

CENTRA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ – ZPLNOMOCŇOVÁNÍ KLIENTŮ V PSYCHIATRICKÉ PRAXI?

Mental health centres – clients empowerment in the psychiatry practice?

Mgr. Martin Novák, Mgr. Lucia Ukropová

Fakulta sociálních studií, Katedra sociologie, Masarykova univerzita, Brno, CZ;
e-mail: ma.novak@zoho.com; l.ukropova@gmail.com

Psychoterapie. 12 (3), 178–189; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Článek se zaměřuje na několik modelů multidisciplinární komunitní péče o lidi s diagnózou závažného duševního onemocnění, které jsou významné v kontextu aktuálně probíhající reformy psychiatrické péče v České republice a zavádění center duševního zdraví. Těmito modely jsou: case management a psychosociální rehabilitace pojímané jako základní kameny komunitních služeb pro lidi se závažnými psychiatrickými diagnózami a dále FACT model a otevřený dialog jako specifické způsoby realizace případové práce. Text nabízí kritickou reflexi těchto přístupů na základě teoretické literatury a praktických zkušeností v komunitních terénních týmech prizmatem konceptu zotavení pojímaného jako hluboce osobní proces a nikoli jako pouhé zbavení se psychiatrických symptomů. Text zachycuje, jak se zmíněné přístupy v praxi vztahují k myšlenkám zotavení a především zmocnění osob s diagnózou vážného duševního onemocnění. Autoři textu pracují v komunitních terénních týmech jako psychologové a hlásí se k dialogickému přístupu.

Klíčová slova: Centrum duševního zdraví, zotavení, zmocnění, otevřený dialog, FACT model, case management

ABSTRACT

The article is focused on several models of multidisciplinary community-based care for people diagnosed with severe mental illness that are important within the current mental health care reform and mental health centers implementation in the Czech Republic. These models are case management and psychosocial rehabilitation conceived as basic elements of community care for people with severe mental illness and then FACT model and Open Dialogue as specific developments of the case management work. The text offers a critical reflection of these approaches bases on theoretical literature as well as authors' practical experience in community outreach teams. Authors are viewing the models by the prism of recovery conceived not only as psychiatric symptom remission but rather as a deeply personal and unique process. The text captures relations of the mentioned models to the ideas of recovery and especially empowerment of people diagnosed with severe mental illness. Both authors work as psychologists in community outreach services and endorse dialogic practice.

¹ Rádi bychom zde poděkovali anonymním recenzentům za cenné připomínky a podněty k textu.

Key words: Mental health centre, recovery, empowerment, Open Dialogue, FACT model, case management

ÚVOD

Péče o lidi s diagnózou závažného duševního onemocnění (SMI, od anglického *severe mental illness*) je v ČR tradičně především doménou psychiatrie, jakkoli v posledních patnácti letech došlo k intenzivnímu rozvoji mnoha sociálních a několika zdravotně-sociálních služeb pro pacienty po propuštění z psychiatrického zařízení, někdy fungujících i jako jistá alternativa vůči hospitalizacím pacientů (Raboch & Wenigová, 2012). Takové služby jsou klíčové pro oblast tzv. komunitní psychiatrie, jejímž záměrem je lokalizace péče co nejbližší přirozenému prostředí klientů. Pro jejich fungování je nicméně klíčová spolupráce sociálních služeb a zdravotnických zařízení, která dosud není samozřejmostí. Spolupráci služeb komplikuje legislativní oddělení zdravotní a sociální péče, které přináší problémy ohledně financování služeb, sdílení zodpovědnosti či ochrany osobních údajů (Janoušková, 2016; Winkler et al., 2016). Tuto situaci má změnit reforma psychiatrické péče, slibující na prvním místě systémovou změnu organizace jejího poskytování, tedy na prvním místě deinstitutionalizace – posun těžiště péče o lidi s diagnózou SMI od psychiatrických nemocnic směrem ke komunitním službám a primární psychiatrické péči. Měl by se tak snížit počet hospitalizací, a pokud k nim bude docházet, mělo by to být čím dál tím častěji na kratší dobu a spíše v rámci menších psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic, než v psychiatrických nemocnicích (MZČR, 2013).

Jako klíčový prvek plánované reorganizace vznikají v ČR od jara 2018 centra duševního zdraví (dále CDZ). Centrum duševního zdraví je v českém kontextu nový prvek, který poprvé přímo propojuje zdravotní a sociální péči jak z hlediska financování, tak z hlediska praxe a metodické podpory. CDZ jsou tvořena multidisciplinárními týmy zajišťujícími ambulantní i terénní sociálně-zdravotní péči. Součástí týmu má být psychiatr, klinický psycholog², sociální pracovníci, zdravotní sestry, peer pracovníci (lidé s vlastní zkušeností s diagnózou duševního onemocnění) a pracovní konzultanti. Centra by měla poskytovat lidem s diagnózou SMI přímou podporu v jejich domácím prostředí, ale i během hospitalizace, pokud je nutná (MZČR, 2016, 2017).³

V tomto článku předkládáme kritickou reflexi několika modelů zdravotně-sociální komunitní péče o lidi s diagnózou SMI.⁴

Zaměřujeme se především na modely péče, se kterými máme vlastní praktickou zkušenost a které jsou významné také v kontextu reformy psychiatrické péče v ČR. Psychosociální (někdy také psychia-

² V současnosti probíhá diskuse, o potřebné kvalifikaci jednotlivých odborností. Je například nejasné, zda psycholog bude muset mít atestaci v oboru klinická psychologie, případně také systematická psychoterapie, nebo bude stačit status psychologa ve zdravotnictví.

³ Mimo tuto reformu počítá se vznikem dalších multidisciplinárních komunitních týmů, například týmy zaměřené specificky na tzv. časnou intervenci (projekt Včasná Intervence u Závažných Duševních Onemocnění v ČR. Více informací na webu: <http://vizdom.cz>

⁴ Článek vzniká v kontextu dlouhodobého terénního výzkumu v jednom z nově vznikajících CDZ. Výzkum ze sociologické perspektivy mapuje proměňující se praxi multidisciplinárního komunitního týmu v souvislosti s reformou a postupným zaváděním CDZ.

trická) rehabilitace (Páv, Pomajzlová Pluhaříková, & Šťastná, 2017) a case management (Nepustil & Szotáková, 2013; Stuchlík, 2001) byly inspirací pro první sociální služby v ČR zaměřené na podporu lidí s diagnózou SMÍ a dodnes tvoří jakýsi základ pro uvažování nad podobou a fungováním takových služeb. Otevřený dialog (Olson, M., Seikkula, J. & Ziedonis, 2014; Seikkula & Arnkil, 2013) a FACT model (Firm et al., 2013; van Veldhuizen & Bähler, 2013), na které se zaměříme především, lze chápat jako specifické formy případové práce.

ZOTAVENÍ A ZMOCNĚNÍ V KONTEXTU DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Všechny zmíněné přístupy se vztahují k myšlence, že závažné duševní onemocnění nutně neznamená celoživotní zásadní omezení, kvůli kterému se člověk musí vzdát všech svých ambicí. Tato myšlenka se v devadesátých letech přetavila do hnutí uživatelů a přeživších psychiatrické péče (*users/survivors*), kteří se snažili přesvědčit odbornou veřejnost, že zotavení (*recovery*) ze závažného duševního onemocnění je možné. I pro řadu odborníků tak zotavení přestalo být chápáno jako definitivní zbavení se symptomů, ale začali jej chápat jako proces, ve kterém člověk znovu objevuje a následuje svou vlastní životní cestu bez ohledu na to, zda a jak často se u něj projevují příznaky spojované s konkrétním duševním onemocněním. William Anthony, který považuje takový koncept zotavení za vůdčí princip péče o duševní zdraví, jej definoval jako „hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný

život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu vlastního života tak, jak jedinec překonává závažný dopad duševního onemocnění“ (Anthony, 1993, s. 527).



**Martin
Novák**

Mgr. Vystudoval psychologii na Fakultě sociálních studií a v současné době pracuje v jednom z vznikajících center duševního zdraví. Z psychoterapeutických směrů ho nejvíce oslovily existenciální přístupy a daseinsanalýza, ve které absolvoval výcvik. Je členem Spolku Narativ a má také blízko k dialogické praxi. Vedle profese psychologa se věnuje etnografickému výzkumu probíhající reformy psychiatrické péče.

Autorky a autoři s vlastní zkušeností s psychiatrickou léčbou pak mnohdy zdůrazňují jako klíčový aspekt služeb zaměřených na zotavení podporu vlastní autonomie a aktérství. Patricia Deegan, která byla v devadesátých letech patrně nejvýraznější tvář hnutí *recovery*, chápe zmocnění jako znovunabytí práva na rozhodování o vlastním životě vedoucí ke zlepšení kvality života (Deegan, 1997). Může jít o zahrnutí do rozhodování o léčbě, plánování služeb, poskytování péče či výzkumu (Janoušková, 2016). Ve vztahu k pojmu *moci* lze zmocnění chápat jako zpochybňování dominantních mocenských vztahů v souladu s předpokladem, že *moc* je vztahové

povahy a vyznačuje se vytvářením možností rezistence vůči aktuálnímu vztahovému uspořádání (Foucault, 1999). Obecně vzato lze zmocnění chápat jako překonání pocitu bezmoci a tedy rozšíření možností vlastního jednání v dané situaci.

Z pohledu uživatelů je tedy v procesu zotavení zásadní mít možnost rozhodovat nebo alespoň spolu-rozhodovat o tom, co se s nimi bude dít (Coleman, 2011; Deegan, 1997). Možnost volby, sebe-determinace a zmocnění považují za základní hodnoty pro lidi se znevýhodněním obecně, včetně znevýhodnění spojeného s psychiatrickou diagnózou. Společné rozhodování o procesu léčby pak představuje klinickou praxi podporující právě tyto hodnoty (Deegan & Drake, 2006). Ron Coleman (2011), který má mnohaleté zkušenosti s prací peer konzultanta v britských centrech duševního zdraví i jiných službách, ve své dnes už klasické knize *Recovery: An Alien Concept* kritizuje běžné pojetí zotavení ve smyslu klinickém (zbavení se či zvládnutí symptomů) i sociálním (destigmatizace a začlenění se do běžných vztahů). Obojí vnímá především jako nástroje sociální kontroly, které mají člověka dovést k sociálně přijatelným způsobům fungování, spíše než k vlastnímu pocitu zdraví a životní spokojenosti. Stejně jako Deegan (1997, 2005) akcentuje namísto toho osobní rovinu, na které zotavení znamená pro každého jedinečný, svébytný proces.

Tato potřeba uživatelů služeb pro lidi s diagnózou SMI byla akceptována také stanoviskem Světové zdravotnické organizace (WHO, 2010), které upozorňuje na to, že uživatelé těchto služeb mnohdy narážejí na popírání vlastního aktérství (*disempowerment*) jak na celospolečenské

rovině, tak v těchto službách. V českém kontextu přichází s podobnou kritikou socioložka Miroslava Janoušková (2016), podle níž v procesu plánování reformy téměř nebyl přítomen diskurs zmocnění. Reformní strategie podle Janouškové oproti mezinárodním strategickým dokumentům dostatečně neakcentuje zotavení, ani autonomii a zmocnění lidí s diagnózou SMI, které pojímá spíše jako pasivní příjemce péče. Ve strategických dokumentech do roku 2016 a mezi aktéry na většině setkání pracovních skupin připravujících reformu našla Janoušková především diskursy, které akcentují ochranu, kontrolu a dohled, které staví uživatele do podřízené pozice s omezenou autonomií. Domníváme se přitom, že posilování aktérství osob s diagnózou SMI ve vztahu k vlastnímu životu, včetně možnosti aktivně se podílet na rozhodování o své léčbě, by mělo být klíčovou součástí snah o humanizaci psychiatrické péče, která je také jedním z deklarovaných cílů reformy (MZČR, 2013). Je ovšem třeba říci, že ačkoli reformní strategie s myšlenkou zmocnění ještě nepracuje, novější strategické dokumenty (MZČR, 2017 a, b) se již odvolávají na koncept zotavení coby součást filosofie CDZ a druhý z dokumentů uvádí jako jeden z principů péče v CDZ také zplnomocňování klientů.

PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE A CASE MANAGEMENT

Důraz na zotavení se objevuje také v modelech psychosociální rehabilitace a případového vedení, ke kterým se zdejší služby v oblasti zdravotně-sociální péče o duševní zdraví hlásí. Jde o přístupy, které

se v mnohém překrývají a psychosociální rehabilitace v praxi zpravidla zahrnuje případové vedení jako jeden ze svých nástrojů. Obecně vzato je cílem psychosociální rehabilitace pomáhat osobám s diagnózou SMI takovým způsobem, aby mohli co možná nejvíce využívat schopnosti, kterými disponují i navzdory své nemoci, a mohli dosahovat optimální existenční úroveň (Páv et al., 2017). Světová zdravotnická organizace definuje psychosociální rehabilitaci jako proces, který dává člověku příležitost dosáhnout optimální úrovně samostatného fungování ve společnosti. Zahrnuje jednak posílení schopností dotyčného jedince, jednak uplatnění změn v jeho okolním prostředí s cílem umožnit život v co nejvyšší možné kvalitě. Cílem je pak zajištění optimální úrovně fungování jednotlivců ve společnosti (WHO, 1996).

Případové vedení, neboli case management, je způsob práce, jehož záměrem je propojit systém služeb s jejich konkrétním příjemcem a koordinovat součásti tohoto systému tak, aby co nejefektivněji fungoval ve prospěch klienta. V case managementu jde mimo jiné o zajištění kontinuity péče a minimalizaci fragmentarizace systému, systémové rigidity a zneužívání zařízení či nedostupnosti některých služeb (Stuchlík, 2001). Komunitní služby v přímé práci s klienty také využívají praktické zásady case managementu: zaměření na silné stránky a vnitřní i vnější zdroje podpory, spíše než na psychopatologii, upřednostnění vztahu klienta a case managera před naplánovanými intervencemi, spoluvytváření intervencí především na základě klientova rozhodnutí, víru ve změnu a pokrok v učení se i při práci s klienty potýkajícími se s SMI, využívání běžných služeb v místní

komunitě klienta, spíše než služeb zaměřených na hendikepované osoby (Nepustil & Szotáková, 2013).

K tomuto způsobu práce však patří také asertivní intervence, které přicházejí na řadu v situacích, kdy se u klientů ve „zhoršeném psychickém stavu“ nelze spolehnout na to, že sami vyhledají pomoc (Stuchlík, 2001). V praxi to znamená například to, že tým oslovuje člověka na základě toho, že někdo v jeho okolí má za to, že tento člověk se chová nějakým způsobem zvláště či nepřiměřeně a mohl by být označen za duševně nemocného. Tímto okolím může být rodina či sousedi, ale také policie, městský úřad, bytové družstvo apod., nakonec klidně i úplně cizí člověk, který si zvláštního projevu mohl všimnout ve veřejném prostoru, včetně virtuálních sociálních sítí. Tým pak přichází za takovým člověkem bez ohledu na to, zda dotyčný bude stát o nějakou spolupráci.

Jednou byl například tým kontaktován ohledně muže, který žije v bytovém domě a podle sousedů některými svými aktivitami vytrvale narušuje soužití v domě. Sousedé měli kontakt na příbuzné muže, se kterými se on sám dlouhodobě téměř nestýká. Dozvěděli se, že se dotyčný v minulosti léčil na psychiatrii a společně s jeho příbuznými pak kontaktovali komunitní terénní tým. Ten se opakovaně pokusil muže zastihnout doma, což se nepodařilo, při několika návštěvách nebyl doma nebo neotevíral. Dvakrát se ale členům týmu podařilo zahlédnout se s mužem přes okno a pokynout na sebe. V návaznosti na to tým s mužem navázal emailovou komunikaci, ze které vyplynulo, že dotyčný nestojí o žádnou podporu, podle svých slov se o sebe dokáže postarat sám a zvažuje, že opakované nevyžádané návštěvy bude řešit

s policií. Podle sousedů se situace v domě po několika návštěvách týmu uklidnila, s příbuznými muž stále není v kontaktu. Přestože jeho rodina má za to, že by jej někdo měl přimět k hospitalizaci a následné léčbě, členky a členové týmu dospěli k závěru, že v tuto chvíli nebudou muže dále kontaktovat. Příběh je ale zatím otevřený. Poukazuje na všudypřítomné dilema spojené s asertivním kontaktováním. Na jedné straně zde stojí tým, který přejímá zodpovědnost za (potenciálního) klienta a neváhá činit rozhodnutí za něj ve snaze pomoci, na straně druhé však nestojí nutně zavržení asertivního přístupu. Zcela jistě je však z našeho pohledu potřebné, aby tým v takových situacích nepřestával reflektovat, co se právě teď se zodpovědností děje, přičemž má stále na paměti podporu člověka v jeho vlastním aktérství a schopnosti rozhodovat o svém životě.

FACT MODEL A OTEVŘENÝ DIALOG PERSPEKTIVOU ZMOCNĚNÍ KLIENTŮ

Pro česká CDZ není žádný konkrétní model praxe závazný a jejich týmy tak mají relativně volnou ruku v utváření své vlastní filosofie. FACT model se ovšem stal důležitou inspirací pro metodické dokumenty popisující činnost CDZ a řada českých služeb v oblasti sociální psychiatrie je jím výrazně ovlivněna. V rámci projektu na podporu FACT modelu v ČR⁵, jehož se účastnila většina organizací poskytujících komunitní služby pro lidi s diagnózou SMI v ČR, bylo sledováno 27 týmů, z nichž 26 by v roce 2018 v Nizozemí získalo certifikát (Stuchlík & Říčan, 2018, nepublikováno). Tento model nabízí propracovaný

organizační rámec pro multidisciplinární zdravotně-sociální komunitní služby, avšak oproti otevřenému dialogu (OD) postrádá konkrétní psychotherapeutické zaměření. Domníváme se, že jednou z možností, jak vhodně vyplnit organizační rámec tohoto modelu, může být právě OD. Ten sice také nabízí určitý model uspořádání komunitní péče, jeho primární rámec je však psychotherapeutický. Reprezentuje mimo jiné konkrétní terapeutický přístup, založený na práci s podpůrnou sítí klientů a respektu vůči jakékoli zkušenosti (Seikkula & Olson, 2003). Proto v současnosti v některých organizacích například v Nizozemí uvažují nad možnostmi naplnění organizačního rámce FACT modelu principy dialogické praxe (Boer & Goutsmits, 2018). Také týmy, kde pracujeme, se proto kromě FACT modelu hlásí k OD jako k důležitému zdroji inspirace pro svou práci.

Model FACT (flexibilní asertivní komunitní léčba) přímo navazuje na case management, se kterým zachází jako jednou z forem péče. Jedním z klíčových rysů FACT týmu je flexibilní přecházení mezi tzv. běžným a asertivním režimem péče. Stejný tým (i když ne nutně stejní členové a členky týmu na každém setkání) tak nabízí podporu klientovi jak v situaci, kdy se mu daří postupovat na cestě zotavení, tak v situaci, kdy se dostane do krize (což samozřejmě neznamená, že by krize byla vyjímána z procesu zotavení). Klienty, kteří aktuálně procházejí krizí, tým pravidelně navštěvuje a obecně jim věnuje větší pozornost (Veldhuizen & Bähler, 2013). Flexibilita je také jedním z principů OD – týmy pracující na jeho principech se setkávají s klienty a jejich blízkými tak často, jak je potřeba a tam, kde je potřeba. Kromě

⁵ Více informací na webu: <http://www.cmhd.cz/centrum/aktualni-projekty/podpora-fact-modelu/>

toho OD akcentuje také psychologickou kontinuitu a týmy se proto snaží zajistit, aby se konkrétní klient setkával po celou dobu léčby se stejnými lidmi (Seikkula & Arnkil, 2013). Oba přístupy považují za důležité nabídnout podporu v krizových situacích v co nejkratším možném čase.



Lucia
Ukropová

Mgr. Psycholožka a psychoterapeutka působící v multidisciplinárním terénním týmu v oblasti duševního zdraví. Zajímá se o sociálně-psychiatrickou péči a její modely fungování v jiných zemích (např.: Finsko, Nizozemí, USA). V terapeutické práci ji inspiruje dialogická a kolaborativní praxe a práce zapojující a vnímající tělo. Je členkou Spolku Narativ.

Oba modely sice vznikly v kontextu zdravotnictví, nicméně FACT v praxi klade větší důraz na autoritu lékařek a lékařů. Oproti tomu OD vychází mimo jiné z takzvaného neexpertního přístupu, který problematizuje paternalismus psychoterapie a pomáhajících profesí (Anderson & Gehart, 2007). Neexpertní přístup nahrazuje tradiční hierarchické pojetí vztahu odborníka a klienta myšlenkou, že klient je expertem na vlastní život, zatímco pomáhající odborník je expertem na rozvíjení konverzace či obecně procesu, který může vést ke změně. V otevřeném dialogu je tato myšlenka přetavena do praxe rodinných či

síťových setkání, jichž se účastní tým odborníků, označený pacient a jeho podpůrná sociální síť. Všichni společně zde rozhodují o všech náležitostech léčby včetně otázek, jako je farmakoterapie či hospitalizace, které tradičně podléhaly autoritě lékaře. Jedním z klíčových pravidel OD je, že o klientech se nikdy nemluví v jejich nepřítomnosti (Seikkula & Olson, 2003). FACT model sám o sobě neklade důraz na rodinná setkání, ačkoli je nijak nezavrhne a některé intervence se praxi otevřeného dialogu nápadně podobají (Nordén, Malm, & Norlander, 2012). Důležitým rysem FACT modelu je ovšem také systém týmových porad, kde se rozhoduje za nepřítomnosti klientů o tom, který z odborníků by se měl s daným klientem setkat, za jakým účelem apod. S jednotlivými odborníky se pak klienti často setkávají individuálně, třebaže se klade důraz na týmovou spolupráci, ta zde má být zajištěna mimo jiné propracovaným systémem sdílení informací.

Modely se tedy shodují v deklarovaném důrazu na proces zotavení přinejmenším v klinickém a sociálním smyslu. V praxi založené na FACT modelu se ovšem může dostat do konfliktu podpora osobní cesty zotavení s expertním přístupem týmu. Ačkoli tedy oba přístupy mají za cíl podpořit proces zotavení, OD se zdá být díky svým východiskům důslednější v podpoře autonomie a zmocnění lidí označených za duševně nemocné také tam, kde FACT klade větší důraz na autoritu (nejen) zdravotnických profesionálů. Z hlediska organizace péče je předchůdcem otevřeného dialogu tzv. potřebám přizpůsobený přístup (*need-adapted treatment*) (Räkköläinen, Lehtinen, & Alanen, 1991), který je založený na plánování léčebných

setkání přesně podle aktuálních a neustále se proměňujících potřeb klientů. Již zde je tedy zakotven důraz na osobní a autonomní cestu zotavení, tolik významnou z hlediska samotných uživatelů služeb.

AUTONOMIE KLIENTŮ A PRAXE DOHLEDU

Jak bylo výše naznačeno, strategické dokumenty postupně začínají poukazovat na důležitost zmocnění a autonomie uživatelů služeb. Byla například uznána nezastupitelná role peer pracovníků v poskytování péče. Přesto se však lze obávat, aby se CDZ nestalo jakousi prodlouženou rukou tradičních medicínských institucí, čímž by přejala některé rysy totální instituce, jako např. omezení soukromí a svobodného rozhodování (Goffman, 1961). Po reformě psychiatrické péče ve Velké Británii někteří autoři ukazovali, že podobně jako tradičním útlukům, se ani reformovaným akutním oddělením, nahrazujícím spolu s komunitními službami velká nemocniční zařízení, nedaří nabízet fakticky terapeutické a podpůrné prostředí (Quirk & Lelliott, 2001 dle Rogers & Pilgrim, 2014). Navíc, jak ukazuje Janoušková (2016) i naše vlastní praxe, mnozí uživatelé služeb přejímají medicínský diskurs, včetně jeho důsledků pro vlastní identitu pasivních příjemců péče, což se může dít stejně tak i v případě peer pracovníků.⁶

⁶ Peer pracovníci se někdy ocitají ve složité situaci, která je může vést k přejímání této pasivní role. Jakkoli jsou zpravidla považováni především za nositele myšlenek zotavení a naděje, že zotavení je možné, legitimita jejich působení v týmech je určována identifikací s rolí nemocného. Protože již samotná možnost pracovat může redukovat pocit vyloučení ze společnosti, může být pro peer pracovníky paradoxně o to složitější se posunout od identifikace s rolí nemocného k jiným životním rolím.

Proměna péče o lidi se závažným duševním onemocněním spojená s reformou psychiatrie může tedy být krokem k psychiatrické péči založené na emancipaci, rovnosti a zodpovědnosti, ale její důsledek za určitých okolností může být také přesně opačný. Goffmanovskou totální institucí, od níž chceme spolu s reformou směřovat, lze chápat také ve světle Foucaultovy analýzy dohledu jakožto panoptikon – prostor koncipovaný tak, že lidé uvnitř mohou být v kterýkoli okamžik sledováni a podrobeni zkoumání dozorcí, kteří se jako jediní mohou v tomto prostoru volně pohybovat (Foucault, 2000). Bauman (1999) a jasněji pak Bauman spolu s Lyonem (2013) analyzují proměnu forem dohledu v posledních desetiletích a říkají, že panoptikon je postupně nahrazován tzv. tekutým dohledem, který je mnohem hůře uchopitelný, protože překračuje hranice uzavřeného prostoru a může mu být vystaven de facto kdokoli v kterýkoli okamžik, aniž by o tom sám vůbec věděl. Díky digitálním technologiím, které většina lidí dobrovolně využívá, je v současnosti možné sledovat obrovské množství lidí, aniž by si kdokoli vůbec všiml, že je sledován. Podobným způsobem uvažuje italský filosof Giorgio Agamben (2003) už v devadesátých letech 20. století o tom, že „nový biopolitický nomos naší planety,“ který se zde koncem dvacátého století usadil, je *tábor*. Jeho pojetí tábora vyvstává z analýzy koncentračních, ale také uprchlických táborů. V obou případech je řeč o prostorech vymezených pro lidi zbavené de facto jakýchkoli práv, které zároveň nesou signifikantní rysy totálních institucí. Agamben se však snaží uchopit nejen tábor jakožto konkrétní prostor, ale také tábor jakožto určitou figuru politického myšlení. V návaznosti na Agambena uva-

žuje psychiatr Theodor Megaloeconomou (2017) o psychiatrické nemocnici jako o místě, kde začal platit „trvalý výjimečný stav“ umožňující personálu takřka neomezené právo rozhodovat o životech pacientů (srov. také Cummins, 2018).

Podobně jako zmínění autoři uvažují nad proměnou strategií dohledu, resp. nad posunem určitého způsobu organizace místa k organizaci politického uvažování, lze přemýšlet také nad proměnami systému péče o lidi označené za duševně nemocné. Reformované komunitní služby, jak bylo výše naznačeno, mají totiž pracovat také asertivními postupy, kde se otázka dohledu stává explicitní. Například Stuen a její kolegové, v Norsku zkoumali, jak vnímají asertivní komunitní péči pacienti v nařízené komunitní péči. Část pacientů oceňovala podporující vztahy s týmem, ale část pacientů vnímala jeho aktivitu především jako nástroj sociální kontroly (Stuen, Rugkåsa, Landheim, & Wynn, 2015). Podobné dilema dokládá také příběh vyslechnutý na psychiatrické konferenci. Sestra z psychiatrické ambulance mluví o spolupráci se vznikajícím týmem CDZ. Pacient, který běžně chodí na kontroly a vyzvedává si léky, jednoho dne nepřišel. Za normálních okolností by se ambulance pokusila kontaktovat jej přes jeho rodinu nebo známé, k čemuž má ale velmi omezené možnosti. Tentokrát proto oslovili nově vzniklý terénní tým, aby jim pomohl situaci řešit. Tým navštívil pacienta v domácnosti. Ukázalo se, že se neděje nic extrémně závažného, ale pacient situaci vnímal tak, že když nedorazil na kontrolu, z ambulance *na něj* poslali terénní tým, aby jej *zkontroloval*. Sestra popisuje výsledek jako zásadní narušení důvěry mezi ambulancí a pacientem.

Zdá se tedy, že v případě asertivního kontaktování může komunitní tým působit jako disciplinační prvek, který má dotyčného usměrnit, aniž by ale musel být nutně hospitalizován. V takových situacích tedy tým potenciálně reprodukuje praxi, kterou Foucault (1993) rozpoznal již v případě útlků začátku devatenáctého století. Záleží zde ovšem na tom, zda tým přichází proto, aby dohlížel, kontroloval a disciplinoval, nebo je to, co se jeví jako dohled, kontrola a disciplinace, spíše vedlejším důsledkem snahy týmu o podporu procesu zotavení.

ZÁVĚR

Výše jsme představili několik modelů péče, které jsou relevantní pro komunitní psychiatrii a její další směřování v ČR. Zabývali jsme se přístupy psychosociální rehabilitace, případového vedení, modelem FACT a otevřeným dialogem. Psychosociální rehabilitaci a případové vedení chápeme jako významně se překrývající přístupy, které jsou v modelech FACT a OD dále rozpracovány. Perspektivou konceptu zotavení a především zmocnění lidí s diagnózou SMI jsme promýšleli dva posledně jmenované přístupy, které považujeme za významné v kontextu probíhající reformy psychiatrické péče v ČR a zavádění center duševního zdraví. Domníváme se, že zabývat se zmocněním, posilováním aktérství a zodpovědnosti osob s diagnózou SMI je jednou z možností, jak se v praxi vyvarovat některým hrozbám, které s sebou přináší projekt reformy psychiatrické péče. Vnímáme například závažné riziko, že některé způsoby praxe zpochybňující lidská a občanská práva osob s diagnózou SMI se pouze přesunou z uzavřeného prostoru velkých psychiatrických nemocnic

do otevřeného prostoru komunitní péče. Takovou praxi ovšem nevnímáme jako inherentní zdravotnickým institucím. V komunitních službách se také snadno může dít, že myšlenka zotavení je přijata pouze formálně, jako jeden z moderních nástrojů, které tým zahrne do své praxe za účelem větší efektivity a/nebo jednoduše proto, že se v současnosti sluší a patří, aby se služby pro lidi s diagnózou SMI přihlásily k myšlenkám hnutí recovery.⁷

Aktuálně v ČR probíhá pilotní fáze zavádění CDZ, způsob fungování několika prvních center se má stát východiskem pro systematizaci těchto služeb do budoucna. Je proto klíčové, na jakých hodnotách bude vystavena praxe těchto prvních týmů. Za jednu z možností, kudy se vznikající týmy mohou ubírat, považujeme naplnění organizačního rámce FACT, se kterým pracuje česká reforma, dialogickými principy. Zcela jistě to není jediná možnost, nicméně vzhledem k tomu, že otevřený dialog akcentuje psychoterapeutické nastavení komunitních služeb a hodnoty spojené se zotavením jsou mu, podle našeho názoru, inherentní, vnímáme snahy o jeho propojení s modelem FACT jako velice inspirativní. Máme za to, že FACT model umožňuje brát osobní zotavení klientů vážně, nicméně v některých případech může podpora zotavení narážet na jiné principy, přičemž FACT model sám o sobě nedisponuje žádným nástrojem pro reflexi takové situace. Například v situacích asertivního kontaktování se tým ocitá

v nejistotě, v níž je potřeba neustále individuální i týmové rozvažování, zda je právě teď potřeba převzít zodpovědnost a realizovat intervence, o které klient nemá zájem, nebo se dějí proti jeho vůli. Otevřený dialog rozšiřuje možnosti, jak nad takovými situacemi v týmu uvažovat. Obecně považujeme dialogickou praxi za jednu z možností, jak vhodně obohatit organizační rámec modelu FACT o psychoterapeutické zaměření, které sem díky svému filosofickému a etickému pozadí přináší také důraz na společné rozhodování a vůbec na posilování aktérství uživatelů péče.

Záměrem tohoto textu pak v žádném případě není zavrhnout myšlenku center duševního zdraví ani reformu psychiatrické péče obecně. Naopak chceme přispět k diskusi o tom, jaké formy praxe mohou být v procesu reformy hodnotné a přispívat k dosažení jejích cílů, přičemž se zde zaměřujeme především na deklarovanou snahu o „humanizaci“ psychiatrické péče (MZČR 2013). V tomto kontextu se také zdá důležité upozornit na to, že reforma vede ke sblížení dvou donedávna oddělených kultur organizace i péče. To je proces, který byl s velkými nadějemi dlouho očekáván, jak na straně sociálních služeb, tak v rámci zdravotnictví, je ovšem pochopitelné, že s sebou přináší také řadu obav a komplikací. Sami se v tomto poli nacházíme především na straně sociálních služeb, což možná dává určitý tvar také obavám, kterým se věnujeme v tomto textu. Uvědomujeme si, že jiný typ obav někdy artikulují zdravotničtí profesionálové. Domníváme se ale, že perspektiva, kterou navrhuje, nevyklučuje žádnou stranu z diskuse, protože se vztahuje k hodnotám, které předcházejí ono rozdělení na lékařskou a sociální péči.

⁷ Na tento rozpor komunitních službách i jinde (nikoli přímo v souvislosti s FACT modelem), trefně upozorňují aktivistky a aktivisté z britského hnutí Recovery in the Bin, jejichž cílem je vrátit definici zotavení do rukou těm, kdo po této cestě kráčí. Více informací na webu: <https://recoveryinthebin.org/>

LITERATURA

- Agamben, G. (2003). *Prostředky bez účelu: poznámky o politice*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Anderson, H. & Gehart, D. (2007). *Collaborative Therapy: Relationships And Conversations That Make a Difference*. New York: Routledge.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Bauman, Z. (1999). *Globalizace: důsledky pro člověka*. Praha: Mladá fronta.
- Bauman, Z. & Lyon, D. (2013). *Tekutý dohled*. Olomouc: Broken Books.
- Boer, M. de, & Goutsmits, C. (2018). From FACT to POD: a practical journey. In *Mezinárodní kolaborativní a dialogické sympózi- um Horizonty 2018*. Ostrava.
- Coleman, R. (2011). *Recovery : an Alien Concept?* (E. Longden, Ed.). Handsell Publications.
- Cummins, I. (2018). Putting Diagnosis Into Brackets: Franco Basaglia, Radical Psychiatry, and Contemporary Mental Health Services. *Illness, Crisis & Loss*, July. <https://doi.org/10.1177/1054137316659206>
- Deegan, P. E. (1997). Recovery and Empowerment for People with Psychiatric Disabilities. *Social Work in Health Care*, 25(3), 11–24. https://doi.org/10.1300/J010v25n03_02
- Deegan, P. E. (2005). The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health, Supplement*, 33(66), 29–35. <https://doi.org/10.1080/14034950510033345>
- Deegan, P. E. & Drake, R. E. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57(11), 1636–1639. Retrieved from <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdfplus/10.1176/ps.2006.57.11.1636>
- Firm, M., Hindhaugh, K., Hubbeling, D., Davies, G., Jones, B. & White, S. J. (2013). A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(6), 997–1003. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0602-x>
- Foucault, M. (1993). *Dějiny šílenství v době osvícenství: Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Lidové noviny.
- Foucault, M. (1999). *Dějiny sexuality. I. Vůle k věděni*. Praha: Herrmann & synové.
- Foucault, M. (2000). *Dohlžet a trestat: Kniha o zrodu vězení*. Praha: Dauphin.
- Janoušková, M. (2016). *Active participants or passive patients? Representation of problems in Czech mental health policy and their effects on the subjectification of people with mental illness*. Brno: Masarykova univerzita.
- Megaloeconomou, T. (2017). Institucionální násilí a stavy „nezbytnosti“. In L. Toresini & R. Mezzina (Eds.), *Za zdmi: Deinstitutionalizace v evropských příkladech dobré praxe*. Praha: Fokus Praha.
- MZČR (2013). Strategie reformy psychiatrické péče. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
- MZČR (2016). Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ). Věstník MZ č. 5/2016. Staženo 10. 1. 2017 z <http://www.cmhd.cz/centrum/aktuality/standard-pece-center-dusevniho-zdravi/>
- MZČR (2017 a). Malý průvodce reformou psychiatrické péče. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Staženo 1. 9. 2018 http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf
- MZČR (2017 b). Základní principy péče poskytované v CDZ. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Staženo 1. 9. 2018 z <http://www.reformapsychiatrie.cz/2016/12/19/zakladni-principy-pece-poskytovane-v-cdz/>
- Nepustil, P. & Szotáková, M. (Eds.). (2013). *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek: Metodická příručka*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- Nordén, T., Malm, U. & Norlander, T. (2012). Resource Group Assertive Community Treat-

- ment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 8, 144–151. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010144>
- Olson, M., Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014). the Key Elements of Dialogic Practice in Open Dialogue : Fidelity Criteria. *University of Massachusetts Medical School*, 1–33. Retrieved from <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/%0Ahttp://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>
- Páy, M. M., Pomajzlová Pluhařiková, J. & Štátná, J. (2017). Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici. *Psychiatrie pro Praxi*, 18(2), 69–74.
- Raboč, J. & Wenigová, B. (2012). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Praha: Česká psychiatrická společnost. <https://doi.org/10.15713/ins.mmj.3>
- Räkköläinen, V., Lehtinen, K. & Alanen, Y. O. (1991). Need-adapted treatment of schizophrenic processes: The essential role of family-centered therapy meetings. *Contemporary Family Therapy*, 13(6), 573–582. <https://doi.org/10.1007/BF00890594>
- Rogers, A. & Pilgrim, D. (2014). *A sociology of mental health and illness. Fifth edition*.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2013). *Otevřená dialogy: setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Brno: Narativ.
- Seikkula, J. & Olson, M. E. (2003). The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics. *Family Process*, 43(3), 403–418.
- Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba & Case Mangement*. Praha: Fokus Praha.
- Stuchlík, J. & Říčan, P. (2018). *FACT v ČR: Blízkost holandskému modelu v praxi komunitních služeb*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- Stuen, H. K., Rugkåsa, J., Landheim, A. & Wynn, R. (2015). Increased influence and collaboration: A qualitative study of patients' experiences of community treatment orders within an assertive community treatment setting. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1083-x>
- van Veldhuizen, J. R. & Bähler, M. (2013). Flexible Assertive Community Treatment (FACT) Manual – Vision, Model, Practice and Organisation, 69. Retrieved from <http://www.caof.org/factmanual.pdf>
- Veldhuizen, J. R. van, & Bähler, M. (2013). *Manual Flexible Assertive Community Treatment (FACT)*. Groningen: Certification Centre for ACT and FACT.
- WHO. (1996). Psychosocial rehabilitation: a consensus statement. Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/60630>
- WHO. (2010). User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe. *WHO Regional Office for Europe*, 1–13. <https://doi.org/10.2196/jmir.2791>
- Winkler, J., Zelenková, I., Vander, J., Žižlavský, M., Šupa, J. & Winklerová, L. (2016). *Analýza potřebnosti rozvoje sociálních služeb v Brně pro osoby s duševním onemocněním*. Brno: Magistrát města Brna, Masarykova univerzita.

Došlo do redakce a přijato k recenzním řízením 4. 9. 2018. Revidované znění došlo 1. 11. 2018, k publikaci přijato 8. 11. 2018.