

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Komunitní přístup k duševně
nemocným jako alternativa
k ústavní péči

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor:	Dagmar Strnadová
Katedra:	Sociálně pedagogická
Vedoucí práce:	Mgr. Anna Klimešová
Studijní program:	Sociální práce
Studijní obor:	Pastorační a sociální práce
Rok odevzdání:	2008

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Komunitní přístup k duševně nemocným jako alternativa k ústavní péči napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.
2. Souhlasím s tím, aby byla zpřístupněna pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Praze dne 4. 5. 2008

Dagmar Strnadová

Bibliografická citace

Komunitní přístup k duševně nemocným jako alternativa k ústavní péči [rukopis]: bakalářská práce / Dagmar Strnadová; vedoucí práce: Anna Klimešová. -- Praha, 2008. - - 65 s.

Anotace:

Péče o duševně nemocné procházela v historii mnoha proměnami. Většina lidí byla přijímána jako součást společnosti. Péči o ně zajišťovala rodina a místní společenství. Jen malá část duševně nemocných byla vyháněna nebo naopak vězněna. Ve velkém začali být jedinci s duševními problémy vyčleňováni a izolováni až v novověku.

Ve 20. století došlo k prudkému rozvoji psychiatrie i péče o duševně nemocné. V 50. letech začaly být velké psychiatrické ústavy v mnoha vyspělých zemích uzavírány. Ústavní péče byla nahrazena ambulantními a komunitními službami. Hlavní cíl komunitní práce je, aby lidé trpící duševní nemocí mohli žít ve svém přirozeném prostředí. Mezi státy s dlouhou tradicí komunitní péče v oblasti péče o duševní zdraví patří i Anglie. Vznikla zde široká škála služeb v oblasti bydlení, zaměstnávání a volného času. Změnil se i přístup k duševně nemocným lidem.

V České republice se komunitní práce začala používat až v 90. letech. Od té doby došlo v oblasti komunitní práce k velikému pokroku. Přesto se u nás stále často upřednostňuje ústavní péče.

Komunitní práce navazuje na hodnoty tradičních komunit a je založena na respektu k lidským právům. Zároveň se snaží odstraňovat stigma, které je s duševní nemocí spojené.

Klíčová slova:

duševní nemoc, komunita, komunitní péče, služby

Summary:

In the history the care of people with a mental health problems was going through a lot of changes. Most of the people were accepted as a part of a society. The family and a local community had been taken care of them. Only a small part of people with a mental health problems had been banished or kept in prison. With the beginning of a modern period the people with a mental illness have devoted and segregated in a large extent.

The psychiatry and care for disordered people occurred rapid development in 20th century. In the 50's the psychiatric institution had been closing down in many advanced countries. Institutional care was replaced with an out-patient and community care services. The main target of a community care is to help to the people with a mental illness so they can live in a natural neighbourhood. The Great Britain has ranked among countries with a long tradition of community care. The broad range of services in the domain of living, employment and a leisure time arose here. The attitude to disordered people was also changed.

In the Czech republic the community work set up to apply in 90's. Since the time the big progress was reached. Nevertheless the institutional care is still being preferred.

The community care concurs at traditional community values and it is established on esteem to human rights. Simultaneously it tries to eliminate stigma, which is tied with mental illness.

Key words:

mental illness, community, community care, services

Obsah:

ÚVOD	9
I. HISTORIE PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ	10
1. Starověk	10
2. Středověk a renesance	11
3. Osvícenství	12
4. 20. století	15
II. PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	17
1. Subjekty péče o duševně nemocné	17
2. Současný stav psychiatrické péče v České republice	17
3. Péče poskytovaná státem	20
4. Problémy spojené s léčbou v psychiatrických léčebnách	20
III. KOMUNITNÍ PRÁCE	23
1. Komunita	23
2. Komunitní práce	24
2. 1. Etapy komunitní práce	25
3. Počátky komunitní práce	26
4. Rozvoj komunitní práce ve 20. století v oblasti péče o duševně nemocné	26
5. Reforma psychiatrické péče v některých zemích	28
IV. KOMUNITNÍ PRÁCE V ANGLII	30
1. Vývoj komunitní práce v Anglii	30
2. Systém péče v Anglii	31
3. Komunitní týmy	32
4. Další komunitní služby	34
4. 1. Bydlení	35
5. Krizové služby	37
6. Ambulantní služby (Out patient care)	38
7. Lůžková péče (Inpatient care)	38
8. Nedostatky komunitní péče	39
V. KOMUNITNÍ PRÁCE V ČESKÉ REPUBLICE	41
1. Vývoj komunitní práce v České republice	41
2. Služby	42
2. 1. Zaměstnávání	42
2. 2. Bydlení	44
2. 3. Volný čas	45

2. 4. Svépomocné skupiny	45
2. 5. Dobrovolnictví	46
3. Case management	47
4. Krizové týmy	47
VI. DUŠEVNĚ NEMOCNÍ A SPOLEČNOST	49
1. Stigma duševní nemoci	49
2. Boj proti stigmatu	52
3. Práva duševně nemocných	54
Závěr	58
Zdroje:	61

Úvod

Duševní nemoci jsou zřejmě staré jako samo lidstvo. Lidé se jejich tajemství vždy snažili rozluštit, přijít na jejich původ, pojmenovat je a později klasifikovat. Význam, který jim je přikládán se liší podle kultur a mění s dobou, stejně jako přístup k duševně nemocným lidem. Osoby trpící psychickou poruchou byly v dějinách vylučovány ze společnosti i přijímány jako její přirozená součást, zavrhovány i oslavovány.

To, jak chápeme duševní nemoc dnes, má kořeny hluboko v historii. Některé představy stereotypně přetrvávají, jiné se razantním způsobem změnilo. Jasně je, že přístup k duševním nemocem i k jejich nositelům se bude dál vyvíjet a formovat i v budoucnu.

Některá z duševních nemocí postihne alespoň jednou během života velkou část populace. Příchod psychické nemoci výrazně postihne nejen nemocného ale i jeho rodinu, přátele i blízké okolí. Ani dnes nedokáží odborníci všechny duševní potíže a choroby vyléčit. Naštěstí ale existují možnosti, jak zmírnit důsledky nemoci.

Cílem mé práce je popsat, jakou roli v péči o lidi s duševním onemocněním má komunitní péče. Bude mě zajímat, jak se vyvíjela a na jaké hodnoty navazuje. Chci zjistit, jaké je využití komunitní práce v oblasti péče o duševní zdraví a co tento přístup nabízí duševně nemocným i společnosti. Zajímá mě, jaké jsou výhody oproti klasické ústavní péči, a naopak jestli s sebou přináší i některá rizika.

Stručně nastíním systém psychiatrické péče v České republice a obsáhleji se budu věnovat službám komunitního typu, které jsou u nás dostupné. Jelikož se u nás komunitní péče využívá teprve od počátku 90. let, škála služeb není tak rozsáhlá jako v jiných vyspělých státech. Proto se na příkladu Anglie pokusím popsat alespoň některé služby, které u nás zatím nejsou poskytovány.

Zároveň věnuji kapitolu tématu, které s dnešním přístupem k lidem s duševními problémy a komunitní péčí úzce souvisí. Jsou to práva duševně nemocných a problematika stigmatizace.

Informace pro svou práci budu čerpat z odborných publikací v českém jazyce a z internetových zdrojů v českém i anglickém jazyce.

I. HISTORIE PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

Pohled na duševní nemoci se v historii měnil. Na duševně nemocné bylo pohlíženo jako na osvícené nebo naopak posedlé d'áblem, jako na děti nebo dokonce jako na zvířata. Zároveň je důležité poznamenat, že ne všechny projevy, které jsou dnes považovány za příznak duševní nemoci, tak byly chápány i v minulosti. Mnoho lidí, kteří jsou dnes označováni za duševně nemocné, byli dříve přijímáni jako duševně zdraví jedinci. Za šílené, bláznů či choromyslné byli považováni často pouze jedinci s velmi neobvyklým chováním, jako jsou například psychotici. Hranice chápání normality a ne-normality, duševního zdraví a duševní nemoci se posouvaly.

1. Starověk

O péči o duševně nemocné lze mluvit již ve starověku. Asi nejvýznamnějším Řekem, který se zajímal o problematiku duševního zdraví, byl Hippokrates. Byl to právě on, který umístil duševní činnost člověka do mozku. „Příčinu nemoci nehledal v nadpřirozených silách, ale ve vnitřních podmínkách lidského života a ve vlivech okolí.“¹ Jako léčbu doporučoval pobyt na čerstvém vzduchu, procházky, cvičení a jiné aktivity, které měly za úkol nabudit příjemný stav.

Hippokratovým následovníkem byl i římský lékař Asklepiodes, jehož pacientem byl také slavný řečník a politik Cicero. Stejně jako Hippokrates zavrhoval jakékoliv nehumánní metody. „Při péči o duševně nemocné odmítal pouštění žilou.“² Namísto toho doporučoval pobyt v příjemném prostředí, sprchy, hudbu a práci.

V této době nebyly pro duševně nemocné zřizovány žádné velké ústavy, ve většině případů byli přijímáni jako součást komunity.

¹ Mlýnková, Jana. Historie ošetřovatelství. Časopis moderního ošetřovatelství Florence. 2006, č. 4. [cit. 16. května 2007]. Dostupný z [www: http: < // www . florence . cz / cislo . php ? stat = 170 >](http://www.florence.cz/cislo.php?stat=170)

² Mlýnková, Jana. Historie ošetřovatelství. Časopis moderního ošetřovatelství Florence. 2006, č. 4. [cit. 16. května 2007]. Dostupný z [www: http: < // www . florence . cz / cislo . php ? stat = 170 >](http://www.florence.cz/cislo.php?stat=170)

2. Středověk a renesance

Úplně jiná byla situace ve středověké Evropě. Lidé na šílenství nepohlíželi jako na nemoc. Natož takovou nemoc, která by se dala nebo měla léčit. Ve středověku bylo chápání šílenství přinejmenším ambivalentní. Lidé, kteří trpěli duševní nemocí, byli často pokládáni za posedlé zlými duchy nebo přímo ďáblem. Proti těmto zlým silám měly pomáhat různé amulety a zaříkávadla. Nemalá část z nich posléze skončila na hranici pro obvinění z čarodějnictví.

Tím nechci tvrdit, že z čarodějnictví byli obviňováni jen lidé s duševní nemocí. Upáleno bylo mnoho lidí kvůli víře, majetku a jinak nepohodlných osob. Většina upálených byly ženy. Poslední čarodějnický proces se v českých zemích konal až roku 1756.³

Na druhou stranu byli lidé, kteří trpěli duševními problémy, pokládáni za vizionáře a za osvícené Božím Duchem. Jejich zážitky a proroctví byly chápány jako projev spojení s Bohem, nikoliv jako projev chorobné mysli. „Mnoho takových jedinců bylo kanonizováno, a většinou se uchýlovali do klášterů a poustevn.“⁴

Přesto lze říci, že většina duševně nemocných byla ve středověku více méně tolerována jako součást společnosti. O duševně nemocné se starala především jejich rodina a místní komunita. „Jen malá část duševně nemocných byla držena ve zvláštních odděleních středověkých špitálů.“⁵

Duševně nemocní, kteří neměli svou rodinu, která by jim zajišťovala péči, na tom byli o poznání hůře, byli odsouzeni k putování z místa na místo. Rituál vyobcování trval až do renesance. Blázni volně žijící uvnitř městských hradeb nebyli tolerováni. „Někdy byli pomatení veřejně bičováni a v jakési hře na pronásledování vyhnáni z města metlami.“⁶

³ Hartl, 1993, str. 45

⁴ Jarolímek, Martin. Antipsychiatrie včera a dnes. Literárky v síti. 2004, č.23. [cit.8. května 2007].

Dostupný z www: <http://www.literarky.cz/?p=archiv&text=170>

⁵ Matoušek, 1995, str. 29

⁶ Foucault, 1994, str. 11

Velký vliv na život všech lidí ve středověku měla církev. Mezi lidem panoval názor, že šílenství je trestem za hřích. Toto povědomí zůstává vlastně živé dodnes. Mnoho lidí stále cítí za svoji nemoc vinu. Církev duševně nemocné přímo nezavrhovala. Hlásala, že všichni jsou Boží děti, včetně bláznů, a proto jim nezakazovala přijímat svátosti. Církev ale nebyla tak tolerantní, jak by se mohlo zdát. Blázni sice svátost přijímat mohli, ale do kostelů měli vstup zakázán.

Renesance znamenala pro duševní nemoci velkou svobodu a volnost. Téma bláznovství se objevovalo v mnoha literárních dílech i divadelních hrách. Nejenže lidé tolerovali duševně nemocné jako součást společnosti, dokonce bylo jakousi módou, že s nimi učenci rádi vedli debaty. Svoboda bláznovství ale nebyla absolutní, někteří choromyslní byli zavíráni do kobek a věží a za poplatek byli předváděni veřejnosti jako atrakce. V této době začalo také pomalu docházet ke vzniku různých ústavů. K velkému uvěznění a izolaci šílenství dochází ale až v době osvícenství.

3. Osvícenství

Velké internační budovy začaly vznikat až v 17. století. Zakládaly se na místech, která byla od 14. století neobydlená, pustá a opředaná pověrami. Na těchto místech totiž ve středověku sídlila tzv. leproseria, prostor pro lidi nakažené leprou. Lepra koncem středověku ze západních zemí vymizela a leproseria byla opuštěna.⁷

Internační budovy byly z dnešního hlediska zařízení s těžko pochopitelným posláním. Jejich funkcí nebylo léčit nebo přímo trestat, ale spíš odstranit všechny nepohodlné jedince do ústraní. Do internačních budov byli společně zavíráni zločinci, dlužníci, žebráci i šílení.

V 18. století se odehrávala velká průmyslová revoluce. Její důsledky jsou již dobře známé, šlo především o prudký nárůst sociálních problémů. Urbanizace měla za následek extrémní nezaměstnanost, a ta pak zase chudobu. Z příchodem průmyslové revoluce se rozpadly původní tradiční komunity. Sousedské vazby byly zpřetrhány a spolu s tím zmizela i jistota vzájemné pomoci a solidarity. Mění se i pohled na jakkoliv

⁷ Focault , 1994, str. 6

handicapované jedince. Člověk, který není schopen vykonávat práci, se stává zbytečným a hodným odsouzení. Právě takoví lidé se pak často stávali oběťmi internace.

Je obtížné představit si, v jak hrozném byli postavení lidé, kteří trpěli duševní nemocí, nebo i ti, kteří za ně byli pokládáni. Panoval názor, že blázen vydrží vše, proto žili v těžko představitelných otřesných podmínkách.

Nejpoužívanějším „lékem“ na šílenství bylo kruté zacházení. Blázni byli považováni za zvířata. „Blázen byl člověk, který selhal v sociálních rolích příslušné společnosti a ztratil to jedinečné, čím se člověk od zvířat odlišuje, rozum. (...) Ani ti největší humanisté se nepozastavili nad nelidskými podmínkami v azylech, protože šílenec byl zvířetem.“⁸

Existovalo nepřehledné množství teorií, jak zmírnit či odstranit šílenství. K těm příjemnějším metodám patřilo pojídání železných pilin. Mnohem horší byly krevní transfuze, vytváření řezných ran nebo spálenin na povrchu celého těla.

Asi od 17. století se často používaným lékem stala voda. Voda se kapala bláznům na hlavu. To se mi zdá velmi zajímavé, protože je známo, že tato metoda byla používána v jiných částech světa jako mučení. Další, často používanou, metodou bylo ponořování do vody. Při ponořování nemocného do vody bylo podle lékařů nutno dbát pouze na to, aby se to dělo náhle a neočekávaně a aby tam byl držen dlouho.⁹

Naštěstí existovali i lékaři, kteří měli k duševním nemocem diametrálně odlišný přístup. Bohužel, byli v naprosté menšině. Místo strachu a týrání upřednostňovali opravdovou léčbu. Ke svým pacientům přistupovali tak jako dříve lékaři ve starověku. Doporučovali pobyt na čerstvém vzduchu a v příjemném prostředí, projížďky na koni, cestování a uznávali léčivé účinky hudby. K uzdravení podle nich přispívá klid, zajímavé (motivující) podměty a vlídné zacházení.

Jakýsi zvrat v péči o duševně nemocné znamenala velká francouzská revoluce. Francouzský lékař Philippe Pinel je považován za zakladatele psychiatrie jako

⁸ Černoušek, 1994, str. 72 - 73

⁹ autor neuveden. Historické šokové metody v psychiatrii. Vodopád. [cit. 12. dubna 2007]. Dostupný z [www:<http://www.vodopad.cz/c31htm>](http://www.vodopad.cz/c31htm)

samostatného oboru. Pinel byl koncem 18. století pověřen Národním konventem, aby péči o duševně nemocné reformoval.

Pinel prosadil umístování duševně nemocných do speciálních ústavů. I díky němu začal být běžně přijímán názor, že šílení by neměli být zavíráni společně se zločinci. Naopak šílecům má být věnována zvláštní péče.

Z mnoha zdrojů se lze dočíst, že Pinel dal z internačních ústavů propustit blázny, kteří zde byli drženi bezdůvodně. Těm, co museli zůstat, zajistil vycházky z ústavu, lepší stravu i hygienické podmínky. Krátce řečeno, Pinel je často představován jako velký filantrop a humanista, který osvobodil duševně nemocné ze zajetí nelidských a ponižujících podmínek a radikálně změnil jejich životy k lepšímu.

Skutečnost byla ale trochu jiná. Pinel dal na zkoušku sejmout okovy pouhým 13 šílecům!¹⁰ Všichni ostatní zůstali i nadále uvězněni. Péče o šílence se ale ubírala novým směrem. Nešlo už jen o to izolovat blázny daleko od ostatní společnosti, i když tato funkce ústavů zůstala i nadále aktuální, šílenství se zde začalo léčit zcela novým způsobem. Mezi terapeutické metody patřila i pracovní terapie. V praxi to znamenalo, že choromyslní byli zneužíváni jako velmi laciná pracovní síla.

Postoj k duševně nemocným se celkově změnil. Mělo se s nimi začít zacházet jako s dětmi, které potřebují dospět. Pinel za tímto účelem využíval tzv. morální terapii. „...šílenec byl podroben nepřetržité sociální a mravní kontrole, vyléčit ho znamenalo znovu mu vštípnout pouta závislosti, pokory, viny a vděčnosti...“¹¹

Na začátku 19. století se léčba s nástupem zjednodušujícího pozitivizmu výrazně zmechanizovala.¹² K léčbě byly používány různé složité přístroje. „Lékaři používali rotačních klecí, židlí, postelí, dutých kol, do kterých připoutávali pacienti. Kola se např. otáčela až 100x za minutu.“¹³ Ústavy pro duševně nemocné stále zůstávaly místem plným hrůzy, strachu a teroru.

¹⁰ Černoušek, 1994, str. 52

¹¹ Foucault, 1971, str. 67

¹² Černoušek, 1994, str. 109

¹³ Černý, Michal. Záhada jménem schizofrenie. 21. století. 2003, č. 11. [cit. 2. května 2007]. Dostupný z www: <<http://www.21stoleti.cz/view.php?cisloclanku=2003112119>>

4. 20. století

Ve 20. století se péče o duševně nemocné dál rozvíjela. Vyvinulo se mnoho psychologických škol, psychoterapeutických přístupů i nové služby zaměřené na tuto cílovou skupinu. Celá medicína, včetně psychiatrie, zaznamenala prudký rozvoj. Postavení duševně nemocných ale zůstalo i nadále nezáviděníhodné. Především v první polovině 20. století byly používány některé léčebné postupy, které lze jen stěží označit za moderní a humánní.

Tak např. Manfred Sakel zavedl roku 1935 tzv. inzulinoterapii. Schizofrenikům byly aplikovány vzestupné dávky insulínu, dokud tak nebylo vyvoláno koma. Koma se pak ukončovalo sladkým čajem podaným prostřednictvím žaludeční sondy, anebo koncentrovanou glukózou aplikovanou přímo do žíly.¹⁴ Dalšími hojně využívanými metodami byly nechvalně známá prefrontální lobotomie a elektrošoková léčba.

Nemocní lidé byli stále izolováni a diskriminováni. Už sice nežijí v tak děsivých podmínkách, jak tomu bylo dříve, ale do životního standardu většinové populace mají stále daleko. Místo do podzemních kobek jsou zavíráni do psychiatrických léčeben.

K velkému posunu v léčbě a péči o duševně nemocné došlo až ve 2. polovině 20. století, také díky mnoha objevům ve farmakologii. Na nějakou dobu se všeobecně mělo za to, že farmakoterapie vyřeší všechny problémy psychiatrie, i když později se tyto naděje ukázaly jako přehnané a nereálné. Ve stejném desetiletí se také začal postupně rozjíždět proces deinstitucionalizace. To mělo souvislost s faktem, že se prudce zvýšil veřejný zájem o lidská práva.

V 60. letech dokonce vznikl zcela nový proud psychiatrického myšlení, který došel tak daleko, že vlastně zpochybnil potřebnost existence tohoto oboru. Tento proud se nazývá antipsychiatrie, mezi jeho hlavní představitelé patří T. S. Szasz a C. Koupěrník

V ekonomicky vyspělých zemích probíhalo přesunutí péče z velkých psychiatrických léčeben hlavně v 50. a 60. letech. Nešlo už jen o to vyléčit pacientovu chorobu, ale také o zlepšení jeho sociálních podmínek. Léčebny byly nahrazeny

¹⁴ autor neuveden. Historické šokové metody v psychiatrii. Vodopád. [cit. 12. dubna 2007]. Dostupný z [www:<http://www.vodopad.cz/c31htm>](http://www.vodopad.cz/c31htm).

ambulantními službami, jako jsou např. denní nemocnice či krizová centra, a komunitními službami. Rozvíjelo se chráněné bydlení, zaměstnávání a další služby, jejichž cílem je začlenit duševně nemocné do společnosti.

II. PÉČE V ČESKÉ REPUBLICĚ

1. Subjekty péče o duševně nemocné

Politiku péče o duševní zdraví ovlivňuje mnoho státních subjektů. Bohužel je ale problematika duševního zdraví věnována jen velmi malá pozornost. A to i přes výzvy organizací jako je Světová zdravotnická organizace (WHO) nebo Evropská unie (EU), které se politiku duševního zdraví snaží systematicky propracovávat.

Politiku péče o duševní zdraví ovlivňuje Parlament ČR (legislativa), Ministerstvo zdravotnictví (dokument Koncepce oboru psychiatrie), Ministerstvo práce a sociálních věcí (grantová politika) a Úřad vlády (Výbor pro lidská práva biomedicínu). Významnou roli při budování péče mají také jednotlivé kraje.

Dokument **Koncepce oboru psychiatrie**¹⁵ byl schválen roku 2001 vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví. V dokumentu jsou vymezeny hlavní problémy oboru psychiatrie v České republice. Důraz je kladen především na pomalu se rozvíjející intermediární péči a ambulantní služby. Mezi jiné cíle patří např. přesouvání lůžek z velkých psychiatrických léčeben do psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic a propojení služeb.

2. Současný stav psychiatrické péče v České republice

Současný stav psychiatrické péče v České republice je předmětem mnoha diskusí. Už od 90. let se mluví o její reformě, ale v praxi se toho mnoho k lepšímu nezměnilo. Tento fakt se týká především péče poskytované státem.

Základní problém, na kterém se shodnou snad všichni, je podfinancování české psychiatrie. Zatímco v zemích EU je na psychiatrickou péči vydáváno asi 5 % až 14 % výdajů na zdravotnictví (průměr je asi 8 %), u nás je to jen 3,6 %. Na psychiatrii tak vydáváme, s výjimkou Slovenska, nejmenší částku ze všech zemí EU.¹⁶ WHO přitom

¹⁵ autor neuveden. Koncepce oboru psychiatrie. [cit. 2. května 2007].

Dostupný z [www: <http://www.cmhcd.cz/dokumenty/koncepce.pdf>](http://www.cmhcd.cz/dokumenty/koncepce.pdf)

¹⁶ Koukal, Milan. Zrušíme psychiatrické léčebny?. 21. století. 2006, č. 6. [cit. 21. dubna 2007]. Dostupný z [www: <http://www.21stoleti.cz/view.php?cisloclanku=2006062308>](http://www.21stoleti.cz/view.php?cisloclanku=2006062308)

považuje za absolutní minimum financí vynaložených na péči o duševně nemocné 5 % z rozpočtu zdravotnictví.

Z toho pak automaticky vyplývá mnoho dalších problémů. Všechny ale nelze vyřešit jen „nalitím“ peněz do psychiatrie. Kvalitu péče ovlivňuje celkový zdravotnický systém. A právě o tom, jak by měl tento systém vypadat, se vedou bouřlivé debaty.

V současnosti se investuje především do péče o pacienty, kteří jsou nebo byli dlouhodobě hospitalizováni. Jen velmi málo peněz se přitom vynakládá na prevenci, přestože předcházet nemoci je z mnoha hledisek výhodnější.

Péče o duševně nemocné je v České republice méně rozvinuta než ve vyspělých zemích. Ve většině zemí se totiž psychiatrická péče přesunula z velkých psychiatrických léčeben do psychiatrických ambulancí a speciálních oddělení nemocnic, s velkým důrazem na komunitní péči. Právě touto cestou by se chtěla vydat i velká část odborné veřejnosti u nás.

S tím ale nesouhlasí úplně všichni. Mezi nejznámější odpůrce komunitní péče u nás patří Ivan David, ředitel Psychiatrické léčebny Praha-Bohnice, který říká, že pacienti jsou v léčebnách výhradně proto, že ambulantní léčení selhalo. O těch, kteří prosazují výhradně ambulantní léčbu, soudí, že neznají reálnou strukturu pacientů léčeben. Z pacientů by se podle Davida stali po propuštění z léčeben bezdomovci.¹⁷

Tomuto názoru ale oponuje mnoho dalších odborníků. Jako vzor uvádějí např. reformu psychiatrické péče v Anglii. Rozhodně nesouhlasí s tím, že zrušení velké části léčeben by mělo znamenat méně kvalitní péči nebo dokonce její úplnou nedostupnost. Léčebny by se podle nich měli nahradit péčí v komunitě a ambulantními službami, tak jak je to ve světě běžné. Zdravotní péče musí být propojena se sociálními službami.

Pravda je, že v České republice v posledních letech k určité redukci psychiatrických lůžek došlo. Přesto ještě v roce 2000 bylo asi 88 % všech

¹⁷ Koukal, Milan. Zrušíme psychiatrické léčebny?. 21. století. 2006, č. 6. [cit. 21. dubna 2007]. Dostupný z www: <<http://www.21století.cz/view.php?cisloclanku=2006062308>>

psychiatrických lůžek umístěno v léčebnách - asi 10 300 lůžek. Zbývajících 12 % tvořila lůžka v psychiatrických odděleních nemocnic - asi 1420 lůžek.¹⁸

Podle mnoha expertů psychiatrické léčebny představují ten nejzastaralejší a nejnákladnější způsob péče. Péče, která by mohla a měla být poskytována v komunitě nebo v odděleních nemocnic, je přesto poskytována v léčebnách na lůžkách následné péče, protože psychiatrických oddělení nemocnic je nedostatek a komunitní péče ještě není dostatečně rozvinutá. „V ČR polovina finančního objemu proudí do institucí následné péče, které však neoficiálně vykonávají naprostou většinu akutní péče.“¹⁹

Nabídka služeb poskytovaných státem není příliš pestrá. Většina služeb je poskytována v nedostatečné míře. Některé služby nejsou zajištěny vůbec. Komunitní péči poskytují většinou nestátní neziskové organizace. Podpora těchto organizací státem je ale, podle mého názoru, velmi malá.

Péče navíc není dostatečně propojená, i když k určitému pokroku v této oblasti už také došlo. V roce 1999 Vznikla Asociace komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví (AKS), která sdružuje poskytovatele extramurálních sociálně-zdravotních služeb pro osoby s duševní nemocí.²⁰ Jejím cílem je rozvoj široce dostupné a efektivní sítě služeb.

Stále ale neexistuje žádný ucelený systém, který by služby koordinoval v rámci jednotlivých regionů. „Sice vznikají regionální sítě propojených služeb, ale tempo jejich vzniku je pomalé, protože nemají systémovou ani finanční oporu.“²¹ Pokrytí službami je velice nerovnoměrné. Největší hustota sítě služeb je v Praze.

¹⁸ Bašný, Zdeněk. Zásady správné léčby v psychiatrii v kontextu psychiatrických lůžek v ČR. Atestační práce. Praha: 2000. [cit. 4. července 2007]. Dostupný z [www: <http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=125>](http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=125) PDF

¹⁹ Raboch, Jiří. Co s blázný mezi námi?. Newsletter o. s. občan. [cit. 10. 2. 2007]. Dostupný z [www: <http://www.sdruzeniobcan.cz/files/obcanvsiti2006-03.pdf>](http://www.sdruzeniobcan.cz/files/obcanvsiti2006-03.pdf)

²⁰ Asociace komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví. Dostupný z [www: <http://www.muweb.cz/institute/asociace%5Fkomunitnich%5Fsluzeb/>](http://www.muweb.cz/institute/asociace%5Fkomunitnich%5Fsluzeb/)

²¹ autor neuveden. Koncepce oboru psychiatrie. [cit. 2. května 2007]. Dostupný z [www: <http://www.cmhd.cz/dokumenty/koncepce.pdf>](http://www.cmhd.cz/dokumenty/koncepce.pdf)

3. Péče poskytovaná státem

Psychiatrickou péči poskytovanou státem lze rozdělit na čtyři základní skupiny – na akutní lůžkovou péči, ústavní péči, ambulantní péči a intermediární péči.

Akutní lůžková péče je poskytována v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, v psychiatrických klinikách v rámci fakultních nemocnic a v psychiatrických léčebnách.

Ambulantní péči zajišťují ambulantní psychiatři v samostatných zdravotnických zařízeních nebo ambulantní jednotky ve státních zdravotnických zařízeních, těch je ale mnohem méně. Psychiatrické ambulance zajišťují akutní i dlouhodobou péči. Pacient je zde vyšetřen psychiatrem, který rozhodne o dalším možném způsobu léčby jako je psychoterapie či předepsání medikace. Do ambulantní péče spadají také kliničtí psychologové a praktičtí lékaři.

Do **intermediární péče** se řadí krizová centra, denní stacionáře ale např. i chráněné dílny a chráněné bydlení (tyto služby jsou ale provozovány neziskovými organizacemi). Pro všechny tyto služby platí, že je jich obrovský nedostatek. Nedokáží ani zdaleka pokrýt množství klientů, kteří by těchto služeb rádi využívali.

4. Problémy spojené s léčbou v psychiatrických léčebnách

Léčebny nevyhovují současnému požadavku na kvalitu péče z mnoha hledisek. Já popíšu ty z nich, které se mi jeví jako nejzávažnější.

První problém je **nerovnoměrné rozmístění** léčeben po republice. Jejich rozložení naprosto neodpovídá nároku na to, aby byla duševně nemocným poskytována péče co nejbližší jejich domovům. „Některé oblasti jsou od psychiatrické léčebny velmi vzdálené – až 200 kilometrů a to při poskytování psychiatrické pomoci hraje velkou úlohu.“²² Toto číslo se týká dokonce i dětských psychiatrických odděleních. Asi každý si dokáže představit, jak to zasahuje do života hospitalizovaného, jeho rodiny i přátel. Tito lidé jsou zcela vyrváni ze svého přirozeného prostředí a ztrácí s ním kontakt. O to těžší je pak jejich znovuzačlenění do běžného způsobu života.

²² Dušek, Večeřová-Procházková, 2005, str. 157

Léčebny jsou **technicky zanedbané**. Některé pavilony nebyly rekonstruovány už několik desítek let. To má přímý vliv na úroveň hygieny a ostatní aspekty každodenního života pacientů. S tím souvisí i naprostá **ztráta soukromí**. Jeden pokoj sdílí mnoho (i několik desítek) pacientů. Každému je přiděleno jen to nejnútnejší, jako je postel, noční stolek a skříňka na oblečení.

Velký problém bývá v ústavech **trávení volného času**. Na většině oddělení různé rehabilitační programy pokrývají jen velmi malou část dne. Zbytek času jsou pacienti odsouzeni trávit ve společenské místnosti. Pacientům chybí smysluplná náplň dne.

Léčebny zaměstnávají **nedostatek personálu**. Pracuje zde mnohem méně zaměstnanců, než je ve skutečnosti nutné. Následkem toho nemůže být zajištěna individuální a intenzivní péče o pacienty. Týká se to zdravotnického personálu, ale zejména pak profesí jako jsou sociální pracovníci a terapeuti různého zaměření.

Kvalifikovaný a motivovaný personál je základ celé péče. V praxi to ale často vypadá jinak. Hlavně zdravotnický personál má většinou tolik práce, že není čas na individuální a lidský přístup k pacientům. Nelze, než souhlasit s ředitelem Psychiatrického centra Praha, Cyrilem Höschlem, který říká, že: „To, co v jiných oborech zdravotnictví znamenají drahé diagnostické a vyšetřovací přístroje, v psychiatrii znamenají lidé.“²³

Velké riziko psychiatrických léčeben představuje možnost **zneužívání moci** personálem. Projevuje se různým způsobem a může k němu docházet ve všech oblastech psychiatrické péče. Svého postavení může zneužít lékař, ošetřující personál ale např. i sociální pracovník. Nejčastěji k porušování práv dochází právě v psychiatrických léčebnách. Tato zařízení jsou totiž něco jako svět ve světě, jsou téměř dokonale izolovaná od okolního prostředí. Léčebny nepodléhají veřejné kontrole. „Dohled má vykonávat Ministerstvo zdravotnictví, to ale reaguje většinou až na základě upozornění občanů a neziskových organizací.“²⁴ Aby se do kontroly dodržování práv

²³ Lip., 2004, str. 73

²⁴ Ripová, Lucie. Ochrana práv občanů duševně nemocných. Český Helsinský Výbor.

v léčebnách mohly zapojit i jiné subjekty, jako jsou neziskové organizace, musí k tomu mít svolení léčeben. Ne všechny léčebny ho přitom s ochotou poskytnou.

Se zneužíváním moci souvisí **paternalistický přístup** k pacientům. Pacient je považován za nesvéprávný objekt léčby. Pacientovi často nejsou sděleny základní informace, jak bude probíhat léčba, jaké to může mít důsledky, nebo třeba jak vypadá denní režim, na koho se obrátit v případě potíží apod. Nedostatečná též bývá spolupráce ústavů s rodinami či přáteli hospitalizovaných.

„Nejzávažnějším rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu je tzv. **hospitalismus**, tedy stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní „civilní“ život.“²⁵ Pacienti se nemusí během pobytu téměř o nic starat. Nejsou nuceni řešit každodenní malé problémy, řídí se předem daným režimem. Nemohou ovlivnit chod ústavu, podrobují se nařízením. Nezbyvá nic, za co by mohli nést zodpovědnost. Proto bývá po ukončení hospitalizace návrat do společnosti obtížný.

Svět venku je mnohem komplikovanější, rychlejší a lidé v něm musí čelit mnoha problémům a všedním starostem. Pacienti se musí znovu naučit, jak se o sebe postarat.

[cit. 25. srpna 2007]. Dostupný z www:

<<http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2004022604&PHPSESSID=a4a645f9c33862f2c6c335b48d4c399e>>

²⁵ Matoušek, 1995, str. 107

III. KOMUNITNÍ PRÁCE

1. Komunita

Slovo komunita pochází z latinského *communitas*, což se překládá jako lidské společenství. Členové tohoto společenství jsou spojeni určitou vazbou. Komunita je tedy založena na významu společenství pro člověka.

Lidé tvořili společenství už od pradávna. Umožňovalo jim to snadněji přežít. Tradiční komunity byly geograficky ohraničené a jejich členové byli spjati pevnými pouty. Sdíleli společné hodnoty – tradice, zvyky, normy, náboženství. Komunita fungovala jako soběstačný celek. Každý v ní měl své místo a svou roli a s tím i spojená práva a povinnosti. Lidé se mohli spolehnout na vzájemnou pomoc a solidaritu.

Takové uspořádání znamenalo mnoho nesporných výhod ale i některá rizika. Tradiční společenství bylo většinou hodně uzavřené vůči okolnímu světu a vládla zde vysoká míra sociální kontroly nad jejími členy. Narušení sdílených hodnot a řádu mohlo mít pro člověka katastrofální důsledek. Nejtvrdější sankci představovalo vyloučení z komunity.

Tradiční, geograficky ohraničené komunity se začaly rozpadat s příchodem průmyslové revoluce a později s velkým rozvojem dopravy a komunikace.²⁶ Lidé přestali být vázáni na jedno místo. Jen málokomu se dnes asi podaří, aby se jeho život odehrával v jedné vesnici či městu.. Naopak je běžné, že lidé z místa bydliště denně dojíždí do zaměstnání či do škol, příbuzné mohou mít roztroušené po celém světě.

Lidé, kteří bydlí ve velkých městech, se často cítí jako anonymní součást anonymního davu. Cítí se osamělí. O nikom nic nevědí a nikdo neví nic o nich. Lidé se s výjimkou okruhu svých nejbližších přátel a rodiny o další lidi ze svého okolí nezajímají. Jsou už tak dost zahlceni svými starostmi a problémy. Přitom by ale asi většina z nich chtěla zažívat pocity sounáležitosti. Pocit, že někomu mohou pomoci, anebo naopak že někdo rád pomůže jim. „Rozpadají se rodiny. Lidé trpí pocitem

²⁶ Gardner, 1999, str. 7

izolace, osamocení a odcizení. Stále více lidí bez kořenů a vazeb má pocit, že nikam nepatří a nic je nespojuje.²⁷

Navíc v současnosti je kladen důraz na mládí a výkon člověka. Osoba je hodnocena hlavně podle toho, jaké dosáhla kariéry, jakou má společenskou prestiž. V takovém světě mnoho místa pro lidi s handicapem nezbývá.

2. Komunitní práce

Existuje mnoho různých definic komunitní práce. Někteří autoři uvádí, že jich jsou dokonce stovky. Já na ukázkou, uvedu jen dvě z nich.

Podle Younghusbandové je komunitní práce „jedna ze tří metod sociální práce, která se zaměřuje zejména na pomoc lidem v rámci místní komunity, snaží se určit jejich sociální potřeby, zvážit nejúčinnější způsoby jejich naplnění a začít na nich pracovat do té míry, jak to umožňují zdroje, které mají k dispozici“.²⁸ Brager a Specht definují komunitní práci „jako metodu, ve které jsou jednotlivci, skupiny a organizace zapojeni do plánované činnosti s cílem ovlivnit společné problémy“.²⁹

Komunitní práce se snaží překonávat bariéry v mezilidských vztazích. Jejím cílem je bořit stereotypy a odstraňovat stigma. Hledá to, co mají lidé společného, ale zároveň se nesnaží popírat rozdílnosti, učí tolerantnosti a spoluzodpovědnosti. Respektuje psychologické, kulturní, sociální a další potřeby obyvatel komunity.

Komunitní přístup nepracuje s jednotlivci ale s komunitou jako celkem, klientem je tedy celá komunita. Smyslem komunitní práce je vytvořit v lidech pocit spoluzodpovědnosti a sounáležitosti. To je totiž první předpoklad k tomu, aby byli lidé ochotni pro svou komunitu sami něco udělat.

Nedílnou součástí komunitní práce je neustálá komunikace mezi jejími členy. Lidé nejsou ochotni podpořit nápad, o kterém nemají dostatek informací. Čím více informací je poskytováno, tím větší je ochota a vůle lidí zapojit se. Komunitní práce rozšiřuje možnosti každého člověka ovlivnit to, co se kolem něho děje. Lidé jsou

²⁷ Gardner, 1999, str. 8

²⁸ Younghusbandová in: Hartl, 1997, str. 27

²⁹ Brager a Specht in: Navrátil, 200, str. 55

schopni změnit svět kolem sebe, pokud si to opravdu přejí, komunitní práce jim k tomu jen pomáhá najít cesty.

„Možnosti a omezení, které komunita nabízí, jsou přímo úměrné zdrojům, ke kterým členové komunity mají přístup.“³⁰ Zdroje mohou mít různou povahu. Jedná se o všechny organizace, instituce a služby v dané lokalitě, ale patří sem i jednotlivci, kteří mají co nabídnout. Komunitní pracovník musí mít o všech těchto zdrojích přehled, aby je mohl, v případě potřeby, efektivně využít. Důraz se klade na propojenost služeb a rychlé předávání informací mezi nimi.

2. 1. Etapy komunitní práce

Podle Navrátila má komunitní práce pět základních etap.³¹ První etapa je monitoring vybrané lokality. Jde o sběr dat a informací, které lze získat např. od organizací, které již v dané lokalitě působí. Dalším krokem je výzkum a analýza. Organizace se snaží zjistit co nejvíce informací o svých potencionálních klientech. Zjišťuje, co lidé žijící v lokalitě považují za problém, co by rádi zlepšili a jaké služby jim chybí. Do analýzy patří i informace o možnostech trávení volného času, vzdělávání nebo zajišťování běžných potřeb. Sběr dat se realizuje nejrůznějšími prostředky. Mezi ně patří informativní plakáty, letáky, schůze, rozhovory a dotazníky.

Následuje etapa projektování. Pracovník stanoví cíle projektu, navrhne plán, jak jich má být dosaženo a jaké zdroje k tomu využije. Pak přichází etapa implementace, tedy samotný průběh projektu. Na závěr se provádí výzkum, který hodnotí efektivitu projektu či služby.

Nedílnou součástí celého procesu je komunikace s členy komunity a poskytování informací. Během práce dochází k neustálému vyjednávání všech zúčastněných stran. Důležité je uvědomit si, že i tolerance je určitá forma spoluúčasti.

³⁰ Hartl, 1997, str. 33

³¹ Navrátil, 2000, str. 57 - 58

3. Počátky komunitní práce

Úplné počátky komunitní práce jsou datovány do období po průmyslové revoluci. Za zakladatele je považován Angličan Samuel August Barnett. V době, kdy bydlel v londýnské chudinské čtvrti, začal přemýšlet, jak by mohl sblížit lidi z různých společenských vrstev. Barnett vycházel z myšlenky, že bariéry mezi lidmi brání v tom aby si vzájemně předávali zkušenosti a hodnoty, a ještě více je oddalují. Hlavním cílem projektu bylo tyto bariéry překonat. Barnett chtěl lidi zbavit stereotypů a předsudků, které přežívali díky nevědomosti. První středisko bylo založeno roku 1883.³² Mohli se v něm setkávat lidé různého společenského postavení, vzdělání i schopností.

Od tehdy rozšířených charitativních hnutí se lišilo především tím, že nešlo o poskytování pomoci těm nejnižším sociálním vrstvám, ale šlo především o možnost vzájemného učení. Hnutí settlement se snažilo v lidech budovat úctu a respekt k lidské důstojnosti, a to hlavně prostřednictvím vzdělávání.

V 90. letech 19. století začaly vznikat settlementy také v USA a právě zde se začaly nazývat komunitními centry. Do dvou desetiletí existovaly v USA už stovky komunitních center. Využívala se hlavně pro začlenění národnostních a etnických menšin do většinové společnosti. Postupem času se komunitní centra začala šířit po celé Evropě. Jejich prudký vývoj zbrzdily dvě světové války.

Settlementy zastávaly stanovisko, že kdo chce pracovat s určitou komunitou, musí být její součástí. Tento názor je dnes už překonán. Komunitní centra nabízí profesionální služby. Služby většinou nevyžadují, aby klient nebo pracovník žili v dané komunitě. Komunitu spíše vytváří společenství lidí, které chce společnými silami řešit své problémy. Komunitní práce se dnes používá pro práci s mnoha rozdílnými cílovými skupinami včetně lidí s duševními problémy.

4. Rozvoj komunitní práce ve 20. století v oblasti péče o duševně nemocné

Jedním z hlavních cílů komunitní práce je, aby duševně nemocní lidé mohli a byli schopni žít ve svém přirozeném prostředí. Od 50. let začaly být velké psychiatrické

³² Kalina, 2003, str. 133

ústavy a nemocnice podrobovány kritice z řad široké veřejnosti i odborníků. Začala se zpochybňovat účinnost léčby i používané metody v těchto zařízeních. Situace pacientů se mnohdy spíše zhoršovala, než zlepšovala. „Podle Goffmana psychiatrické nemocnice a podobné instituce vytvářely víc problémů, než jich řešily.“³³ Léčebny začaly být považovány za zastaralý typ instituce, který slouží, víc než k čemukoliv jinému, k izolaci deviantních jedinců. Ve stejné době prudce rostl zájem o lidská práva.

Zkušenosti ukázaly, že pobyt v léčebně, hlavně pak dlouhodobý, má mnoho negativních důsledků. Základní problém byl, že odborníci se často zaměřovali jen na nemoc a nebyli schopni na pacienta nahlížet jako na individuální a osobitou důstojnou lidskou bytost se všemi jejími dimenzemi a potřebami. Pobyt pacienta v ústavu byl zaměřen jen na odstranění či zmírnění nemoci a jejích symptomů, málokdo se o pacienta zajímal jako o člověka. Následkem toho často docházelo k prudkému poklesu sociálních dovedností a schopností. Navíc téměř neexistovaly služby, do kterých by mohli pacienti vstoupit po propuštění.

Od 50. let začaly být velké psychiatrické ústavy uzavírány. Zásahu na tom měl i pokrok farmakoterapie. „Zavedení léčby klasickými neuroleptiky v padesátých a šedesátých letech znamenalo revoluci v péči o vážně duševně nemocné pacienty, kterou mimo jiné charakterizovalo prudké snížení počtu pacientů v psychiatrických léčebnách.“³⁴ Díky novým léčivům se zlepšil stav mnoha duševně nemocných lidí do té míry, že mohli být léčeni doma. Ústavní péči vystřídal ambulantní a komunitní služby. Medikace ale byla v této době silně přeceňována. Později bylo nadužívání farmakoterapie odsuzováno, hlavně kvůli vedlejším nežádoucím účinkům.

Komunitní péče zahrnuje velkou škálu služeb. Oproti klasické psychiatrické péči se spíše než na odstranění symptomů soustředí na sociální fungování klienta. Lidé s duševní nemocí jsou podporováni, aby zvládli zastávat své sociální role a mohli zůstat žít v komunitě. Komunitní přístup se zaměřuje na služby v oblasti práce a zaměstnávání, bydlení a volnočasových aktivit a rehabilitace.

³³ Goffman in: Hartl, 1997, str. 27

³⁴ autor neuveden. Medicína. Risperidon: Analýza prvních tří let používaných v praxi.. [cit. 15. května 2008]. Dostupný z www: < http://www.zdrava-rodina.cz/med/med798/med798_20.htm >

Nepracuje se jen s lidmi, kteří duševní nemocí trpí ale i s jejich rodinami, přáteli a blízkým okolím. V tomto ohledu komunitní práce navazuje na poznatky ze systemické psychoterapie, která se začala používat v 80. letech 20. století. Systemický přístup klade důraz na to, že všechno souvisí se vším. Psychoterapeut zde přijímá klienta jako plně autonomní osobu. „Terapeut respektuje klientovo „vidění“ skutečnosti a svými dovednostmi v rozhovoru umožňuje nalézt klientovi změnu.“³⁵

Aby byla zajištěna efektivita služeb, klade se velký důraz na jejich propojenost a návaznost. V ideálním případě by spolu měli spolupracovat všechny instituce a organizace v dané lokalitě jako jsou praktičtí lékaři, ambulantní zařízení, krizová centra a denní stacionáře a psychiatrická oddělení nemocnic či psychiatrické léčebny.

Případná hospitalizace by měla trvat jen nezbytně dlouhou dobu. „V moderní psychiatrii se snižuje doba hospitalizace na co nejkratší dobu, člověk se má co nejrychleji vrátit do původního prostředí.“³⁶ Před hospitalizací se jednoznačně upřednostňuje docházení pacienta do ambulantních služeb. V zahraničí také běžně fungují terénní komunitní týmy duševního zdraví, které pracují s klienty v jejich přirozeném prostředí. Zajišťují služby ze sociální oblasti i lékařskou péči. V České Republice je zatím bohužel těchto týmů jen velmi málo, dalo by se říci, že se dají spočítat na prstech jedné ruky.

5. Reforma psychiatrické péče v některých zemích

Reforma psychiatrické péče proběhla ve všech vyspělých zemích. Je nutné poznamenat, že to není dokončený proces. Stále se pracuje na tom, aby systém péče byl co nejefektivnější a aby opravdu zachytil všechny lidi, kteří potřebují pomoc.

³⁵ Chytka, Robert. Systemická terapie. Poradna pro zdravý životní styl. [cit. 26. května 2008]. Dostupný z [www: < http://www.poradna-brno.cz/systemicka-terapie/>](http://www.poradna-brno.cz/systemicka-terapie/)

³⁶ Šupa, Jiří. Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“. Podkladový materiál pro proces komunitního plánování sociálních služeb ve městě Brně. Brno: Asociace komunitních vzdělavatelů v sociální práci, 2006. [cit. 5. května 2008]. Dostupný z: http://74.125.39.104/search?q=cache:bGh47bDaLSMJ:www.domovypotrebnych.cz/main/docs/expertiza_odo.doc+komunitn%C3%AD+pr%C3%A1ce+hospitalizace&hl=cs&ct=clnk&cd=9&gl=cz&client=firefox-a

Reformy probíhaly v každém státě odlišně a nikde se neobešly zcela bez komplikací. Nikdo nebyl schopen s jistotou předvídat, co s sebou tak zásadní změny přinesou. Základní kámen úrazu, s kterým se potýkala většina států, byla nepřipravenost alternativních řešení po uzavření léčeben.

Průkopníkem deinstitutionalizace byly **USA**, kde psychiatrická reforma začala probíhat už v 50. letech. „...počet lůžek byl snížen ve velmi krátké době z více než půl miliónu na 150 tisíc.“³⁷ Přitom téměř neexistovaly služby, do kterých by pacienti po propuštění mohli vstoupit. Většina lidí zůstala bez pomoci. V důsledku této nešťastné zkušenosti začaly vznikat nové typy služeb.

Podobně proběhla reforma v **Itálii**. „V důsledku nedostatečného plánování změn v psychiatrické péči v rámci reformy v Itálii v roce 1978 docházelo k chaosu a řada pacientů (zvláště chronických) se ocitla bez jakéhokoliv zajištění.“³⁸ Je důležité uvést, že v této zemi byly uzavřeny úplně všechny psychiatrické léčebny. Dopad na bývalé pacienty byl značný.

„V **Kanadě** proběhl v letech 1968 až 1970 podobný experiment v provincii Ontario (...) Průzkum v roce 1970 pak ukázal, že v uvedeném mezidobí došlo k výraznému zvýšení suicidálních pokusů, dokonaných suicidií a agresivních aktů.“³⁹ Vínou za to opět nesla malá kapacita ambulantních služeb a naprostá nepřipravenost komunitní péče.

Zajímavě a v zcela jiném duchu se s reformou psychiatrické péče vypořádalo **Holandsko**. To nijak výrazně, podobně jako Česká republika, neredukovalo počet lůžek v léčebnách. Podle údajů WHO bylo v roce 2005 v České republice 110 a v Holandsku 187 lůžek na 100 000 obyvatel.“⁴⁰ Systém psychiatrie v Holandsku je přitom odborníky velmi kladně hodnocen. Pracuje zde totiž několikanásobně více psychologů, psychiatrických sester ale hlavně sociálních pracovníků a různě zaměřených terapeutů.

³⁷ Hartl, 1993, str. 45

³⁸ Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, str. 159

³⁹ Lip, 2004, str. 22

⁴⁰ WHO Regional Office for Europe. Basic statistic from the health for all (HFA) database. [cit. 1. června 2007]. Dostupný

z [www:<http://www.euro.who.int/mentalhealth/ctryinfo/HFAExtracts?Country=NET&CtryName=>](http://www.euro.who.int/mentalhealth/ctryinfo/HFAExtracts?Country=NET&CtryName=>)

IV. KOMUNITNÍ PRÁCE V ANGLII

1. Vývoj komunitní práce v Anglii

Komunitní péče se v Anglii rozvíjela především v 50. a 60. letech. V té době zde bylo uzavřeno mnoho velkých psychiatrických léčeben. Odborníci i společnost byli přesvědčeni, že péče poskytovaná v ústavech je zastaralá a že není vhodné tímto směrem dál pokračovat. Mezi rokem 1950 a 1989 došlo k více jak dvou třetinové redukci psychiatrických lůžek. V roce 1988 byl počet lůžek pro dlouhodobé pacienty asi 19 tisíc, o 10 let později to bylo už jen 5 tisíc.⁴¹ Tradiční služby začaly upadat a postupně je nahrazovaly nové komunitní služby.

V počátečním vývoji komunitních služeb vládlo všeobecné nadšení. Lidé věřili, že tyto služby, zvládnou s výpomocí léčiv všechny problémy týkající se duševního zdraví. Dá se říci, že v 80. letech vystřídal nadšení vystřízlivění a větší nedůvěra veřejnosti. Velký podíl na tom mělo i několik vražd spáchaných duševně nemocnými lidmi. Zděšení způsobila vražda sociální pracovnice Isabel Schwarz, kterou roku 1984 zabil její bývalý klient.⁴²

Problém, tak jako jinde, spočíval v tom, že nebyly všem lidem s duševními problémy poskytnuty potřebné služby. Mnohým pacientům nebyla po propuštění z léčeben opatřena žádná péče. Někteří z nich přestali užívat předepsanou medikaci, čímž se zhoršil jejich stav. Systém komunitní péče byl totiž neúplný a služby zachytily jen malou část lidí, kteří potřebovali pomoc.

Chladnější postoj ke komunitní péči způsobilo i to, že se postupem času zjišťovalo, že není tak finančně výhodná, jak se na začátku předpokládalo. Ukázalo se, že komunitní péče není levnější než ta ústavní. Zdá se, že když je opravdu dobře financována, je ještě o něco dražší. Tento důvod ale rozhodně není dostatečně závažný,

⁴¹ The origins of care in the community. BBC News online network. [cit. 4. května 2007]. Dostupný z [www: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/background_briefings/politics_of_health/141204.stm>](http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/background_briefings/politics_of_health/141204.stm)

⁴² The origins of community care. BBC News online network. [cit. 13. června 2007]. Dostupný z [www: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/229517.stm>](http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/229517.stm)

aby se od komunitní péče ustupovalo. Výhody jsou totiž nesporné a převažují nad negativy.

V 80. letech byl v rámci projektu TAPS⁴³ (The Team for the Assessment of Psychiatric services) proveden výzkum, v němž bylo 5 let sledováno 670 propuštěných pacientů, kteří předtím dlouhodobě žili v léčebnách. 80 % těchto pacientů bylo předáno do komunitních služeb. Po 5 letech v nich setrvalo dvě třetiny z nich. Zbýlých 20 % pacientů bylo umístěno do více chráněných residenčních zařízení. 40 % z nich mohlo být po 5 letech umístěno do běžného chráněného bydlení.

U všech 670 pacientů se jejich symptomy buď zlepšily, nebo zůstaly na stejné úrovni. Došlo ale k výraznému zlepšení sociálních dovedností a tedy i ke zvýšení kvality života. Nedošlo přitom k nárůstu sebevražd a kriminalita se objevila asi jen u 2 % pacientů. Nepotvrdilo se také tvrzení, kterého mnozí používají jako argumentu proti komunitní péči, totiž, že se z velké části lidí propuštěných z léčeben stanou bezdomovci. Ze vzorku 670 pacientů skončilo na ulici jen 0,6 %.

V Anglii jsou komunitní služby podporovány a zřizovány státem. Jsou součástí standardní péče. Už od 50. let stát do duševního zdraví obyvatelstva začal investovat celkem dostatečné množství finančních prostředků. V současnosti se objem peněz stále zvyšuje a tento trend bude zřejmě trvat i do budoucna. V roce 2006 tvořily výdaje Anglie na psychiatrickou péči 12 % z celkového zdravotnického rozpočtu.⁴⁴ Duševní zdraví se v současnosti stává čím dál víc aktuálním tématem.

2. Systém péče v Anglii

V Anglii existuje mnoho různých služeb, které podporují duševní zdraví obyvatelstva. Mnoho služeb je zřízeno státem, tzn. že je poskytuje National Health System anebo místní úřady a oddělení sociální péče. Služby jsou poskytovány zdarma nebo za malý poplatek. Existuje také velký počet dobročinných a neziskových organizací, ty poskytují téměř vždy komunitní služby. Pro lidi, kteří si mohou za služby

⁴³ Peč, 2006, str. 7

⁴⁴ Třešňák, Petr. Starý dobrý Bém. Respekt. 2007, č. 48. [cit. 28. května 2008]. Dostupný z [www: < http://glosy.respekt.cz/Stary-dobry-Bem.html >](http://glosy.respekt.cz/Stary-dobry-Bem.html)

dovolit platit, je zde velká nabídka soukromých organizací, které nabízí širokou škálu komunitních i nemocničních služeb.

Péči lze rozdělit na primární a sekundární. Do primární péče se řadí např. léčba u praktického lékaře, poradenství a různé sociální služby. Primární služby se angažují také v péči o lidi se závislostí. Sekundární služby jsou více specializované a většinou slouží lidem, kteří mají závažnější duševní problémy. Sem patří např. pobytová zařízení (in patient clinic), denní nemocnice (day hospitals), drop-in centra apod.⁴⁵

Všechny služby pak lze rozčlenit na nemocniční a komunitní. Stát, odborníci i samotní uživatelé služeb dávají jednoznačně přednost péči v komunitě. Z toho vyplývá, že komunitně založených služeb je širší škála než těch nemocničních. Přesto se stále nedaří vyřešit úplně všechny potíže duševně nemocných lidí jen v komunitě, proto je zde vybudován i systém nemocniční péče.

Vládní politika usiluje o to, aby služby byly dostupné všem, kteří je potřebují. Proto je nezbytné nabídnout velký počet služeb. Služby na sebe musí navazovat a vzájemně spolupracovat. Základní informace o službách, by měl lidem poskytnout praktický lékař. Praktický lékař tedy hraje v britském systému péče o duševně nemocné velmi důležitou roli.

3. Komunitní týmy

Komunitní péče je v Anglii založena z velké části na práci **komunitních týmů duševního zdraví** (Community Mental Health Team). Tyto týmy jsou multidisciplinární. Pracují v nich ošetřovatelé, komunitní psychiatrické sestry, psychiatři, sociální pracovníci, terapeuti a psychologové. Lidé jsou do služeb týmu většinou doporučení svým praktickým lékařem nebo psychiatrem.

⁴⁵ National Health Trust. [cit. 12. května 2007]. Dostupný z [www: <http://www.nhs.uk/aboutnhs/HowtheNHSworks/authoritiesandtrusts/Pages/authoritiesandtrusts.aspx>](http://www.nhs.uk/aboutnhs/HowtheNHSworks/authoritiesandtrusts/Pages/authoritiesandtrusts.aspx)

Týmy mohou pracovat na mnoha místech jako jsou různá rezidenční zařízení, ordinace praktických lékařů, v ambulantních klinikách (out patient clinic), v denních centrech a také přímo u klientů doma.⁴⁶

Týmy většinou podporují lidi, kteří trpí vážnou duševní poruchou, ale není to pravidlo. Klientům pomáhají mnoha způsoby, tak aby mohli zůstat žít v komunitě. Týmy jsou schopny poskytnout lékařskou péči i sociální podporu. Pracovníci klientům pomáhají s nácvikem sociálních i jiných dovedností. Poskytují jim rady, jak najít nové bydlení, zaměstnání, pomáhají vyřizovat oficiální záležitosti, informují je, na jaké dávky mají nárok apod. Tím, že je takto podporují, umožňují svým klientům žít co nejsamostatnější život. Významnou součástí služeb je ale i terapie a předepisování a dohled nad medikací.

Každý klient má přiděleného koordinátora péče. Ten s klientem domlouvá plán péče a dohlíží nad tím, jak je uskutečňován. Plán je rozfázován do menších kroků a může se samozřejmě časem měnit. Koordinátor klienta pravidelně navštěvuje a o případných problémech nebo o komplikacích informuje tým. Koordinátory péče jsou většinou sociální pracovníci s terapeutickým výcvikem, ale mohou jimi být i ostatní členové týmu.

Trochu jiné služby poskytují **Asertivní komunitní týmy**. Tento typ péče do Anglie přišel z USA, kde byl v 70. letech vyvinut. Asertivní komunitní léčba zde vznikla v důsledku potřeby zlepšení dostupnosti a efektivity služeb. Systém komunitní péče zde sice začal fungovat už v průběhu 50. let, ale časem se zjistilo, že služby nevyužívají lidé, kteří je potřebují nejvíce.⁴⁷ Hlavní důvod byl, že služby byly postaveny tak, že si je duševně nemocní museli sami vyhledat. Lidé s těmi nejvážnějšími duševními problémy tak zůstávali bez pomoci. Asertivní komunitní léčba přišla se zcela novou myšlenkou: Když klient nevyhledá službu sám, služba přijde za ním.

⁴⁶ The Mental Health Team. The royal College of Psychiatrist. [cit. 20. června 2007]. Dostupný z [www: <http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinformation/thementalhealthteam.aspx>](http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinformation/thementalhealthteam.aspx)

⁴⁷ Říčan, Pavel. Stuchlík, Jan. Teorie case managementu. [cit. 1. června 2007]. Dostupný z [www: <http://socp.ff.cuni.cz/docs/inovace/teorie-CM.pdf>](http://socp.ff.cuni.cz/docs/inovace/teorie-CM.pdf)

V Anglii začal počet Asertivních komunitních týmů rapidně stoupat až v tomto desetiletí.⁴⁸ Klienty aktivně vyhledávají členové týmu. Poskytují jim intenzivní a komplexní péči přímo u nich doma. Někdy se jim snaží nabídnout i jiné komunitní služby, aby klienty zapojili do společenského života a zmenšily riziko sociálního vyloučení. Většinu služeb je ale schopen poskytnout tým sám. Klient má individuální léčebný plán, který zahrnuje oblast symptomů a psychologického fungování, podpory při zajišťování sociálního zázemí, trénink a asistenci při každodenních činnostech a pomoc v oblasti pracovních dovedností.⁴⁹ Základním znakem týmu je, že je dostupný 24 hodin denně 7 dní v týdnu.

4. Další komunitní služby

V každé lokalitě funguje jedno či více **center denní péče** (day care center). Provozují je buď místní oddělení sociálních služeb, nebo nestátní neziskové organizace. V centru probíhá terapie a rehabilitace ale také všemožné společenské aktivity. Lidé s duševní nemocí často v důsledku své choroby trpí samotou a vyloučením ze společnosti. Právě tomu chtějí centra zabránit. Centra složí jako místa setkávání, klienti zde mohou navazovat a udržovat sociální vztahy a smysluplně trávit volný čas.

Podobnou funkci jako centra denní péče mají **drop-in centra a společenské kluby** (social club). Jsou to zařízení, ve kterých se setkávají lidé se stejnými nebo podobnými problémy. Liší se tím, že jsou určeny pro lidi, kteří nepotřebují žádnou terapii ani rehabilitaci, ale chtějí pouze navázat vztahy.

Za tímto cílem vznikla i další služba, jejíž název je těžko přeložitelný do češtiny – **befriending scheme**.⁵⁰ V podstatě se jedná o dobrovolnickou činnost. Služba je

⁴⁸ Kent, Andrew. Burns, Tom. Assertive community treatment in UK practice. *Advances in Psychiatric Treatment*. [11. června 2007]. Dostupný z [www: <http://apt.rcpsych.org/cgi/content/full/11/6/388?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=history+of+community+care+mental+health&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>](http://apt.rcpsych.org/cgi/content/full/11/6/388?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=history+of+community+care+mental+health&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT)

⁴⁹ autor neuveden. Program asertivní komunitní léčby. [cit. 10. června 2007]. Dostupný z [www: <http://socp.ff.cuni.cz/docs/inovace/pact.pdf>](http://socp.ff.cuni.cz/docs/inovace/pact.pdf)

⁵⁰ Mental Health Befriending Service. [cit. 20. června 2007]. Dostupný z [www: <http://www.nvs.org.uk/specialist_mh_befriend.php>](http://www.nvs.org.uk/specialist_mh_befriend.php)

koncipována tak, že na každého dobrovolníka připadá jeden klient. Oba pak společně tráví část svého volného času. Jak čas využijí závisí hodně na zakázce klienta. Dobrovolník může klientovi např. pomáhat vyřizovat úřední záležitosti, navštěvovat kulturní akce, chodit s ním do kavárny či na procházky apod. Dobrovolníci poskytují klientům emocionální podporu, tak aby zvýšili jejich sebedůvěru a rozvinuli jejich schopnosti navazovat další sociální vztahy.

Součástí komunitních služeb jsou i **sociálně právní poradny**. Poradny jsou zbudovány buď neziskovými organizacemi, nebo fungují v rámci služeb oddělení sociální péče či v nemocnicích. V poradnách mohou klienti získat informace o dostupných službách, o svých právech ale i informace a rady z oblasti bydlení, zaměstnání apod.

Projektů, které se zaměřují na práci a **zaměstnanost** lidí s duševní nemocí, běží celá řada. Většinu z nich provozují neziskové organizace. V některých zařízeních se lidé učí všeobecným dovednostem, jiné jsou zaměřeny na různá řemesla atd.

V některých komunitách organizace nabízí ještě další služby jako je praní prádla, doručení jídla apod.

4. 1. Bydlení

Velmi důležité jsou služby v oblasti bydlení. Překvapilo mě, jaký má Anglie v tomto ohledu oproti České Republice náskok. Je zde totiž zřízeno mnoho typů bydlení, tak aby bydlení optimálně odpovídalo na potřeby klientů. Škála komunitního bydlení se pohybuje od ubytování se zajištěnou 24 hodinovou péčí až po téměř nezávislé bydlení ve vlastních bytech.

Je důležité zmínit, že většina zařízení má kapacitu osm až dvacet klientů, přičemž každý klient má nárok na vlastní pokoj. Bydlet v takovém zařízení musí být pro klienty nesrovnatelně příjemnější, než bydlet ve velkokapacitních ústavech, tak jak je to u nás doposud bohužel běžné.

Pečovatelství s ošetřováním (care home with nursing) poskytuje vysoký stupeň podpory. Personál je dostupný 24 hodin denně. Pomáhá klientům i při běžných

úkonech jako je mytí, oblékání a dohlíží nad medikací klientů. Tento typ péče je určen především pro dlouhodobé pobyty, ale lze ho využít i krátkodobě v rámci **respitní péče**.

Podobným typem zařízení jsou **pečovatelské domy** (residential care home). Pečovatelské domy se liší podle stupně podpory, kterou svým klientům poskytují. V některých zaměstnanci asistují při mnoha činnostech, v jiných klienti žijí celkem samostatný život. Např. chodí sami nakupovat a sami si uklízí.

Dalším typem bydlení je **hostel**. Hostely se hodně liší. V některých hostelech nejsou poskytovány žádné jiné služby než samotné ubytování, v jiných je odborný personál a možnost poradenství. Hostely jsou určeny pro krátkodobé ubytování. Pro lidi s vážnými duševními problémy jsou zřízeny **nemocniční hostely** (hospital hostel). Tato zařízení jsou propojena s nemocničními službami a ošetrovatelská péče v nich funguje 24 hodin denně.⁵¹

Pro klienty s vážnou duševní nemocí je určen projekt s názvem **Outreach Support**, občas nazývaný Floating Support. Klienti bydlí v samostatných bytech, které jsou v dosahu Outreach Support týmu.

Tým je složen z mnoha odborníků jako jsou komunitní psychiatrické sestry, sociální pracovníci, psychiatři, psychologové a pracovní terapeuti (occupational therapist). Pracovní terapeut je profesionál, který klientům pomáhá rozvinout a upevnit dovednosti v mnoha směrech. Klienti se od pracovních terapeutů mohou naučit řemeslo, ale mohou se věnovat třeba hraní divadla, tanci, malování nebo psaní či vaření. Pracovní terapeuti pracují nejen v komunitě ale i v různých psychiatrických zařízeních.

Služba je postavena tak, aby byla co nejvíce podporována samostatnost a nezávislost klientů. Členové týmu navštěvují klienty u nich doma a pomáhají jim zvládat praktické záležitosti. Učí je, jak nakládat s rozpočtem, aby byli schopni zaplatit nájem a další poplatky atd. Pracovníci klienty také informují o dalších službách, které by mohli využívat.

Klientům, kteří potřebují intenzivnější péči, je určen projekt **Assertive Outreach**. Členové týmu dochází do domova klientů, kteří trpí vážnou a dlouhodobou

⁵¹ Supported housing services for People with Mental Health Problems. Centre for Housing Policy. [cit. 2. dubna 2007]. Dostupné z [www: <http://www.york.ac.uk/chp/hsa/papers/spring03/omalley>](http://www.york.ac.uk/chp/hsa/papers/spring03/omalley)

duševní nemocí. Týmy mají většinou celkově menší počet klientů než ostatní komunitní týmy, klienti ale patří k těm nejnáročnějším.⁵² V rámci služby je předepisována medikace a sledován zdravotní stav klienta. Členové týmu klienta podporují v mnoha směrech, tak aby zvládl žít v komunitě.

5. Krizové služby

Krizové služby jsou určeny pro lidi, kteří prožívají akutní duševní krizi. Obecně platí, že tyto služby musí být dostupné nepřetržitě, protože slouží lidem, kteří potřebují okamžitou a neodkladnou pomoc. Kromě telefonických krizových linek existují i další služby.

V nemocnicích jsou zřízena **pohotovostní oddělení** (emergency department). Zde pacienta vyšetří psychiatr a rozhodne o dalším postupu. Ještě celkem nedávno bylo běžné, že pacienti byli většinou posíláni do pobytových zařízení (in patient clinic). V současnosti se upřednostňuje komunitní přístup i v rámci krizové intervence. U většiny lidí není nutné, aby byli hospitalizováni, pokud jim jsou nabídnuty kvalitní alternativní služby.

Základem pro krizovou intervenci v komunitě jsou **týmy krizové intervence** (Crisis Intervention Team nebo také Crisis Resolution Team). Týmy musí být dostupné 24 hodin denně 7 dní v týdnu.⁵³ Bohužel, ve skutečnosti to tak ne vždy funguje. V některých krajích totiž služby nejsou dostupné v plném rozsahu.

Stejně jako v jiných týmech i zde pracují odborníci s různými dovednostmi a kvalifikací. V krizových týmech většinou pracují tzv. podpůrní pracovníci (support worker). Jsou to lidé, kteří mají osobní zkušenost s duševní krizí. Klientům mohou nabídnout jiný pohled na současnou situaci a podpořit ho.

Týmy poskytují péči přímo u klienta doma. Mohou pracovat i s rodinnou a přáteli klienta. Hlavní cíl je stabilizovat stav pacienta. Tým může pacienta navštěvovat

⁵² Assertive Outreach. Humber Mental Health. [cit. 2. dubna 2007]. Dostupný z [www: <http://www.humber.nhs.uk/templa/Page.aspx?id=3703>](http://www.humber.nhs.uk/templa/Page.aspx?id=3703)

⁵³ Crisis Resolution Team implementation. Commission for Health Improvement. [cit. 12. června 2007]. Dostupný z [www: <http://www.chi.nhs.uk/Ratings/Trust/Indicator/IndicatorDescriptionShort.asp?IndicatorId=3562>](http://www.chi.nhs.uk/Ratings/Trust/Indicator/IndicatorDescriptionShort.asp?IndicatorId=3562)

maximálně třikrát denně po dobu čtyř týdnů. Když je klient stabilizován, předává se do méně náročných služeb.

Tým krizové intervence muže klienta doporučit do krizových domů (crisis house), což jsou residenční zařízení, kde je klientovi během krátkodobého pobytu věnována intenzivní péče. Pro klienty, kterým stačí podpora pouze během dne, aby krizi překonali, jsou určeny služby drop-in centrech a centrech denní péče.

6. Ambulantní služby (Out patient care)

Do oblasti ambulantních služeb se řadí péče v ambulantních klinikách (out patient clinic) a v denních nemocnicích (day hospital).

Když chce osoba podstoupit léčbu v **ambulantní klinice**, musí mít doporučení od praktického lékaře nebo od některého odborníka na duševní zdraví. V nemocnici ho po vyšetření psychiatrem buď přijmou, anebo mu doporučí jiné, pro něj vhodnější služby, jako je třeba péče komunitních týmů duševního zdraví (Community Mental Health Teams) a terapie.

Denní nemocnice jsou většinou samostatnou jednotkou v areálu nemocnice, ale mohou být zřizovány i mimo nemocnice, třeba v rámci služeb oddělení sociální péče nebo neziskovými organizacemi. Lidé sem během dne mohou docházet a účastnit se různých terapeutických a rehabilitačních aktivit.⁵⁴ Této služby využívají např. pacienti, kteří jsou propuštěni z nemocnic, nebo ti, kterým to navrhne jejich komunitní tým duševního zdraví.

7. Lůžková péče (Inpatient care)

V anglickém systému psychiatrické péče zůstaly zachována i péče v ústavních zařízeních. Přestože se jednoznačně upřednostňuje péče v komunitě, ani tady se zatím nedaří zvládnout úplně všechny problémy pouze s pomocí služeb ambulantního a

⁵⁴ Day hospital. Mental Health and Social Care Trust. [cit.28. května 2007]. Dostupný z [www:<http://www.cimhscaretrust.nhs.uk/pages/go.a?pageID=379&Path=4&Parent=477.0359&instance=386>](http://www.cimhscaretrust.nhs.uk/pages/go.a?pageID=379&Path=4&Parent=477.0359&instance=386)

komunitního typu. Hospitalizace by se ale měla používat jen ze závažných a opodstatněných důvodů a neměla by trvat déle než je nezbytně nutné.

Lůžková péče je poskytována v nemocnicích, speciálních nemocnicích a regionálních chráněných zařízeních. Na rozdíl od komunitní péče, péče v **nemocnici** klade důraz spíše než na terapii, poradenství a nácvik sociálních dovedností, na odstranění symptomů. K tomu se hojně využívá medikace. Usiluje se při tom o co nejrychlejší návrat do komunity.

Pro lidi s vážnou duševní nemocí, kteří byli hospitalizováni na základě Zákona o duševním zdraví z roku 1983⁵⁵ (nedobrovolná hospitalizace) a jsou považováni za vysoce nebezpečné, jsou zřízeny **speciální nemocnice** (special hospital). Ty jsou oproti těm běžným mnohem více chráněny.⁵⁶ V celé Anglii neexistuje víc jak 5 těchto zařízení.

Pro lidi, kteří trpí duševní nemocí a spáchali trestný čin, jsou zřízena **regionální chráněná zařízení** (regional security units). „Na rozdíl od speciálních nemocnic, jsou určené pouze pro krátkodobou péči, pobyty trvají od 18 do 24 měsíců“⁵⁷

8. Nedostatky komunitní péče

V Anglii existuje celkem velká rozmanitost komunitních služeb, přesto, ani tady není systém bez mezer a péče o duševně nemocné bez nedostatků. Dokazuje to také průzkum zaměřený na kvalitu služeb pro lidi s duševní nemocí, který provedla v roce 2006 Health Care Commission.⁵⁸

Jako nejzávažnější se ukázaly nedostatky služeb, které jsou dostupné po běžné pracovní době (out-of-hours care). Jen asi 49 % lidí, kteří trpí duševními problémy, má

⁵⁵ Mental Health Act Online. [cit. 16. května 2007]. Dostupný z [www](http://www.markwalton.net/guidemha/index.asp):

<<http://www.markwalton.net/guidemha/index.asp>>

⁵⁶ Badger, Doug. Vaughan, Phillip. Planning to Meet the Needs of Offender With Mental Disorders in the United Kingdom. Psychiatric Services. [cit. 26. června 2007]. Dostupný z [www](http://www.psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/50/12/1624):

<<http://www.psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/50/12/1624>>

⁵⁷ Badger, Doug. Vaughan, Phillip. Planning to Meet the Needs of Offender With Mental Disorders in the United Kingdom. Psychiatric Services. [cit. 26. června 2007]. Dostupný z [www](http://www.psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/50/12/1624):

<<http://www.psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/50/12/1624>>

⁵⁸ Mental health services failing. BBC News online network. [cit. 10. května 2008]. Dostupný z [www](http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/5389864.stm):

<<http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/5389864.stm>>

kontakt na osobu, se kterou by se v případě potřeby mohli spojit. Informovanost o službách je poměrně malá. Služby sice existují, ale lidé nevědí, že je mohou využívat.

V nedostatečné míře jsou také nabízeny a poskytovány tzv. talking therapies, které by měly být součástí většiny služeb. Talking therapies by se dalo přeložit jako psychoterapie. Jedná se vlastně o souhrnný název pro psychoanalýzu, často používanou kognitivně – behaviorální terapii ale např. i rodinnou nebo skupinovou terapii. Obecně lze říci, že je to psychologická metoda, která klientovi spolu s terapeutem pomáhá řešit a překonávat jeho problémy.

Velkým problémem také zůstává vysoká nezaměstnanost osob s duševním onemocněním.

Jsme přesvědčená, že podobných nedostatků určitě existuje ještě celá řada. Nemám ale žádné zdroje, z kterých by jsem mohla čerpat, abych tuto svou domněnku doložila.

V. KOMUNITNÍ PRÁCE V ČESKÉ REPUBLICE

1. Vývoj komunitní práce v České republice

Metoda komunitní práce se v České republice začala rozvíjet a používat až od počátku 90. let. Přesto existovaly některé projekty, které se snažily nabídnout alternativu k ústavní péči.

Mezi ně patří i, z mého hlediska dost zajímavý, projekt rodinné péče⁵⁹, který probíhal v Československu mezi první a druhou světovou válkou. Lidé s duševní nemocí byli umísťováni do náhradních, většinou venkovských rodin. Dohromady pak trávili čas jako běžná rodina, pracovali na poli, chodili na procházky, do kostela, na zábavy... Při výběru rodiny se přihlíželo k přání nemocného i k sociálnímu statusu obou stran. Je nutné podotknout, že tento projekt probíhal v době, kdy většina žen byla v domácnosti a celkové podmínky se dost lišily od těch dnešních.

K opravdovému růstu komunitních služeb došlo až po roce 1989. Postupem času vznikaly nestátní neziskové organizace, které začaly poskytovat služby komunitního typu. Snažily se tak vyplnit mezery v péči o duševně nemocné. Zajišťují především ty služby, které neposkytuje stát.

Za poslední dvě desetiletí došlo v této oblasti k velkému pokroku. Duševně nemocní lidé mají nové možnosti a mění se i přístup k nim. Z nesvéprávných pacientů se stávají klienti se svou zakázkou. Je podporována jejich nezávislost a zdůrazňována zodpovědnost za průběh léčby. Cílem všech služeb vlastně je, aby je klienti co nejdříve přestali potřebovat. Klienti jsou vedeni k maximální možné míře samostatnosti.

Organizace se snaží nabízet rozmanité služby. Zaměřují se především na oblast práce, bydlení a volného času. Bohužel, služeb je stále velký nedostatek. Nejvíce organizací, které se zaměřují na péči o duševně nemocné, je v Praze a středních Čechách. Dosud ale existují města, kde žádné podobné organizace zatím nefungují. Lidé z těchto míst zůstávají prakticky bez pomoci.

⁵⁹ Matoušek, 1995, str. 68

Ani v Praze ale není situace zdaleka optimální. Čísly to potvrzuje analýza, kterou vypracovalo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.⁶⁰ V roce 2006 v Praze poskytovalo služby osm denních stacionářů s celkovou kapacitou 130 míst. O mnoho lépe na tom nejsou ani služby z oblasti zaměstnávání a bydlení. Všechny typy zaměstnávání (chráněné dílny, chráněná místa, přechodné a podporované zaměstnávání, sociální firma) měly dohromady kapacitu pouhých 230 míst. Komunitní bydlení mělo kapacitu 43 míst a chráněné bydlení 48 míst.

Z těchto údajů jasně vyplývá, že reálná potřeba klientů je mnohem větší než nabídka organizací. V této oblasti je stále co dohánět a zlepšovat. Pro srovnání, psychiatrická oddělení nemocnic přitom měla kapacitu 356 lůžek a psychiatrická léčebna 1428 lůžek. Tato situace je do značné míry způsobena faktem, že stát stále podporuje ústavní péči mnohem víc než komunitní a ambulantní služby. Komunitní péče má u nás jen velmi krátkou tradici a její propagace mezi veřejností je zatím zanedbávána.

2. Služby

2. 1. Zaměstnávání

Pro duševně nemocné je zřízeno několik typů služeb v oblasti zaměstnání. Patří sem chráněné, přechodné nebo podporované zaměstnání a chráněné dílny. Většina organizací poskytuje také pracovní poradenství a job kluby.

Přechodné zaměstnávání je určeno pro lidi, kteří kvůli své nemoci nejsou dočasně nebo trvale schopni pracovat v běžném zaměstnání. Klienti se zde učí pracovním i sociálním dovednostem. Jde o to, aby byli schopni si na příště zaměstnání sami najít a udržet si ho.

Klienti mohou službu využívat jen omezenou dobu, většinou půl roku. Často pracují na poloviční úvazek. Jsou zaměstnání na běžných pracovních místech a mají

⁶⁰ Peč, 2006, str. 7

přítom zajištěnou podporu pracovního asistenta. Asistent je zaučuje přímo na pracovišti a to asi po dobu dvou týdnů. Pak za klienty příležitostně dochází.

Podporované zaměstnávání může probíhat v jakékoli organizaci. Jedná se o běžné zaměstnání, takže není ani omezena pracovní doba. Klientovi je opět přidělen pracovní asistent. Klient se učí, jak zvládat pracovní nároky a režim, komunikaci se spolupracovníky apod. Také tato služba je časově omezená, protože cíl je, aby klient dokázal příště pracovat v úplně nechráněných podmínkách na běžném trhu práce.

Chráněné zaměstnání je určeno pro klienty s menší mírou samostatnosti. I tento typ zaměstnávání je časově omezený asi na půl roku. Klient se ve svých dovednostech má zdokonalit natolik, aby mohl pracovat v méně chráněných podmínkách. Klient má během práce podporu pracovního asistenta.

Také **chráněné dílny** jsou určeny pro ty, co potřebují větší míru podpory. Dílny se liší v náplni práce. Mohou se zaměřovat na šití, výrobu bižuterie, zahradnické a truhlářské práce apod. Práce v dílnách je různě náročná. Je důležité, aby klienta práce bavila a hlavně aby ji zvládal. Příliš náročná práce by ho mohla demotivovat, nebo by dokonce mohla vést ke zhoršení jeho stavu. Dílny jsou vedeny pracovními therapy.

Dalším místem, kde se mohou duševně nemocní lidé pracovním uplatnit, jsou **sociální firmy**. V České republice v současnosti existují tři sociální firmy, které nabízejí pracovní uplatnění lidem s duševní nemocí – Zahrada, Junův statek a Café Therapy.

Sociální firma je podnikatelský subjekt, který působí na volném trhu. Zaměstnává lidi bez handicapu i lidi s handicapem, v tomto případě duševní nemocí. Minimální stanovené procento lidí s handicapem v sociální firmě je 25 %.⁶¹

Duševně nemocní nemají status klienta ale zaměstnance. Všichni zaměstnanci jsou rovnocenní. Pracovní smlouva se uzavírá na dobu neurčitou. I zde je zaměstnancům poskytována určitá míra podpory.

⁶¹ Novák, Jiří. Sociální firma jako nový model zaměstnávání znevýhodněných lidí na trhu práce [cit. 8. července 2007]. Dostupný z [www: <http://www.socialnifirmy.cz/getdoc.php?id=246&sessid=a5b83f744e3913b7fc2b87ae1de9f7b3 >](http://www.socialnifirmy.cz/getdoc.php?id=246&sessid=a5b83f744e3913b7fc2b87ae1de9f7b3)

Běh firmy je financován z prodeje výrobků a služeb, to musí činit minimálně jednu polovinu nákladů. Samozřejmě, ideální je stav, kdy firma dokáže pokrýt náklady sama. Zbytek jde z dotací, grantů a sponzorských darů.

Služby v oblasti zaměstnávání poskytují např.: Green Doors, Eset Help, Fokus, Bona

2. 2. Bydlení

Oblast bydlení je velice významná. Mnoho lidí bývá hospitalizováno právě proto, že už nedokáží zvládnout nároky spojené se samostatným bydlením. Mezi obvyklé služby v oblasti bydlení patří chráněné bydlení, podporované bydlení, komunitní bydlení, domy na půli cesty a byty na půli cesty.

Chráněné bydlení je určeno pro ty, kteří nejsou schopni vést samostatnou domácnost. Např. z důvodu dlouhodobé hospitalizace, při níž ztratili své praktické dovednosti. V chráněném bydlení se klient za podpory socioterapeuta či asistenta učí, jak hospodařit s penězi, nakupovat a starat se o domácnost. Klient je veden k co největší samostatnosti.

Podporované bydlení je služba určená pro klienty, kteří žijí ve vlastních bytech. K tomu, aby zvládli samostatně žít, potřebují pomoc. Proto za nimi dochází profesionálové a pomáhají jim s nácvikem praktických dovedností a poskytují jim emocionální podporu.

Domy a byty na půli cesty jsou vhodné pro klienty, kteří chtějí žít samostatně, ale nemají svůj vlastní byt. Pracovníci jsou v domech na půli cesty přítomni jen určitou část dne, takže mnoho věcí musí klienti zvládnout sami. Do bytů na půli cesty socioterapeuti za klienty dochází podle dohody.

Komunitní bydlení je typ bydlení, kde spolu v jednom zařízení bydlí několik klientů, většinou deset až dvacet. Klienti zde mají společenskou místnost, prádelnu, zahradu apod. Vzájemně se podporují a pomáhají si.

Služby v oblasti bydlení poskytují např.: Česká společnost pro duševní zdraví, Eset Help, Fokus, Baobab

2. 3. Volný čas

Mezi další služby komunitního typu patří různé **kluby** a **centra denních aktivit**. Většinou bývají otevřeny jen ve všední den. Klientům nabízí možnosti, jak smysluplně trávit volný čas. Klienti se zde mohou naučit novým dovednostem jako je pletení košíků, háčkování, různé výtvarné techniky atd. Mohou sem ale docházet „jen“, aby navázali nové vztahy. Tato služba pomáhá lidem k návratu do běžného života. Klienti spolu s pracovníky také často pořádají výlety, navštěvují společenské a kulturní akce a také jezdí na dovolenou.

Služby v oblasti volného času poskytuje např.: Fokus, Eset Help a svépomocné sk

2. 4. Svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny mají v oblasti péče o duševně nemocné důležitou a nezastupitelnou roli. Některé skupiny vznikají na půdě profesionálních organizací, jiné vychází ryze z občanské iniciativy.

První svépomocná skupina, Hnutí Anonymních Alkoholiků, byla založena v 30. letech. Svépomocné skupiny se začaly rychle šířit. Dnes jich existuje nepřeberné množství, přičemž jsou zaměřeny na různé problematiky a témata. Odborníci prudký nárůst svépomocných skupin považují za důsledek slábnoucí role tradičních komunit. „Roste počet neúplných rodin, lidé se více stěhují daleko od původní rodiny a přátel, matky jsou zaměstnané. Přirozené přátelské svazky se přetrhávají a lidé mají potřebu vzniklou mezeru nahradit.“⁶²

V České republice začaly svépomocné skupiny vznikat, až na několik málo výjimek, po roce 1989. V oblasti duševního zdraví k těm nejznámějším patří Sympathea (sdružuje příbuzné duševně nemocných lidí), Vida a Kolumbus (sdružují lidi s duševní nemocí). Samozřejmě existuje celá řada dalších.

⁶² Hartl, 1997, str. 164

Svépomocné skupiny sdružují lidi, kteří trpí duševní nemocí, jejich rodiny a přátelé. Členové skupiny sdílejí své problémy a vzájemně se podporují. Oproti profesionálním organizacím zde chybí hierarchické uspořádání skupiny. Všichni členové jsou si rovnocenní a sdílejí stejný nebo podobný problém. Vzájemně si předávají své osobní zkušenosti a poskytují zpětnou vazbu. Atmosféra skupiny je otevřená. Členové mají jistotu, že budou akceptováni.

Svépomocné skupiny se snaží svou činností zlepšit kvalitu života duševně nemocných i jejich blízkého okolí. Zasazují se o lepší péči v psychiatrických léčebnách, za rozvoj komunitních služeb a prosazují práva duševně nemocných.

Další svépomocné skupiny, které sdružují osoby s duševní nemocí: Self Help, Doteky, Zrcadlo

2. 5. Dobrovolnictví

Zapojení dobrovolníku v péči o duševně nemocné v České republice zatím není moc rozšířené. Mnohem delší tradici má například v Anglii, kde je tato služba známá pod názvem be-friending scheme. Několik takových projektů se už ale objevilo i u nás. Mezi ně patří pilotní projekt Dobroduš SOS Centra Diakonie v Belgické ulici v Praze.⁶³ Cíl je vyplnit prázdné místo v komunitních službách a pomoci lidem s duševními problémy zapojit se do společnosti, a tak minimalizovat riziko sociálního vyloučení.

Dobrovolníci jsou starší 18 let a prochází školením, které zahrnuje základní informace o duševních nemocech a základy krizové intervence. Na konci výcviku obdrží dobrovolník certifikát. Během své dobrovolnické práce musí pravidelně podstupovat supervize.

Dobrovolníci se s klienty setkávají v jejich přirozeném prostředí, ale mohou je navštěvovat i v případě hospitalizace.

⁶³ SOS Centrum. [cit. 20. dubna 2008]. Dostupný z: <http://www.soscentrum.cz/navazne_sluzby.htm>

3. Case management

Case management je metoda sociální práce. V zemích, kde je komunitní péče více rozvinutá, má už dlouhou tradici. Funguje v různých podobách. Mezi základní formy patří intenzivní case management a asertivní komunitní léčba. U nás se s úspěchem používá metoda intenzivního case managementu, model asertivní komunitní léčby se pak hojně využívá hlavně v USA a v Anglii (viz. Kapitola Komunitní týmy).

Klientovi je přidělen case manager, který jemu i jeho rodině či jiným pečujícím osobám poskytuje emocionální podporu a informace o dalších dostupných službách a formách možné pomoci. Casemanager vychází z dostupných zdrojů v dané komunitě a koordinuje služby. Klientovi je nabídnuta pomoc v praktických záležitostech jako vyřizování různých záležitostí na úradech apod. Podstatné je, že case manager dochází za klientem domů.

Aby služby fungovala, je nutné s klientem pracovat systematicky. Služba je rozdělena do jednotlivých fází.

První fáze by se dala nazvat jako představení a navazování vztahu. Následuje mapování. Zjišťují se schopnosti a omezení klienta, jeho potřeby a přání a možnosti komunity. Pak se stanovují cíle, kterých chce klient s pomocí case managera dosáhnout. Cíle jsou krátkodobé a dlouhodobé. Důležité je, aby cíl byl reálný. Jeho dosažení nesmí být ani moc snadné ani nedosažitelné. Klient musí mít dostatečnou motivaci.

Další fáze je plánování cílů, tzn. vzájemná diskuse a upřesňování jakými prostředky cíle dosáhnout. Potom nastává samotná realizace plánu a následně jeho reflexe a hodnocení. V tomto bodě se hodnotí nejen konečná práce, ale i celý proces, jak k naplnění cíle došlo. Plán je diskutován a hodnocen kontinuálně během celého procesu.

Péče o duševní zdraví, Fokus

4. Krizové týmy

Krizové týmy jsou složeny z odborníků mnoha profesí. Jeho součástí bývá psychiatr, psycholog a sociální pracovník. Členové týmu pomáhají klientovi zvládnout akutní krizi u něj doma, aby nemusel podstoupit hospitalizaci. Návrat z lůžkového

zařízení domů bývá složitý. Lidé zde často ztrácí své sociální i pracovní dovednosti. Proto je mnohem výhodnější a pro klienta určitě příjemnější, když má možnost krizi překonat, za pomoci profesionálů, ve svém přirozeném prostředí. Krizových týmů u nás zatím existuje jen velmi málo.

VI. DUŠEVNĚ NEMOCNÍ A SPOLEČNOST

1. Stigma duševní nemoci

Podle mého názoru, spolu komunitní práce a problematika stigmatizace úzce souvisí. Komunitní práce totiž usiluje o to, aby duševně nemocní lidé mohli žít ve svém přirozeném prostředí. Aby to bylo možné, musí pracovat i s širokou veřejností, poskytovat ji dostatek informací a učit tolerantnosti.

Výrazem stigma se původně ve starověkém Řecku nazýval cejch označující otroky, kteří kutali v dolech v Thesálii. Dnes se běžně překládá jako znamení nebo stopa. Pojem stigma má tedy mnoho společného s teorií etiketizace (label theory). Tato teorie je založena na významu sociálního očekávání. „Pokud je někdo označen za devianta, žije pod tlakem sociálního očekávání, že bude jednat určitým (deviantním) způsobem. V důsledku těchto očekávání narůstá pravděpodobnost, že takto bude skutečně jednat.“⁶⁴

Stigma je založeno na předsudcích a stereotypech vůči určitým skupinám lidí, které nějakým způsobem vybočují z normy. Označuje ty jedince, kteří se od ostatních liší. Stigma oslabuje jedinečnost člověka a zdůrazňuje jeho skupinovou identitu.

O stigmatu se začalo diskutovat hlavně v souvislosti s reformou psychiatrické péče a s právy duševně nemocných. Tyto oblasti jsou totiž spolu úzce spjaty. O nutnosti odstranit stigmatické postavení psychiatrie ve zdravotnictví i v celé společnosti se najde alespoň zmínka v každém zásadním dokumentu a prohlášení, vydaném v posledních několika letech. O potřebě odstranit stigma duševní nemoci se mluví jak v zahraničí tak i v České Republice.

Stigma duševní nemoci je označení hlavně pro vlastnosti, které odlišují nemocné od ostatních lidí. Své kořeny má daleko v historii. „Zdraví“ lidé měli vždy tendenci duševně nemocné vyčleňovat ze společnosti, anebo jim dávat jiným způsobem najevo jejich odlišnost.

⁶⁴ Navrátil, 200, str. 38

Troufám si tvrdit, že i dnes má většina společnosti k duševně nemocným přinejmenším ambivalentní postoj. Lituji je a uznávají, že si zaslouží soucit a pomoc. Na druhou stranu z nich mají strach a snaží se kontaktu s nimi vyhnout. Nevědí, co od takového blázna mohou čekat.

Každopádně těmto názorům se nemůžeme příliš divit, protože jsou neustále živeny a podporovány. A to hlavně v médiích. Občas v nich proběhnou zprávy typu: „Nebezpečný šílenec uprchl z psychiatrické léčebny!“. Ztvárnění duševně nemocných ve většině filmů nebývá o moc příznivější. Kvalitní dokumenty, reportáže nebo články se vyskytnou jen zřídka. Z toho vyplývá, že duševně nemocní jsou v médiích prezentováni především v negativním světle.

Stereotypy se odrážejí i v naší řeči. Každý z nás určitě zná nějaký vtip o bláznech. Lidé často používají takové slovní obraty, které lidi trpící duševní nemocí vlastně uráží. Děláme to často, a to třeba aniž bychom si to uvědomovali. Někdy se používá psychiatrické terminologie jako přímých urážek.

Stigmatizace s sebou nese mnoho negativních důsledků. „Stigmatizace se může manifestovat jak pocitem méněcennosti nositele, tak znehodnocujícím přístupem okolí.“⁶⁵ Už fakt, že je člověk označen za psychiatrického pacienta, mu může často zkomplikovat život více než samotná existence psychických obtíží. Asi nejvíc jsou přítom odsuzování lidí, kteří podstoupili hospitalizaci.

Dozví-li se člověk o někom, že trpí duševní nemocí, automaticky si ho zařadí do škatulky „blázen“ a vědomě či na nevědomé úrovni změní své chování k němu. Od blázna se přeci očekávají neobvyklé projevy, proto je jeho okolí ve střežení a v neustálém očekávání, co se bude dít. Všeobecně rozšířená představa je, že duševně nemocní jsou nespolehliví, nebezpeční a nepředvídatelní. Lidé mají z duševní nemoci obavy. Někdy jako by se báli, že ji chytanou jako chřipku.

Když je člověk označen za duševně nemocného, vystává mu mnoho problémů. Např. takový člověk bude jen velmi obtížně hledat zaměstnání, nové přátele nebo

⁶⁵ Praško, Ján. Stigmatizace u „psychogenních poruch“. *Psychiatrie*. 2001, č. 1. [cit. 28. března 2008]. Dostupný z: <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/Obsah_f.htm>

partnera. Proto mají lidé sklony vyhýbat se léčbě. Se svými obtížemi se raději naučí žít, než aby navštívili psychologa nebo psychiatra. Tam přece chodí jen blázni...

Praško uvádí, že jeho zkušenost z praxe je taková, že řada pacientů např. s panickou atakou nebo sociální fobií se dostávají do léčby po 7 – 15 letech strádání!⁶⁶ Stigma tedy snižuje motivaci pacienta léčit se. Naopak zvyšuje zátěž, která se tak může stát spouštěčem nemoci.

Někdy duševně nemocné dokonce od léčby odrazují jejich rodiny a nejbližší okolí. Důvodů je opět několik. Bojí se, co na to řeknou jejich sousedé a známí. Nemoc prožívají jako hanbu. Člověk s duševními problémy může být často obviňován z neschopnosti a slabosti. Jeho stav je podceňován. Objevují se rady typu: „Vzchop se, jsi přeci chlap. Tolik to neprožívej a běž si radši zahrát fotbal.“

Naše kultura nám jako ideál člověka předkládá obraz fyzicky i psychicky zdravého a silného jedince, který je úspěšný ve své profesi a má vysoký společenský status. Přiznat si jakoukoliv slabost je obtížné, a o to obtížnější jedná-li se o duševní nemoc. Trpět duševní nemocí je považováno za osobnostní selhání.

Otázka je, proč se na psychické problémy nahlíží diametrálně odlišně než na nemoci těla? Nikdo se přeci nestydí říci, že má astma nebo cukrovku, ale přiznat se k duševní nemoci je složitější. Lidé se za duševní nemoci stále stydí, považují je za svou vinu nebo za jakýsi trest. Obávají se, a často oprávněně, reakce okolí. Z velké části za to může i stigmatizace psychiatrického oboru jako takového

Psychiatrii a psychologii stále mnoho lidí považuje za jakousi pavědu a ne za lékařský obor. Představují si, že člověk, který potřebuje psychiatrickou péči, vypadá jako zuřivý šílenec, který právě utekl z klece. „Normální člověk“ přeci takovou pomoc nepotřebuje, své problémy si zvládne vyřešit sám. Častá je také představa, že psycholog nebo psychiatr je něco jako vymývač mozků, který si vždycky nějakou nemoc najde a pak své pacienty nadopuje pilulkami. Nálepkování se ale nedopouští jen laici, ale i odborníci.

⁶⁶ Praško, Ján. Stigmatizace u „psychogenních poruch“. Psychiatrie. 2001. č. 1. [cit. 28. března 2008]. Dostupný z: <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/Obsah_f.htm>

Stigma vede k izolaci lidí, kteří duševní nemocí trpí. Izolace pak stigma ještě prohlubuje. Je to jako začarovaný kruh, z kterého je nutné vystoupit. Jak již bylo řečeno, stigma se bolestně dotýká obzvláště lidí, kteří byli hospitalizováni v psychiatrických zařízeních. Pacienti zde ztrácí kontakt s realitou i své sociální dovednosti. Bývalý pacienti se jen velice obtížně adaptují na prostředí, se kterým díky hospitalizaci ztratili kontakt. Jejich sociální vazby jsou často zpřetrhány. Přitom „v očích laické veřejnosti všechny špatné stránky duševně nemocného se nakonec odvozují ze stupně narušení jeho sociální adaptace“.⁶⁷

Návrat k běžnému životu je pak velmi složitý, často téměř nemožný. Také z tohoto důvodu, stále více lidí požaduje deinstitucionalizaci psychiatrie. Uzavření pacienta za zdi léčebny jen ještě víc prohlubuje jeho sociální vyloučení. Řešení tohoto problému nabízí komunitní práce.

2. Boj proti stigmatu

Stigma a s ním spojené stereotypy o duševní nemoci a lidech, kteří jimi trpí, pomáhá zmírnit a překonat dostatek informací. Většina lidí dnes zná mnoho pojmů z medicíny a ví, jak se projevují fyzické nemoci, popřípadě i jak se zachovat v určitých situacích. Snad každý ví, jaké jsou příznaky mozkové mrtvice či epileptického záchvatu, anebo jak asi zastavit krvácení.

S vědomostmi o nemocech duše už je to ale mnohem horší. Téměř nikdo z laické veřejnosti neví, co je to třeba sociální fobie nebo schizofrenie. A zrovna o schizofrenii se v médiích mluví poměrně často, většina lidí má přesto mylné představy o jejích projevech. Informovanost veřejnosti o duševních nemocech je velmi nízká.

Tento problém se ale netýká jen laiků ale i lékařů z mnoha medicínských oborů. Např. praktičtí lékaři většinou nemají ani základní znalosti o psychických poruchách a nemocech. Přitom právě oni by si mohli jako jedni z prvních všimnout u svých pacientů některých příznaků a doporučit je dále k odborníkům, nebo do služeb. Nemoc by tak byla zachycena ještě v počátečním stádiu.

⁶⁷ Janík, 1987, str. 114

Naštěstí i tady se situace pomalu vyvíjí k lepšímu, přispívají k tomu vzdělávací projekty. Ty jsou ale zatím spíše výjimečné. Např. v roce 2005 proběhl vzdělávací kurz Péče o schizofrenní pacienty v ordinaci praktického lékaře a v roce 2006 pak kurz Péče o pacienty s těžkou psychickou poruchou v ordinaci praktického lékaře, které realizovalo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.⁶⁸ Cílem bylo seznámit praktické lékaře s problematikou duševních poruch a tak je zapojit do péče.

Také odborníci v oboru mohou riziko stigmatizace svým jednáním a přístupem buď snižovat, nebo zvyšovat. „Součástí snahy omezit vliv stigmatu je důsledné rozlišování mezi nemocí a osobností nemocného.“⁶⁹ Tzn., že pacient či klient nemá být ztotožňován se svou nemocí. Vždy se jedná o jedinečnou lidskou bytost se všemi jejími dimenzemi. V první řadě jde o člověka, a pak až o jeho nemoc. K eliminaci stigmatu se používá princip *people first*. V praxi to znamená, že se o osobě nemluví např. jako o anorektičce, ale jako o ženě, která onemocněla anorexií.

Nezastupitelnou roli v procesu destigmatizace má tedy vzdělání a osvěta široké veřejnosti, lékařů ale i státních institucí. S tímto cílem vznikl v roce 2004 **projekt Změna**, jehož iniciátoři jsou Nadace Academia Medica Pragensis a Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Změna bojuje s diskriminací a stigmatizací tím, že se snaží zvyšovat všeobecné povědomí o problematice duševního zdraví. Projekt upozorňuje na problémy prostřednictvím veřejných debat, odborných diskusí, tiskových zpráv i rozhovorů. Také se ale obrací na státní správu, kraje, lékaře, lékařské společnosti, pojišťovny a podobně.

Další organizací, která se snaží zlepšit postavení duševně nemocných ve společnosti, je **Sympathea**. Tato svépomocná organizace vznikla roku 2003 z iniciativy odborníků, kteří chtěli zlepšit úroveň práce s rodinami a přáteli nemocných. Proti stigmatu bojují zakládáním rodičovských organizací (pracují zde především příbuzní duševně nemocných), vydáváním publikací a přednáškovou činností. Sympathea je

⁶⁸ Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. [cit. 20. dubna 2008]. Dostupný z: <<http://www.cmhcd.cz/vzdelavani.html>>

⁶⁹ Libiger, Jan.. Stigma duševního onemocnění. Psychiatrie. 2001, č. 1. [cit. 28. března 2008]. Dostupný z: <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/Obsah_f.htm>

založena na spolupráci pacientů, rodin a přátel, odborníků, státní správy, médií i laické veřejnosti.

Na školách probíhala v roce 2006 vzdělávací akce pod názvem „**Blázníš? No a!**“ Cílem akce bylo vytvořit model pro prevenci a zachování duševního zdraví mladistvých. Vyškolené týmy seznamovaly žáky i zaměstnance škol s životem s duševním onemocněním. Záměrem projektu bylo snížit riziko nálepkování lidí s duševní nemocí a zamezit tak jejich stigmatizaci.

Další snahou o přiblížení problematiky duševního zdraví jsou tzv. **Týdny duševního zdraví**. Tato akce se koná každoročně už od roku 1990 a to vždy hned v několika městech České Republiky. Akce začíná vždy 10. září a končí 10 října, protože tento den je vyhlášen Světový den pro duševní zdraví.

Týdny pro duševní zdraví mají přispět k větší informovanosti veřejnosti o duševních nemocech, o možnosti jejich léčby a o službách vybudovaných pro tuto cílovou skupinu. Záměr je i preventivně působit v tom smyslu, že se lidé mají možnost zbavit mylných názorů, nebo ne příliš jasných představ týkajících se lidí s duševní nemocí.

Program se liší město od města a rok od roku. Velká mediální pozornost bývá věnována Divadelnímu průvodu Prahou. Osvětová činnost probíhá opravdu různorodě. V nabídce jsou odborné besedy, různé druhy terapie, divadlo, filmy, koncerty, výpověď svépomocných skupin atd.

Součástí Týdnů pro duševní zdraví je už veřejnosti dobře známý festival Babí léto, který se odehrává za zdmi Bohnické psychiatrické léčebny.

3. Práva duševně nemocných

Jak již bylo řečeno, v souvislosti s reformou psychiatrické péče, se čím dál tím častěji diskutuje také o právech duševně nemocných. Tyto práva se vyvíjela spolu s moderní psychiatrií a jsou vymezena a zakotvena v mnoha deklaracích.

Význam těchto dokumentů je obrovský. Lidé, kteří trpí duševní nemocí, jsou v této oblasti mnohem zranitelnější. Často nemají odvahu nebo sílu svá práva bránit a

prosazovat, nebo je dokonce vůbec neznají. Proto musí být práva těchto lidí obzvláště chráněna.

Kdybych měla podrobněji rozebírat všechny deklarace, které se týkají problematiky práv duševně nemocných, asi by to vydalo na samostatnou práci. Proto pouze uvedu několik důležitých dokumentů, přičemž trochu podrobněji se budu věnovat jen některým z nich.

Asi první deklarace, která se týkala práv duševně nemocných, byla **Všeobecná deklarace lidských práv**, přijatá roku 1948 v New Yorku. Duševní nemoci jako samostatnému problému se věnuje až **Deklarace práv duševně postižených lidí**, kterou Valné shromáždění OSN schválilo v roce 1971.

Je v ní např. uvedeno, že duševně postižený člověk má právo na takové zajištění péče a podmínek, které umožní co nejvíce rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti. Velmi aktuální je také právo na život pokud možno v přirozeném prostředí duševně postiženého. Jestliže je nevyhnutelný pobyt v lůžkovém zařízení, pak by se způsob života v něm a všechny podmínky, měli co nejvíce podobat běžnému životu.⁷⁰

Roku 1989 schválila Světová federace pro duševní zdraví **Deklaraci lidských práv a duševního zdraví**. Prosazuje, že práva duševně nemocných jsou stejná jako práva všech lidí. Vymezuje zde práva a potřeby, která jsou nejčastěji porušována, a proto mají být o to víc chráněna.

Jsou to např. následující práva:

- právo být vnímán a respektován jako jedinečná lidská bytost
- právo na svobodné rozhodování o sobě samém
- právo na soukromí
- právo na práci a spravedlivou odměnu
- právo na přiměřenou životní úroveň, včetně potravy, šatstva, bydlení, lékařské péče a nezbytných sociálních služeb
- právo na lidský kontakt a osobní svobodu

⁷⁰ Deklarace práv duševně postižených lidí. Valné shromáždění OSN, 1971. [cit.5. dubna 2008].
Dostupný z: <<http://www.capz.cz/dokumenty/>>

- právo na kultivaci a osobnostní růst ⁷¹

Roku 1991 Generální shromáždění spojených národů přijalo dokument **Zásady ochrany duševně nemocných**. Další deklarací byla **Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě** z roku 1994. Po ní v roce 1998 následovala **Světová deklarace zdraví** a v roce 2003 **Madridská deklarace**.

Zajímavá je tzv. **Květnová deklarace**⁷², kterou roku 2003 přijaly Česká asociace pro psychické zdraví spolu se Sympatheou. Tento dokument byl schválen na závěr konference, která se snažila popsat současné postavení duševně nemocných v naší společnosti. Účastníci konference tak chtěli upozornit na překážky a každodenní problémy, se kterými se duševně nemocní a jejich blízcí setkávají.

Aby se situace obrátila k lepšímu, je nezbytné realizovat mnoho změn. Proto se deklarace obrací na příslušné resorty a jiné instituce s jasně formulovanými požadavky. Deklarace např. vyzývá Úřady práce, aby začaly aktivně podporovat zřizování chráněných pracovních míst. Po vybraných ministerstvech požaduje, aby zavedly možnost poskytování osobní asistence duševně nemocným atd.

Roku 2005 vypracovala Komise EU dokument, který obsahuje strategie duševního zdraví v EU, pod názvem **Zelená kniha**. Jsou zde vyjmenovány důvody, proč je nutné brát duševní stav obyvatelstva opravdu vážně. Asi 27 % dospělých Evropanů trpí v rozmezí jednoho roku některou z duševních nemocí.

Dokument je rozdělen do několika částí. První část se věnuje oblasti prevence. Důraz je kladen hlavně na předcházení sebevražd, deprese a užívání drog a alkoholu. Odborníci totiž odhadují, že roku 2020 se deprese stane nejvýznamnější příčinou nemocí v rozvinutém světě. Už nyní zemře v EU v důsledku sebevražd více lidí než následkem dopravních nehod, AIDS nebo vražd.⁷³

⁷¹ Deklarace lidských práv a duševního zdraví. Rada světové federace pro duševní zdrav, 1989. [cit.5. dubna 2008]. Dostupný z: <<http://www.capz.cz/dokumenty/>>

⁷² Květnová deklarace, Česká asociace pro psychické zdraví, 2003. [cit. 2. dubna 2008]. Dostupný z: <<http://www.capz.cz/dokumenty/>>

⁷³ Zelená kniha, Komise Evropských společenství, 2005. [cit. 5 dubna 2007]. Dostupný z: <<http://www.capz.cz/dokumenty/>>

Ve druhé části doporučuje EU deinstitucionalizaci služeb, destigmatizaci a zařazení duševně nemocných do společnosti. Na závěr Zelená kniha vybízí k dialogu mezi státem, organizacemi a veřejností, tak aby se zlepšila spolupráce.

Existuje tedy docela velký počet dokumentů, které se zabývají ochranou práv duševně nemocných lidí. Ve skutečnosti bývají ale tyto vymezená práva často porušována.

Závěr

Na závěr bych ráda shrnula podstatné informace, které v práci zazněly.

Dá se říci, že většina duševně nemocných lidí byla v dějinách vždy akceptována jako součást společnosti. Ve velkém začali být duševně nemocní vyčleňováni a izolováni až s příchodem novověku. Navíc v době průmyslové revoluce došlo k drastickému rozpadu tradičních komunit, které do té doby garantovaly péči o handicapované jedince.

Komunity se vyznačovaly vysokou mírou solidarity. Její členi byli úzce spjati, mohli se spolehnout na vzájemnou pomoc. Každý člen měl v komunitě své místo, s tím byl spojen systém práv a povinností. Mezi základní znaky komunity patří sdílení společných hodnot. To vše dávalo lidem pocit sounáležitosti.

Na tyto hodnoty navázala moderní komunitní práce. Komunitní práce je metoda sociální práce, která pracuje s celou komunitou (ne jen s jednotlivci) a řeší její problémy s pomocí všech dostupných zdrojů. Používá se při práci s mnoha cílovými skupinami. Velmi rozšířená je v oblasti péče o lidi trpící duševní nemocí. Metoda komunitní práce slouží jako alternativa ke klasické ústavní péči.

Léčba v ústavních podmínkách s sebou nese značná rizika. Mezi nejzávažnější patří hospitalismus, problematika zneužívání moci personálem a paternalistický přístup. V České republice jsou navíc ústavy nerovnoměrně rozmístěné a technicky zanedbané. Pracuje v nich nedostatek kvalifikovaného personálu a pacientům není nabídnuta smysluplná náplň dne. Spíše než k léčbě duševně nemocných lidí, slouží k jejich izolaci od společnosti.

Pacienti zde ztrácejí nejen své soukromí, ale později i sociální návyky a dovednosti. Jejich sociální vazby s komunitou, ze které přišli, jsou poškozeny nebo úplně zprerhány. Pobyt v ústavu jako by ztrácel smysl.

Z těchto důvodů došlo ve většině vyspělých států k procesu dinstitucionalizace. V některých státech byly uzavřeny všechny léčebny, v jiných jen jejich část. Jako první se začaly léčebny uzavírat v USA, později se připojovaly i další země. Nikde se to neobešlo bez komplikací. Mohl za to zejména fakt, že na reformu nebyly připravené alternativní služby. Postupem času se rozvíjely ambulantní i komunitní služby.

V Anglii začal deinstitucionalizace probíhat už v 50. letech. Dnes stát i veřejnost jednoznačně upřednostňuje péči v přirozeném prostředí klienta, proto zde existuje široká škála komunitních služeb. Přesto v Anglii lůžková péče nikdy úplně nezankla. Hospitalizace se má ale volit jen v opravdu závažných a dobře odůvodněných případech. Usiluje se přitom o co nejrychlejší návrat do původní komunity.

V anglickém systému psychiatrické péče hraje významnou roli péče komunitních týmů duševního zdraví. Týmy jsou multidisciplinární, proto jsou schopné poskytnout lékařskou péči i sociální podporu. Týmů existuje několik typů. Některé musí klient oslovit sám, jiné klienty přímo vyhledávají. Liší se také podle stupně podpory a péče, kterou jsou schopny poskytnout.

V České republice stát stále více podporuje ústavní péči. Tradice komunitní práce zde není příliš dlouhá, prosazovat se začala až po pádu komunismu. Od té doby přesto vzniklo mnoho typů nových služeb.

Organizace, které poskytují služby komunitního typu, se soustředí především na nabídku těch služeb, které stát neposkytuje vůbec nebo jen v nedostatečné míře. Jedná se především o služby v oblasti bydlení, práce a zaměstnávání a volného času. Ale ani kapacita těchto služeb není zatím dostatečná. Já osobně považuji za velký problém malou nabídku v oblasti bydlení i v oblasti zaměstnávání. Navíc služby zatím nejsou dostatečně propojeny, což snižuje jejich přehlednost i efektivitu.

Ale i přes tyto nedostatky, si myslím, že u nás komunitní služby v oblasti duševního zdraví zaznamenaly za posledních dvacet let obrovský pokrok. Dnešní nabídka péče je nesrovnatelně bohatší než ta před rokem 1989. Od té doby také vzniklo mnoho svépomocných skupin a existuje i několik projektů, které jsou založené na práci dobrovolníků.

S příchodem metody komunitní péče se do značné míry změnil i přístup k duševně nemocným lidem. Z nesvéprávného pacienta se stal klient, který spolu s odborníky nese zodpovědnost za svou léčbu. Člověk s duševní nemocí je přijímán a akceptován jako jedinečná a důstojná lidská bytost. Žádná z jeho dimenzí nesmí být podceňována. Důraz se pak klade především na sociální fungování člověka, na rozdíl od

ústavní péče, která se soustředí hlavně na odstranění symptomů. Z toho důvodu se nepracuje pouze s klientem, ale i s jeho rodinou, přáteli i blízkým okolím.

K základním cílům komunitní práce patří odstranění stigmatizace duševně nemocných lidí. Prostřednictvím osvěty, vzdělání ale i kulturních akcí se snaží bourat stereotypy, které jsou s duševní nemocí spojeny.

Celá komunitní práce je pak postavena na základě respektu k lidským právům. Vzniklo mnoho dokumentů, které práva duševně nemocných lidí chrání. Mezi ty nejvýznamnější patří Deklarace práv duševně postižených lidí z roku 1971, Deklarace lidských práv a duševního zdraví z roku 1989 a Zelená kniha z roku 2005.

Zdroje:**Publikace:**

Černoušek, Michal. Šílenství v zrcadle dějin. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1994. ISBN 80-7169-086-4

Dušek, Karel. Večeřová-Procházková, Alena. První pomoc v psychiatrii. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0197-9

Focault, Michael. Dějiny šílenství. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1994. sv. 3. ISBN 80-7106-085-2

Focault, Michael. Psychologie a duševní nemoc. 1. vyd. Praha: Horizont, 1971. ISBN 40-007-71

Gardner, John. Budování komunity. 1. vyd. Praha: Nadace VIA, 1999.

Hartl, Pavel. Komunitní práce. 1. vyd. Praha: Katedra sociální práce FF UK, 1993.

Hartl, Pavel. Komunita občanská a komunita terapeutická. 1. vyd. Praha: Slon, 1997. ISBN 80-85850-45-1

Janík, Aloiz. Veřejnost a duševně nemocný. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-073-87

Kalina, Kamil. Drogy a drogové závislosti 2. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6

Marková, Eva. Venglářová, Martina. Babiaková, Mira. Psychiatrická ošetrovatelská péče. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247115-16

Matoušek, Oldřich. Ústavní péče. 1. vyd. Praha: Slon, 1995. ISBN 80-85850-08-7

Navrátil, Pavel. Úvod do teorií a metod sociální práce. 1. vyd. Brno: Národní centrum pro rodinu, 2000

Peč, Ondřej a kol. Situační analýza péče o duševně nemocné na území hl. m. Prahy. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2006

Časopisy:

Boš. Psychiatři rokovali v senátu. Zdravotnické noviny. 2004, č. 50

Lip. Transformace psychiatrie v ČR. Medicína po promoci. 2004, č. 5

Internetové zdroje:

Assertive Outreach. Humber Mental Health. [cit. 2. dubna 2007].

Dostupný z www: <<http://www.humber.nhs.uk/templa/Page.aspx?id=3703>>

Asociace komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví. [cit. 16. dubna 2008].

Dostupný z www: <

<http://www.muweb.cz/institute/asociace%5Fkomunitnich%5Fsluzeb/>>

Badger, Doug. Vaughan, Phillip. Planning to Meet the Needs of Offender With Mental Disorders in the United Kingdom. Psychiatric Services. [cit. 26. června 2007].

Dostupný z www:

<<http://www.psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/50/12/1624>>

Bašný, Zdeněk. Zásady správné léčby v psychiatrii v kontextu psychiatrických lůžek v ČR. Atestační práce. Praha: 2000. [cit. 4. července 2007].

Dostupný z www: <<http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=125> PDF>

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. [cit. 20. dubna 2008].

Dostupný z: <<http://www.cmhd.cz/vzdelavani.html>>

Černý, Michal. Záhada jménem schizofrenie. 21. století. 2003, č. 11. [cit. 2. května 2007].

Dostupný z www: <<http://www.21stoleti.cz/view.php?cisloclanku=2003112119>>

Crisis Resolution Team implementation. Commission for Health Improvement. [cit. 12. června 2007].

Dostupný z www:

<<http://www.chi.nhs.uk/Ratings/Trust/Indicator/IndicatorDescriptionShort.asp?IndicatorId=3562>>

Day hospital. Mental Health and Social Care Trust. [cit. 28. května 2007].

Dostupný z www:

<<http://www.cimhscaretrust.nhs.uk/pages/go.a?pageID=379&Path=4&Parent=477.0359&instance=386>>

Deklarace lidských práv a duševního zdraví. Rada světové federace pro duševní zdrav, 1989. [cit. 5. dubna 2008]. Dostupný z: <<http://www.capz.cz/dokumenty/>>

Deklarace práv duševně postižených lidí. Valné shromáždění OSN, 1971. [cit. 5. dubna 2008]. Dostupný z: <<http://www.capz.cz/dokumenty/>>

Divácká, Ilona. Historie vodoléčby v psychiatrii. Vodopád. [cit. 6. května 2007].

Dostupný z www: <<http://www.vodopad.cz/c11.htm>>

Chytka, Robert. Systemická terapie. Poradna pro zdravý životní styl. [cit. 26. května 2008].

Dostupný z www: <<http://www.poradna-brno.cz/systemicka-terapie/>>

Jarolímek, Martin. Antipsychiatrie včera a dnes. Literárky v síti. 2004, č.23. [cit.8. května 2007]. Dostupný z www: <http://www.literarky.cz/?p=archiv&text=170>

Kent, Andrew. Burns, Tom. Assertive community treatment in UK practice. Advances in Psychiatric Treatment. [11. června 2007].

Dostupný z www:

<<http://apt.rcpsych.org/cgi/content/full/11/6/388?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=history+of+community+care+mental+health&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>>

Koukal, Milan. Zrušíme psychiatrické léčebny?. 21. století. 2006, č. 6. [cit. 21. dubna 2007].

Dostupný z www: <<http://www.21stoleti.cz/view.php?cisloclanku=2006062308>>

Květnová deklarace, Česká asociace pro psychické zdraví, 2003. [cit. 2. dubna 2008].

Dostupný z:

<<http://www.capz.cz/dokumenty/>>

Libiger, Jan. Stigma duševního onemocnění. Psychiatrie. 2001, č. 1. [cit. 28. března 2008].

Dostupný z: <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/Obsah_f.htm>

Mental Health Act Online. [cit. 16. května 2007].

Dostupný z www: <<http://www.markwalton.net/guidemha/index.asp>>

Mental Health Befriending Service. [cit. 20. června 2007].

Dostupný z www: <http://www.nvs.org.uk/specialist_mh_befriend.php>

Mental health services failing. BBC News online network. [cit. 10. května 2008].

Dostupný z www: <<http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/5389864.stm>>

Mlýnková, Jana. Historie ošetřovatelství. Časopis moderního ošetřovatelství Florence. 2006, č. 4. [cit. 16. května 2007].

Dostupný z www: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=170>

National Health Trust. [cit. 12. května 2007]. Dostupný z www:
<<http://www.nhs.uk/aboutnhs/HowtheNHSworks/authoritiesandtrusts/Pages/authoritiesandtrusts.aspx>>

Novák, Jiří. Sociální firma jako nový model zaměstnávání znevýhodněných lidí na trhu práce [cit. 8. července 2007].
Dostupný z www:
<<http://www.socialnifirmy.cz/getdoc.php?id=246&sessid=a5b83f744e3913b7fc2b87ae1de9f7b3>>

Praško, Ján. Stigmatizace u „psychogenních poruch“. Psychiatrie. 2001. č. 1. [cit. 28. března 2008].
Dostupný z: <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/Obsah_f.htm>

Raboch, Jiří. Co s blázný mezi námi?. Newsletter o. s. občan. [cit. 10. 2. 2007].
Dostupný z www: <<http://www.sdruzeniobcan.cz/files/obcanviti2006-03.pdf>>

Ripová, Lucie. Ochrana práv občanů duševně nemocných. Český Helsinský Výbor. [cit. 25. srpna 2007].
Dostupný z www:
<<http://www.helcom.cz/view.php?cislocclanku=2004022604&PHPSESSID=a4a645f9c33862f2c6c335b48d4c399e>>

Říčan, Pavel. Stuchlík, Jan. Teorie case managementu. [cit. 1. června 2007].
Dostupný z www: <<http://socp.ff.cuni.cz/docs/inovace/teorie-CM.pdf>>

SOS Centrum. [cit. 20. dubna 2008].
Dostupný z:<http://www.soscentrum.cz/navazne_sluzby.htm>

Supported housing services fo People with Mental Health Problems. Centre for Housing Policy. [cit.2. dubna 2007].
Dostupné z www: <<http://www.york.ac.uk/chp/hsa/papers/spring03/omalley>>

Šupa, Jiří. Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“.
Podkladový materiál pro proces komunitního plánování sociálních služeb ve městě Brně. Brno: Asociace komunitních vzdělavatelů v sociální práci, 2006. [cit. 5. května 2008].
Dostupný z:
<http://74.125.39.104/search?q=cache:bGh47bDaLSMJ:www.domovypotrebnych.cz/main/docs/expertiza_odo.doc+komunitn%C3%AD+pr%C3%A1ce+hospitalizace&hl=cs&ct=clnk&cd=9&gl=cz&client=firefox-a>

The Mental Health Team. The royal College of Psychiatrist. [cit. 20. června 2007].

Dostupný z www:

<<http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinformation/thementalhealthteam.aspx>>

The origins of care in the community. BBC News online network. [cit. 4. května 2007].

Dostupný z www:

<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/background_briefings/politics_of_health/141204.stm>

The origins of community care. BBC News online network. [cit. 13. června 2007].

Dostupný z www: < <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/229517.stm>>

Třešňák, Petr. Starý dobrý Bém. Respekt. 2007, č. 48. [cit. 28. května 2008].

Dostupný z www: < <http://glosy.respekt.cz/Stary-dobry-Bem.html>>

WHO Regional Office for Europe. Basic statistic from the health for all (HFA) database. [cit. 1. června 2007].

Dostupný z www:

<<http://www.euro.who.int/mentalhealth/ctryinfo/HFAExtracts?Country=NET&CtryName=>>

autor neveden. Historické šokové metody v psychiatrii. Vodopád. [cit. 12. dubna 2007].

Dostupný z www:<<http://www.vodopad.cz/c31htm>>

autor neveden. Historické šokové metody v psychiatrii. Vodopád. [cit. 12. dubna 2007].

Dostupný z www:<<http://www.vodopad.cz/c31htm>>

autor neveden. Medicína. Risperidon: Analýza prvních tří let používaných v praxi.. [cit. 15. května 2008].

Dostupný z www: < http://www.zdrava-rodina.cz/med/med798/med798_20.htm>

autor neveden. Koncepce oboru psychiatrie. [cit. 2. května 2007].

Dostupný z www: <<http://www.cmhcd.cz/dokumenty/koncepce.pdf>>

autor neveden. Transformace oboru psychiatrie. Lékařské listy. [cit. 11. června 2007]

Dostupný z www: <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=158935>>

autor neveden. Program asertivní komunitní léčby. [cit. 10. června 2007].

Dostupný z www: <<http://socp.ff.cuni.cz/docs/inovace/pact.pdf>>

Zelená kniha, Komise Evropských společenství, 2005 [cit. 2. června 2007].

Dostupný z: < <http://www.capz.cz/dokumenty/>>