umožnění přístupu k uměleckým médiím a terapiím, v nichž bude moc vyjádřit své vlastní zkušenosti a prožitky

Část osmá: Přijetí zaměření na zotavení ve službách pro podporu duševního zdraví

Jak rozlišíme, že je služba pro podporu duševního zdraví zaměřena na zotavení? Dosud neexistuje žádný akreditační proces, který by umožnil identifikovat zaměření služby na zotavení, ačkoli již začíná být jasné, co je nejlepší praxe.

Začínají se objevovat nástroje pro podporu služeb:

- Program INSPIRE slouží k tomu, aby uživatel služeb mohl hodnotit míru podpory při zotavení ze strany pracovníka služby pro podporu duševního zdraví. Je ke stažení zdarma na adrese researchintorecovery.com/inspire
- Nejrozšířenější standardy kvality jsou *Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care*^{60; 61}
- Nástroj pro měření důvěry v peer služby nazvaný *Fidelity Assessment Common Ingredients Tool (FACIT)*⁶²
- Nástroj pro zjišťování stavu služby nazvaný *Pillars of Recovery Service Audit Tool (PoRSAT)*⁶³
- Nástroj pro zjišťování míry podpory procesů zotavení u uživatelů služeb nazvaný *Recovery-Promoting Relationships Scale*⁶³

Jak můžeme vyhodnotit dopady služby pro podporu duševního zdraví, která je zaměřena na zotavení? Vyhodnocení výstupů by mělo vycházet z teoretického rámce a mělo by měřit, co je důležité. Rámec osobního zotavení poskytuje teoretický základ pro vyhodnocení výstupů. Identifikuje dva typy výstupů, které jsou důležité: ceněné sociální role, které potvrzují sociální identitu, a cíle zotavení, které přispívají k osobní identitě. Celková strategie vyhodnocení výstupů by měla tyto dvě věci. Zaprvé objektivní indikátory kvality života, například adekvátnost bydlení, přátelství, bezpečí, zaměstnání, blízké vztahy atd. Zadruhé pokrok směrem k osobním cílům. Pokud tato kritéria splníte, pravděpodobně jste službou pro podporu duševního zdraví zaměřenou na zotavení.

Akční kroky

Pracovníci mohou zviditelňovat výstupy zotavení:

98. Využíváním standardů kvality pro podporu zotavení a nástrojů pro rozvoj služeb

99. Vyhodnocováním procesu zotavení a nástrojů k vyhodnocování výstupů, například využíváním nástroje INSPIRE (zdarma ke stažení z researchintorecovery.com/inspire)

100. Průběžným monitorováním a uveřejněním příběhů o dosažení sociálně ceněných rolí a osobně ceněných cílů zotavení



Část devátá: Transformace systému podpory duševního zdraví

Práce zaměřená na zotavení nemusí systémem pro podporu duševního zdraví prostoupit přirozeně. Bez zásadní transformace se může stát, že vývoj směrem k naplnění vize zotavení nebude možný.

Obhajování zaměření na osobní zotavení je vlastně obhajováním změny paradigmatu, v němž:

1. Intelektuální výzva vzniká z vnějšího dominantního vědeckého paradigmatu (porozumění zotavení vychází od lidí, kteří mají zkušenost s duševním onemocněním, nikoli od pracovníků služeb pro podporu duševního zdraví)
2. Dřívější starosti (například riziko, příznaky, hospitalizace) vnímáme jako podmnožinu nebo zvláštní případ nového paradigmatu
3. Co bylo dříve na okraji zájmu (tj. ‚pohled pacienta‘), je nyní ústřední

Základem přístupu zaměřeného na zotavení je převrácení některých tradičních předpokladů:

- Prožitek duševního onemocnění je součástí daného člověka; není to tak, že člověk je psychiatrický pacient nebo například ‚schizofrenik‘
- Zastávání ceněných sociálních rolí zlepšuje příznaky a snižuje výskyt hospitalizace; není to tak, že člověk potřebuje léčbu do doby, než je připraven převzít odpovědnost za svůj život a zastávat své životní role
- Cíle zotavení definuje uživatel služeb a podpora k dosahování těchto cílů přichází kromě jiného od pracovníků; není to tak, že stanovíme cíle léčby, které bude uživatel služeb naplňovat

- Vyhodnocení se zaměřuje více na silné stránky, preference a dovednosti člověka než na to, co nedokáže

- Platí všechny běžné potřeby člověka, tedy práce, láska a zábava; léčba může, ale nemusí k jejich naplnění přispět

- Lidé s duševním onemocněním jsou v zásadě normální, tj. jsou jako každý jiný, pokud jde o ambice a potřeby

- Lidé v průběhu času dojdou k dobrým rozhodnutím o svém životě, pokud budou mít příležitost, podporu a povzbuzení a nebude se k nim přistupovat jako k těm, kdo se obvykle rozhodují špatně, takže za ně musejí přebírat odpovědnost pracovníci.

Dopady vykročení na cestu zotavení jsou pro uživatele služeb i pro pracovníky nesmírné. Naprosto jasně má tento směr potenciál zplnomocňovat a transformovat uživatele služeb. Tím však změna nekončí. Přístup zacílený na zotavení má také potenciál osvobodit pracovníky v oblasti podpory duševního zdraví od nesplnitelných očekávání: diagnostikovat tuhle osobu; vyléčit tuto nemoc; uzdravit tohoto pacienta; efektivně řídit rizika; zajistit bezpečí veřejnosti; vymýtit odchylnost ze společnosti. Zaměření na zotavení je v zájmu všech.

Příloha první: **Elektronické zdroje využitelné na podporu zotavení**

Všeobecné zdroje o zotavení

Rethink Mental Illness	www.rethink.org
Mental Health Commission	www.mhc.govt.nz
Boston University Center for Psychiatric Research	www.bu.edu/cpr
Ohio Department of Mental Health	www.mhrecovery.com
National Empowerment Center	www.power2u.org
Scottish Recovery Network	www.scottishrecovery.net
Recovery Devon	www.recoverydevon.co.uk
Section for Recovery, Institute of Psychiatry	www.researchintorecovery.com
Yale Program for Recovery and Community Health	www.yale.edu/prch

Specifické přístupy zaměřené na zotavení

Intentional Care	www.intentionalcare.org
Tidal Model	www.clan-unity.co.uk
Intentional Peer Support	www.intentionalpeersupport.org
Wellness Recovery Action Planning (WRAP)	www.mentalhealthrecovery.com
The Village	www.mhavillage.org
Intervoice	www.intervoiceonline.org
Promoting Resilience	www.resilnet.uiuc.edu

Iniciativy proti stigmatu / příběhy uživatelů služeb

Media Action Group for Mental Health	www.magmh.org.uk
Time to Change	www.time-to-change.org.uk
Like Minds, Like Mine	www.likeminds.org.nz
See me	www.seemescotland.org
Narratives Research Project	www.scottishrecovery.net
Mental Health Stigma	www.mentalhealthstigma.com
Active Minds	www.activeminds.org
StigmaBusters	www.nami.org

Zdroje z oblasti pozitivní psychologie

Centre for Applied Positive Psychology	www.cappeu.org
Positive Psychology Center	www.ppc.sas.upenn.edu
Centre for Confidence and Well-being	www.centreforconfidence.co.uk
Values in Action Inventory of Strengths	www.viastrengths.org

Příloha druhá: Přehled odkazů

1. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br. J. Psychiatry* 2011;199:445-52.
2. Shanks V, Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Slade, M. Measures of personal recovery: systematic review. *Psychiatr. Serv.* in press.
3. Bird V, Le Boutillier C, Leamy M, Larsen J, Oades L, Williams J, et al. Assessing the strengths of mental health service users - systematic review. *Psychological Assessment* 2012;24:1024-33.
4. Schrank B, Bird V, Rudnick A, Slade M. Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Soc. Sci. Med.* 2012;74:554-64.
5. Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ, Davidson L, Williams J, Slade M. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatr. Serv.* 2011;62:1470-76.
6. Williams J, Leamy M, Bird V, Harding C, Larsen J, Le Boutillier C, et al. Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2012;47:1827-35.
7. Bird V, Leamy M, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. REFOCUS: Promoting recovery in community mental health services. London: Rethink (researchintorecovery.com/refocus), 2011.
8. Slade M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, McCrone P, Leamy M. REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry* 2011;11:185.
9. NHS Confederation Mental Health Network. Supporting recovery in mental health. London: NHS Confederation, 2012.
10. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research* 1993; 2:17-24.
11. HM Government. (2011). No health without mental health. Delivering better mental health outcomes for people of all ages. London: Department of Health.
12. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically-validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003; 37:586-594.
13. Allott P, Loganathan L, Fulford KWM. Discovering hope for recovery: a review of a selection of recovery literature, implications for practice and systems change. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2002; 21(2):13-34.
14. May R. Making sense of psychotic experience and working towards recovery. In: Gleeson JFM, McGorry PD, editors. *Psychological Interventions in Early Psychosis*. Chichester: John Wiley & Sons; 2004. 246-260.
15. Roberts G, Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment* 2004; 10:37-49.
16. Roberts G, Wolfson P. New directions in rehabilitation: learning from the recovery movement. In: Roberts G, Davenport S, Holloway F, Tattan T, editors. *Enabling recovery. The principles and practice of rehabilitation psychiatry*. London: Gaskell; 2006. 18-37.
17. Farkas M, Gagne C, Anthony W. *Recovery and rehabilitation: a paradigm for the new millennium*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation; 1999.
18. Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 11, 123-8.
19. Repper, J. & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health* 20(4), 392-411.
20. Tse S, Cheung E, Kan A, Ng R, Yau S. Recovery in Hong Kong: Service user participation in mental health services. *International Review of Psychiatry*. 2012; 24: 40-7.
21. Heyes S, Tate S. *Art of Recovery*. Yeovil: Speak Up Somerset; 2005.
22. Perkins R. *Making it! An introduction to ideas about recovery for people with mental health problems*. London: South West London and St George's Mental Health NHS Trust; 2007.
23. Davies, S., Wakely, E., Morgan, S., Carson, J. (2012). *Mental health recovery heroes past and present. A handbook for mental health care staff, service users and carers*. Brighton: Pavilion Press.
24. Mental Health Commission. *Oranga Ngākau. Getting the most out of mental health services. A recovery resource for service users*. Wellington: Mental Health Commission; 2003.
25. Anthony W. The Principle of Personhood: The Field's Transcendent Principle. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2004; 27:205.
26. Lapsley H, Nikora LW, Black R. *Kia Mauri Tau! Narratives of Recovery from Disabling Mental Health Problems*. Wellington: Mental Health Commission; 2002.
27. Romme M, Escher S, Dillon J, Corstens D, Morris M. *Living with Voices: 50 Stories of Recovery*. Ross-on-Wye: PCCS, 2009.
28. McIntosh Z. *From Goldfish Bowl to Ocean: personal accounts of mental illness and beyond*. London: Chipmunkpublishing; 2005.
29. Scottish Recovery Network. *Journeys of Recovery. Stories of hope and recovery from long term mental health problems*. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2006.
30. Bowyer T, Hicks, A., Mailey, P., Sayers, R., Smith, R., Ajayi, S., Faulkner, A., Larsen, J. *Recovery insights. Learning from lived experience*. London: Rethink Mental Illness, 2010.
31. O'Hagan M. *Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers*. Wellington: Mental Health Commission; 2001.

32. Hope R. *The Ten Essential Shared Capabilities - A Framework for the whole of the Mental Health Workforce*. London: Department of Health; 2004.
33. Farkas M, Gagne C, Anthony W, Chamberlin J. Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health Journal* 2005; 41:141-158.
34. Deegan P. Recovery as a journey of the heart. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1996; 19:91-97.
35. Baumeister RF. *Meanings of life*. New York: Guilford; 1991.
36. Bock T, Priebe S. Psychosis seminars: an unconventional approach. *Psychiatric Services* 2005; 56:1441-1443.
37. Byrne S, Birchwood M, Trower P, Meaden A. *A Casebook of Cognitive Behaviour Therapy for Command Hallucinations*. Routledge: Hove; 2005.
38. Rapp C, Goscha RJ. *The Strengths Model: Case Management With People With Psychiatric Disabilities*, 2nd Edition. Second ed. New York: Oxford University Press; 2006.
39. Resnick SG, Rosenheck RA. Recovery and positive psychology: Parallel themes and potential synergies. *Psychiatric Services* 2006; 57(1):120-122.
40. Russinova Z. Providers' Hope-Inspiring Competence as a Factor Optimizing Psychiatric Rehabilitation Outcomes. *Journal of Rehabilitation* 1999; Oct-Dec:50-57.
41. Perkins R, Repper J. *Social Inclusion and Recovery*. London: Baillière Tindall; 2003.
42. Snyder CR. *Handbook of hope*. San Diego: Academic Press; 2000.
43. Adams N, Grieder DM. *Treatment Planning for Person-Centered Care*. Burlington, MA: Elsevier; 2005.
44. Tondora J, Pocklington S, Osher D, Davidson L. *Implementation of person-centered care and planning: From policy to practice to evaluation*. Washington DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2005.
45. Coleman R, Baker P, Taylor K. *Working to Recovery. Victim to Victor III*. Gloucester: Handsell Publishing; 2000.
46. Ridgway P, McDiarmid D, Davidson L, Bayes J, Ratzlaff S. *Pathways to Recovery: A Strengths Recovery Self-Help Workbook*. Lawrence, KS: University of Kansas School of Social Welfare; 2002.
47. Copeland ME. *Wellness Recovery Action Plan*. Brattleboro: VT: Peach Press; 1999.
48. Becker DR, Drake RE. *A Working Life for People with Severe Mental Illness*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
49. Bower SA, Bower GH. *Asserting yourself. A practical guide for positive change*. Cambridge, MA: Da Capo Press; 2004.
50. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing people to change (addictive) behavior*. New York: Guilford Press; 2002.
51. Libermann RP. Future directions for research studies and clinical work on recovery from schizophrenia: Questions with some answers. *International Review of Psychiatry* 2002; 14:337-342.
52. Icarus Project and Freedom Center. *Harm Reduction Guide to Coming Off Psychiatric Drugs*. <http://theicarusproject.net/HarmReductionGuideComingOffPsychDrugs>.
53. Darton K. *Making sense of coming off psychiatric drugs*. London: Mind; 2005.
54. Lehmann P (ed). *Coming Off Psychiatric Drugs: Successful Withdrawal from Neuroleptics, Antidepressants, Lithium, Carbamazepine and Tranquilizers*. Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing; 2004.
55. Breggin P, Cohen D. *Your Drug May Be Your Problem: How and Why to Stop Taking Psychiatric Medications*. Reading, MA: Perseus Books; 2007.
56. Watkins J. *Healing Schizophrenia: Using Medication Wisely*. Victoria: Michelle Anderson; 2007.
57. Zhu S-H. Number of Quit Smoking Attempts Key to Success. *Scoop Health* 2007; 6 September.
58. Tracy B. *21 Success Secrets of Self-made Millionaires*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler; 2000.
59. Deegan P. The importance of personal medicine. *Scandinavian Journal of Public Health* 2005; 33:29-35.
60. Tondora J, Davidson L. *Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care*. Connecticut: Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services; 2006.
61. Davidson L, Tondora J, Lawless MS, O'Connell M, Rowe M. *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice Tools for Transforming Mental Health Care*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
62. Johnsen M, Teague GB, Herr EM. Common Ingredients as a Fidelity Measure for Peer-Run Programs. In: Clay S, Schell B, Corrigan P, Ralph R, editors. *On our own, together. Peer programs for people with mental illness*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press; 2005. 213-238.
63. Higgins A. *A recovery approach within the Irish Mental Health Services. A framework for development*. Dublin: Mental Health Commission; 2008.
64. Russinova Z, Rogers ES, Ellison ML. *Recovery-Promoting Relationships Scale (Manual)*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation; 2006.

Poděkování

„Tato zpráva vznikla na základě volně sdílených odborných zkušeností mnoha lidí s osobními a/nebo profesními zkušenostmi s duševním onemocněním, za což jsem nesmírně vděčný. Napsal jsem ji v průběhu svého volna, kdy jsem nevykonával své běžné povinnosti, a za to bych chtěl srdečně poděkovat Institute of Psychiatry a South London and Maudsley NHS Foundation Trust. Děkuji také Johnu Larsenovi a Vanesse Pinfold z organizace Rethink Mental Illness za to, že mě bezvýhradně podporují a jsou tak nadšení pro uvádění koncepce zotavení v život.“

Mike Slade (autor zprávy)

© Mike Slade, 2013

Obsah může být reprodukován pouze bezplatně a s plným uvedením zdroje:
Slade M (2013) 100 ways to support recovery, 2nd edition. London: Rethink Mental Illness.

První vydání bylo přeloženo do dánštiny, němčiny, portugalštiny a islandštiny. Další informace o těchto překladech najdete na webových stránkách researchintorecovery.com/100ways

Části tohoto průvodce jsou reprodukovány se svolením z delší a komplexnější publikace:
Slade M (2009) Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals, Cambridge: Cambridge University Press.

**Kopii této zprávy si můžete stáhnout zdarma na adrese
www.rethink.org/100ways**



Razíme cestu ke kvalitnějšímu životu pro všechny, kdo trpí vážným duševním onemocněním.

Další informace o organizaci Rethink Mental Illness na telefonu 0300 5000 927 nebo e-mailu info@rethink.org

www.rethink.org

Registered in England Number 1227970. Registered Charity Number 271028. Registered Office 89 Albert Embankment, London, SE1 7TP. Rethink Mental Illness is the operating name of National Schizophrenia Fellowship, a company limited by guarantee. © Rethink Mental Illness 2013.



Rethink Mental Illness is a partner in:

