

**UNIVERZITA KARLOVA**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

**Diplomová práce**

**2017**

**Bc. Lenka Kondorová**

**UNIVERZITA KARLOVA**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

**Bc. Lenka Kondorová**

**Kam směřuje česká politika duševního  
zdraví?**

*Diplomová práce*

Praha 2017

Autor práce: **Bc. Lenka Kondorová**

Vedoucí práce: **MUDr. Petr Háva, CSc.**

Rok obhajoby: **2017**

## **Bibliografický záznam**

KONDOROVÁ, Lenka. *Kam směřuje česká politika duševního zdraví?* Praha, 2017. 147 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra veřejné a zdravotní politiky. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Háva, CSc.

## **Abstrakt**

Tato práce se zabývá českými a mezinárodními ideovými východisky uplatněnými ve „Strategii reformy psychiatrické péče“ vydané v roce 2013 Ministerstvem zdravotnictví ČR. Hlavním východiskem této práce je skutečnost, že péče o lidi s duševním onemocněním je v českém i mezinárodním prostředí orientována na biologickou léčbu pacienta pomocí farmakoterapie a že je zde deficit v oblasti psychosociální léčby. Mezinárodní i česká politika se snaží prosazovat bio-psycho-sociální přístup k péči o pacienta. Ovšem současná psychiatrie se stále žene za prováděním klinických výzkumů zaměřených na účinnost psychofarmak. Tyto výzkumy jsou poháněny a sponzorovány hlavně farmaceutickým průmyslem. Mezinárodní i česká politika ovšem stále není schopna dostatečně reflektovat tuto situaci uvnitř oboru psychiatrie. Česká republika doposud nevěnovala oblasti duševního zdraví takovou pozornost a spíše zaostávala v této oblasti za ostatními vyspělými zeměmi. Empirická část výzkumu je rozdělena do dvou částí. První část výzkumu je zaměřena na česká a mezinárodní ideová východiska uplatněná ve „Strategii reformy psychiatrické péče“ Ministerstva zdravotnictví z roku 2013. Zde je uplatněno několik metod – obsahová (kvalitativní) analýza, tematická analýza a kritická diskursivní analýza. Jako teoretický rámec je zde uplatněn historický institucionalismus. Druhá část výzkumu se zabývá zkušenostmi pacienta s duševním onemocněním s psychiatrickou péčí v České republice. Zde byl proveden biografický výzkum. Výsledky výzkumu ukázaly, že oproti mezinárodnímu diskursu je politika duševního zdraví v ČR redukována na oblast psychiatrické péče.

## **Abstract**

This thesis deals with the Czech and international ideas applied in the "Strategy of Reform of Psychiatric Care" issued in 2013 by the Ministry of Health of the Czech Republic. The main starting point of this work is the fact that the care of people with mental illness in Czech and international environment is oriented on the biological treatment of the patient with psycho-pharmaceuticals and that there is a deficit in the area of psychosocial treatment. International and Czech mental health policy seeks to promote a bio-psycho-social approach to patient's care. However, current psychiatry continues to be involved in conducting clinical research focused on the efficiency of psycho-pharmaceuticals. These studies are driven and sponsored mainly by the pharmaceutical industry. But international and Czech policies are still not able to adequately reflect this situation within the field of psychiatry. The Czech Republic has not so far paid attention to mental health issues and has lagged behind the other developed countries in this area. The empirical part of this work is divided into two parts. The first part of the research focuses on the Czech and international ideas applied in the "Strategy of Reform of Psychiatric Care" issued in 2013 by Ministry of Health. The methods used here are - content (qualitative) analysis, thematic analysis and critical discourse analysis. Historical institutionalism is used as a theoretical framework. The second part of the research deals with the experience of mentally ill patients with psychiatric care in the Czech Republic. The biographical research has been done here. The results of the research showed that if compared to the international discourse, mental health policy in the Czech Republic is reduced to the area of psychiatric care.

## **Klíčová slova**

Politika duševního zdraví, reforma psychiatrické péče, strategie, bio-psycho-sociální model, systém péče o duševní zdraví, duševní zdraví,

## **Keywords**

Mental health policy, reform of psychiatric care, strategy, bio-psycho-social model, mental health care system, mental health,

## **Rozsah práce:**

Počet znaků s mezerami 249 142 (bez anotace a příloh)

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 19. 05. 2017

Bc. Lenka Kondorová

# Institut sociologických studií

## Teze diplomové práce

**Jméno studenta/studentky:** Bc. Lenka Kondorová

**Název v jazyce práce:** Stigmatizace pacientů s duševním onemocněním

**Název v anglickém jazyce:** Stigmatization of patients with mental illness

**Klíčová slova:** stigmatizace, systémová stigmatizace, duševní onemocnění,

**Klíčová slova anglicky:** stigmatization, structural stigmatization, mental illness

**Akademický rok vypsání:** 2016

**Jazyk práce:** čeština

**Typ práce:** diplomová práce

**Ústav:** Katedra veřejné a sociální politiky

**Vedoucí / školitel:** MUDr. Petr Háva, CSc.

**Obor práce:** Veřejná a sociální politika

### **Teze diplomové práce (výzkumný projekt):**

#### **A. vymezení výzkumného problému,**

V Evropské unii narůstá počet lidí s psychickými problémy. Dle odhadů trpí v Evropské unii psychickými poruchami něco kolem 50 milionů lidí (asi 11 % celkové populace). V některých evropských zemích představuje deprese nejčastější zdravotní problém a sebevražda je jednou z nejčastějších příčin smrti. (WHO 2001) Dle odhadů Světové zdravotnické organizace (WHO) budou v roce 2020 psychické problémy představovat nejčastější příčinu pracovní neschopnosti (WHO 2001) Tento trend je způsoben mnoha faktory. Lidé v současné době jsou vystaveni mnoha stresům, rizikům a nejistotám (Kožená 2009).

Lidé s duševními nemocemi mají situaci mnohdy ztíženou nejen negativními projevy nemoci, ale rovněž musí čelit mnoha bariérám a překážkám způsobenými předsudky a stereotypy o lidech s duševními nemocemi ve společnosti. Problém stigmatizace je velmi rozsáhlý a má mnoho nežádoucích efektů (Corrigan a Watson 2002). Stigmatizace je proces, při kterém dochází k sociálnímu vyloučení jistých skupin lidí (Corrigan 2004). V rámci tohoto procesu dochází k tomu, že jistá skupina je vnímaná jako odlišná od toho, co je považováno za „normu“ v dané společnosti. Již historicky do této skupiny patří lidé s mentálním postižením, v knize „Dějiny šílenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby“ Michel Foucaulta (1994) popisuje, jak lidé považováni za „blázny“,

„pomatené hlavy“ byly trestáni, zesměšňováni, vyháněni nebo zavíráni do blázinců. Lidé s duševním onemocněním se tak potýkají s problémy při hledání zaměstnání, bydlení, ale i v přístupu ke zdravotním a sociálním službám (Corrigan a Watson 2002; Thornicroft 2011)

Stigmatizace osob s duševním onemocněním mnohdy vychází ze samotné podstaty fungování systému péče o duševně nemocné v dané společnosti. Tento druh stigmatizace se nazývá *systémová stigmatizace*. Teorie systémové stigmatizace se dívá na její proces skrze kulturu společnosti. Strukturální stigmatizace je evidentní v tom, jakým způsobem fungují zákony, sociální služby a soudní systém v daném státě a rovněž jakým způsobem jsou alokovány zdroje ve společnosti. (Corrigan a Watson 2002) Například v České republice můžeme vidět, že psychiatrie je značně finančně podhodnocena.

V roce 2014 proběhlo pracovní setkání ohledně stavu péče o duševní zdraví v ČR. Zpráva z tohoto setkání (Muijen 2014) přinesla taková zjištění, že péče o duševní zdraví v ČR je značně fragmentovaná, jednotlivé složky spolu nedostatečně komunikují. Spolupráce mezi soukromým ambulantním sektorem a psychiatrickými nemocnicemi zcela nefunguje. Rezervy jsou shledávány i v oblasti rané intervence a při tvorbě léčebného plánu. Dále jsou mnohé nedostatky viděny i v oblasti primární péče, kdy praktičtí lékaři jsou schopni pracovat pouze s lehčími formami duševních nemocí, v případě těžších poruch tak dochází mnohdy k ne-často nutné hospitalizaci. (Muijen 2014)

V rámci systémové stigmatizace jde v celku o to, jak proces léčby přispívá ke vzniku a šíření stigmatizace u osob s duševním onemocněním (Bodnár 2009). Ukazuje se (Mason et al. 2001), že systém zdravotní psychiatrické péče je mnohdy spíše zaměřen více na léčbu příznaků duševní nemoci a až v druhé řadě se snaží hledat preventivní opatření, tedy léčbu příčin nemoci. Mnohé tyto jevy poukazují na problémy či nedostatky systému zdravotní, popřípadě psychiatrické péče.

Zdrojem systémové stigmatizace bývají psychiatři, lékaři a sociální pracovníci. Problém je v tom, že se paradoxně jedná o lidi, jež stojí za léčbou pacientů s duševním onemocněním a u nichž je rovněž častý styk s těmito osobami. (Overton 2008)

Overton et al. (2008) se ve své přehledové studii na téma stigmatizace zabývá negativními postoji poskytovatelů odborné péče k lidem s duševním onemocněním. Jejich negativní postoje mají za následek vytvoření jistých bariér pro lidi s duševním onemocněním u přístupu k odborné péči. Především za to může strach ze stigmatizace. Bylo zjištěno, že mnohdy méně než 30 % lidí s duševní poruchou ve skutečnosti vyhledá



pomoc a přibližně 40 % lidí se závažnou duševní nemocí selhalo při své pokusu o vyhledání pomoci. Přičemž se ukazuje, že u těch, kterým se podařilo vyhledat pomoc, tak stigma značně ovlivňuje efektivitu jejich léčby. Často se setkávají s velmi nízkou podporou, jak už od poskytovatelů zdravotní péče, tak od rodinných příslušníků a přátel. (Overton et al. 2008)

Thornicroft (2011) poukazuje na to, že dospělí, u kterých se projeví duševní onemocnění, velmi dlouhou dobu prodlévají, než vyhledají odbornou péči. V průměru trvá lidem, než vyhledají pomoc, až 8 let v případě poruch nálady a 10 let v případě úzkostných poruch. Otázkou samozřejmě zůstává, kam se tedy lidé obrací pro pomoc. To zjišťoval jeden americký průzkum, který dospěl k takovým výsledkům, že léčba byla poskytnuta pouze zhruba třetině osob, u kterých se v předchozím roce objevila duševní porucha, z toho 12 % našlo pomoc u psychiatra, 16 % u nepsychiatrického specialisty na duševní onemocnění, 23 % u praktického lékaře, 8 % u profesionálního poskytovatele sociálních služeb a 7 % u poskytovatele komplementární a alternativní medicíny. Výzkum se zabýval i tím, do jaké míry byla poskytnutá péče adekvátní: V případě specialistů v péči o duševní zdraví byla poskytnuta adekvátní péče ve zhruba polovině případů, v oblasti primární péče to bylo pouze u 13 % pacientů. Mnohdy záleželo na tom, z jaké sociální vrstvy dotyčný pocházel. Stále se ukazuje, že poměrně velké procento lidí odbornou pomoc nevyhledá. Příčiny mohou být různé. Buď si nechtějí přiznat, že trpí nějakou nemocí, nechtějí před ostatními lidmi vypadat „jako blázni“. Nebo se domnívají, že mu nebudou schopni pomoci a neporozumí jejich problému. (Thornicroft 2011)

Studie (Corrigan a Watson 2002) ukazují, že profesionální poskytovatelé zdravotní a sociální péče jsou stejně zatíženi stereotypy a předsudky o lidech s duševním onemocněním jako celková populace. Postoje poskytovatelů zdravotní a sociální péče k lidem s duševním zdravím mohou zvětšovat a umocňovat stigma o těchto lidech. To může mít za následek vytváření dalších bariér v přístupu k léčbě. Už historicky je to dáno tím, jak psychiatři o svých pacientech hovoří. Velmi často považují své pacienty za nekompetentní. Studie (Cook, Jonikas a Razzano 1995) zjistila, že široká veřejnost je mnohem optimističtější v názoru, že lidé s duševním onemocněním jsou schopni se uzdravit, než profesionální poskytovatelé zdravotní a sociální péče. To může být za prvé dáno jejich osobními profesními zkušenostmi a za druhé přetrvávajícími postoji jejich kolegů a přístupem jejich praxe a profese. Tyto negativní postoje se pak mohou ale velmi snadno přenést na pacienta a jeho blízké, kteří tak ztratí víru v uzdravení. Přičemž

nejčastějšími emocemi ze strany profesionálních poskytovatelů zdravotní a sociální péče k lidem s duševními nemocemi jsou strach, nelibost, nedbalost a hněv. (Overton 2008)

Thornicroft (2011) uvádí, že lidé s duševním onemocněním jsou často nespokojeni s přístupem personálu ve zdravotních službách. Na jednu stranu jim pomohli s jejich problémem, ale bohužel u nich nenalezli porozumění. Lidé s duševním onemocněním velmi často mívají pocit, že se s nimi jedná příliš blahosklonně. Často také paradoxně hodnotí personál ve zdravotních službách jako jednu z nejvíce stigmatizujících skupin, s níž mají zkušenost. Toto je poměrně ošemetná situace, neboť by to měli být právě lékaři a psychiatři, kteří budou schopni těmto lidem porozumět a nabídnout jim adekvátní odbornou pomoc.

Bariéry v přístupu k odborné péči jsou dány i nedostatkem informací o duševních nemocech. Hlavním zdrojem informací stále zůstávají média. Ta představují další oblast, skrz kterou proniká systémová stigmatizace. Média značně přispívají ke strukturální stigmatizaci lidí, neboť zobrazují lidi s duševními nemocemi jako labilní, agresivní, nepředvídatelné osoby, které jsou nebezpečné. (Overton 2008)

Faktory, jež vedou k vytváření a zvěšování bariér a překážek k přístupu k péči, mohou být dle Thornicrofta (2011: 114) popsány a rozlišeny následovně: sociokulturní (přesvědčení o zdraví a nedůvěra v profesionální služby), systémové (nedostatek kulturně kompetentních postupů v oblasti služeb péče o duševní zdraví), ekonomické (úhrada zdravotní péče) nebo individuální bariéry (popření problémů s duševním zdravím).

V roce 2015 realizovalo „Dobré místo“ v rámci projektu Informační aktivity, jenž byl podpořen z Norských fondů, dotazníkové šetření mezi 130 lidmi s duševními nemocemi v ČR. Výzkum se zaměřoval rovněž na vztah pacienta s duševní poruchou k současné psychiatrické péči. Zjištění výzkumu ukázalo, že 60 % lidí během hledání optimální léčby jejich nemoci spolupracovalo s lékařem, který k nim byl vstřícný. Ne nedostatek informací a na přístup lékaře si stěžovalo přibližně 25 % lidí a 18 % uvedlo, že lékař nezohlednil jejich požadavky. Výzkum se zabýval i pobytem v psychiatrické léčebně. Pro velké množství lidí (44%) představuje pobyt v psychiatrické léčebně negativní zkušenost. Přesto asi 60 % lidí uvedlo, že jsou rádi, že jim tam pomohli. Nejvíce si lidé stěžovali na nedostatek času, který jim lékař věnoval (42 %). Na dlouhé čekání u lékaře si stěžovalo 29 % a na nedostupnost 11 % lidí. Poměrně vážným zjištěním je, že

až téměř 40 % vyjádřilo nespokojenost s chováním lékařů a zdravotnického personálu a dále s nerespektováním lidské důstojnosti<sup>1</sup>.

**Výzkumným problémem** této práce je neefektivně nastavený a fungující systém psychiatrické péče v České republice, který vede k systémové stigmatizaci osob s duševními nemocemi. Péče o lidi s duševním onemocněním není orientovaná na zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním.

Výzkumným problémem této diplomové práce je stigmatizace působící a vedené ze strany psychiatrů, jež narušují vztah a důvěru lidí s duševními nemocemi k psychiatrům či dalším profesionálním poskytovatelům psychiatrické péče. To má za následek vytváření bariér mezi osobou s duševním onemocněním a systémem psychiatrické péče.

## **B. Cíle diplomové práce** (jejich přímá souvislost s formulovaným výzkumným problémem)

1) Cílem této diplomové práce je zjistit, jakým způsobem funguje vztah mezi osobou s duševním onemocněním a poskytovatelem odborné péče.

2) Cílem této diplomové práce je prozkoumat vztah pacienta s duševním onemocněním k lékařům, psychiatrům a celkovému systému duševní péče, zjistit zkušenosti lidí s duševními nemocemi s poskytnutou péčí a přístupem lékařů

3) Cílem této diplomové práce bude prozkoumat vztah psychiatrů/lékařů k lidem s duševním onemocněním.

## **C. Výzkumné otázky**

1. Jakým způsobem se jedinec s duševním onemocněním pohybuje v systému české psychiatrické péče (nebo v ČR)? (patient pathway)
2. Jakým způsobem jedinec s duševní nemocí vyhledává pomoc?
3. Jaké možnosti léčby a pomoci byly jedinci nabídnuty?
4. Jaké veškeré možnosti léčby jedinec vyzkoušel?

## **D. Teoretická východiska**

---

<sup>1</sup> Lidé mezi lidmi. 2016. Duševní onemocnění na vlastní kůži-současná psychiatrická péče [online]. *Lidomezilidmi.cz*, 4.1.2016[cit. 05-29-216]. Dostupné z: <http://www.lidomezilidmi.cz/mise-pro-dusevni-zdravi/dusevni-onemocneni-na-vlastni-kuzi-soucasna-psychiatricka-pece>

V diplomové práci budu vycházet především z teorie stigmatizace. Lidé s duševním onemocněním patří mezi skupinu lidí, která je nejvíce vystavena stigmatizaci, diskriminaci. Jedná se velmi často o marginalizovanou a znevýhodněnou skupinu lidí. Sociální stigma značně omezuje příležitosti těchto lidí ve společnosti. V prvé řadě je také nutné se podívat na definici pojmu duševní porucha nebo duševní zdraví. Duševní poruchu lze definovat jako spektrum poznávání (cognition), emocí a chování, které zasahují do mezilidských vztahů jedince, ale narušují tak jeho fungování v práci, ve škole nebo doma. (Overton 2008: 143). Jak duševní poruchy, tak i stigma je velmi obtížné definovat. Pojem stigma má původ v řeckém slově „stigmata“, jež znamenalo „značku pro ostudného (zostuzeného) či zdiskreditovaného“ jedince. Ve spojení s duševními nemocemi, se hovoří o stigmatu jako o mnohostranném konstrukt zahrnujícího chování, emoce a postoje. V současné době se rozlišují tři druhy stigmatizace: veřejná (sociální) stigmatizace, sebe-stigmatizace, strukturální (systémová) stigmatizace.

Sociální stigma je koncept, o kterém jako první pojednával Goffman (2003). Ten poukázal na skutečnost, že stigmatizovaní lidé tvoří jakousi virtuální sociální identitu, když ztratí přízeň a úctu společnosti. Goffman (tamtéž) viděl stigmatizaci jako výsledek toho, jak funguje systém společnosti, a to jak v ní jsou nastaveny sociální normy.

Ve své diplomové práci budu pracovat rovněž s koncepcí vztahu mezi lékařem a pacientem. Ten v posledních letech prochází značnou proměnou. Jak například poznamenává český psychiatr Cyril Höschl (2011:2): „dnešní medicína už nemůže nahlížet duševně nemocného jako amorální osobu, parafilika jako sprostého devianta, depresivního pacienta jako lenocha, nemocného se sociální fobií jako pouhého trémistu, gaye či homosexuála jako „teplouše“, dyslektika jako hlupáka, nemocného s konverzní poruchou jako hysterika...“ Oproti dřívější době zde vidíme jisté proměny. Dříve takto pacienty vnímali doktoři. Existují různé typy vztahů mezi lékařem a pacientem. Prvním takovým vztahem je vztah paternalistický, ve kterém dominuje lékař nad pacientem. Tento model byl dominantní až do druhé poloviny minulého století. Tento vztah připomíná model rodič-dítě. Lékař je vševědoucí expert, kterého musí pacient poslouchat. Celý systém je tak orientovaný na lékaře a na péči, a nikoliv na pacienta. (Höschl 2011)

Dále existuje vztah konzumní, kde pacient je zákazníkem a lékař poskytovatelem služby. V tomto modelu má lékař nízkou autonomii. Důraz je zde kladen primárně na transakci a zisk, nikoliv na pomoc a vyloučení. (Höschl 2011)

Vzájemný (symetrický) vztah funguje tak, že pacient je klientem a lékař je jakýmsi konzultantem. V tomto vztahu lékař nabízí volby, vysvětluje, informuje a předstírá.

Pacient si může vybírat z nabízených možností a rozhodnout se tak pro léčbu, která mu nejvíce vyhovuje. Tento vztah je do jisté míry dán tím, že pacient má přístup k mnoha informacím o jeho onemocnění na internetu, čímž se může mnohem více dostat na úroveň lékaře. (Höschl 2011)

Ještě existuje kombinovaný model. V tomto modelu hraje lékař roli jakéhosi účelového kamaráda. Tento model může vést k profesnímu zanedbání pacienta.

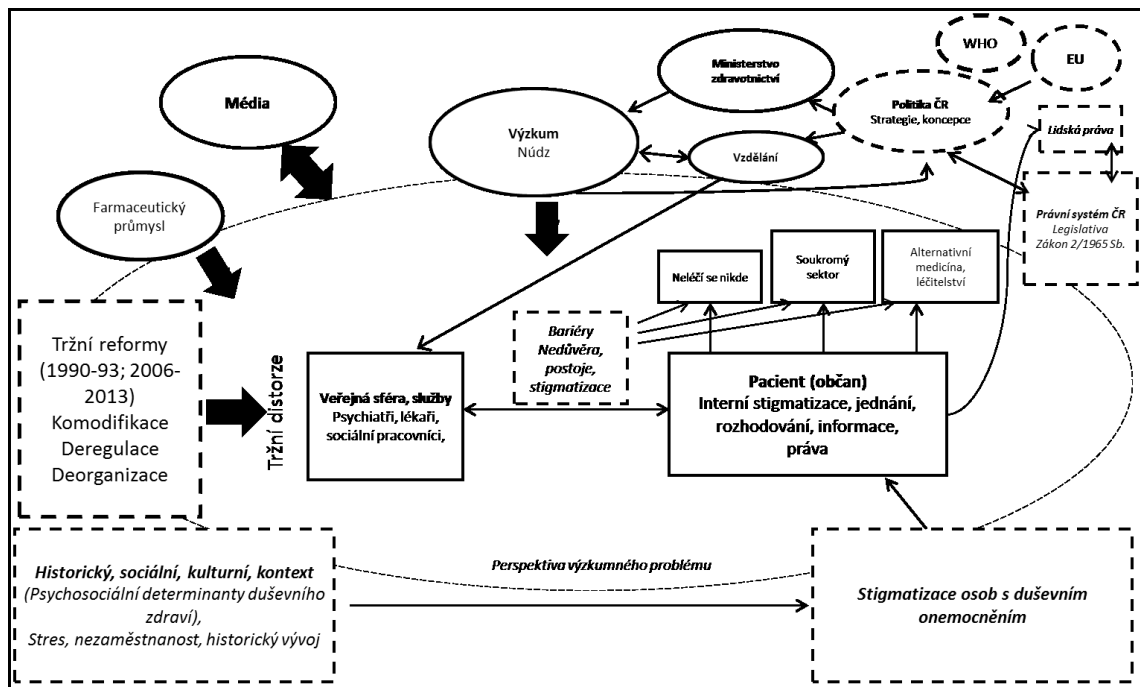
Jestliže vztah lékař-pacient není ovládán lékařem ani pacientem, tak jde o zanedbání péče. V současné době se pacientům dostává stále více autonomie. Jak poukazuje Höschl (2011), tak dramatická změna ve vztahu pacient-lékař má mnohé negativní a pozitivní důsledky a je otázka, co je správné. (Höschl 2011)

Otázku stigmatizace osob s duševním onemocněním je nutné uvažovat rovněž v instanci lidských práv. Jde o to, jaká lidská práva jsou přisuzována nebo odepírána osobám s duševním onemocněním. Mnohdy se zde skýtá velké dilema. Pro mnohé se pohled na lidská práva příliš nemní. Lidská práva jsou ve velké míře výsledkem toho, v oblasti lidských práv osob s duševním zdravím je to otázka toho, zdali je větší hodnota přisuzována společnosti nebo jedinci. Dříve byly váhy nakloněny k upřednostňování společnosti. To se odráželo na přístupu k lidským právům jedinců s duševním onemocněním, kterým mnohdy bývala mnohá práva odepírána. Je na ně pohlíženo jako na nekompetentní. Například byli zbaveni způsobilosti k jistým úkonům (jako například řízení auta), neboť byli vyhodnoceni jako nebezpeční pro společnost (Thornicroft 2011). Velikým tématem v této oblasti je otázka nucené hospitalizace. Gostin (2009) poznamenává, že kritika v poslední době směřuje na skutečnost, že nucená či přikázaná hospitalizace nebo léčba jde proti minimálním standardům lidských práv a čím dál více je kladen důraz na autonomii pacienta. Jak poznamenává Gostin (tamtéž), jedna stránka věci je svoboda a mít možnost rozhodnout se o vlastní léčbě, druhá stránka věci je, že osoba s duševním onemocněním by měla mít nárok na přístup ke kvalitním službám a ke kvalitní péči. Gostin (tamtéž) vnímá jako pozitivní skutečnost, že „nárok na služby“ (entitlement to services) se postupně zabudovává do zákonného přístupu k lidským právům duševně nemocných. Tento přístup nazývá jako jakousi „ideologii nároku“ (ideology of entitlement).

Ve své práci budu pracovat s navrženým modelem, jenž je k vidění na obrázku níže. Tento model představuje perspektivu, s níž budu nahlížet na zkoumaný problém. Pomůže mi lépe se zorientovat v problematice a ujasnit si, v jakém kontextu se zde pohybujeme.

Model zobrazuje různé subjekty, vztahy mezi nimi a další souvislosti. Nutno poznamenat, že se jedná o pracovní model, který je zapotřebí ještě rozpracovat.

Obr. 1 Model výzkumného problému



zdroj: autorka

## E. Výzkumný plán

Jako výzkumný design své práce jsem zvolila *případové studie (case study design)*. Případová studie se zaměřuje na „studium konkrétního jedince, programu, události, instituce, procesu apod. v určitém časovém úseku“. (Veselý a Nekola 2007:152; Jelínková 2011). Tento výzkumný design je tak velmi úzce zaměřen. To umožňuje „hlubší analýzu zkoumaného případu v jeho přirozeném prostředí a pochopení hlubších vztahů, které zůstávají jiným výzkumným strategiím utajeny.“ (Veselý a Nekola, 2007:152). Z těchto důvodů se zdá být daný výzkumný design vhodný vzhledem k výzkumné otázce této diplomové práce. Mým záměrem je provést několik případových studií (multi-case study), v rámci kterých se zaměřím na několik pacientů s duševními poruchami a budu se snažit sledovat a popsat jejich situaci a zkušenosti 1) při vyhledávání odborné péče 2) při styku s personálem odborné (zdravotní či sociální) péče 3) s nabídnutou a poskytnutou léčbou atd...

Jako metodu sběru dat použiji polo-strukturované rozhovory v rámci kterých se budu respondentů ptát na jejich zkušenosti s léčbou, lékaři, psychiatry, se stigmatizací a

diskriminací. Vývoj rozhovoru bude ponechán tomu, jak se bude situace vyvíjet s ohledem na to, jaké budou zkušenosti respondenta.

V mém výzkumném plánu jsou zahrnuty rovněž expertní rozhovory s psychiatry, lékaři či dalšími specialisty v této oblasti. Ty mi napomohou doplnit představu a situaci o dané problematice z té druhé strany. Na začátku každého rozhovoru dám respondentům podepsat informovaný souhlas o tom, že rozhovor je anonymní a že jejich jména nikde bez jejich dovození nezveřejním.

Zjištění z polo-strukturovaných rozhovorů doplním o informace a data z dalších zdrojů komunikace (internetové poradny a portály, dokumenty a další média), jež tak přispějí k dosažení validity získaných výsledků. Získaná data budu zpracovávat s využitím kritické diskursivní analýzy (CDA-critical discourse analysis). Tu lze shledat nejen ve filozofickém a teoretickém smýšlení Michaela Foucaulta nebo Jurgena Habermase postaveném na sociálním konstruktivismu, ale CDA se promítá i do metodologických postupů a technik. Fairclough (2001) rozumí diskurs ve třech dimenzích a to jako: text, diskursivní praxi a sociální praxi. V rámci tohoto troj-dimenzionálního modelu diskursu Fairclough (tamtéž) rozděluje CDA analyticky do třech oddělených, ale vzájemně propojených oddílů: 1) deskripce 2) interpretace 3) explanace. V rámci deskripce se analytik zabývá formální stránkou textu, tedy o čem se v textu píše a jakým způsobem. Druhá fáze je interpretace, prostřednictvím níž se analytik zaobírá tím, co je skrze text přenášeno a produkováno. V této fázi se pohybujeme v jistém kontextu, ve kterém analyzujeme, jak jednotlivé ideje ovlivňují různé aktéry (subjekty) a vztahy mezi nimi. V rámci fáze explanace se poté snažíme nalézt jisté sociální determinanty umožňující objasnit mechanismy jistého procesu či příčiny jevu, kauzální vztahy. (Vašát 2008)

## F. Seznam odborné literatury a zdrojů empirických dat

BHURGA, Dinesh a Kamaldeep BHUI. *Textbook of Cultural Psychiatry* [online]. Leiden: Cambridge University Press, 2007 [cit. 2016-05-27]. ISBN 978-051-1366-246.

BODNÁR, Jan. *Systémová stigmatizace psychiatricky nemocných*. Praha, 2009. Diplomová práce.

CORKER, EA., BELDIE, A., BRAIN, C., JAKOVLJEVIC, M., JAREMA, M., KARAMUSTAFALIOGLU, O., MARKSTEINER, J., MOHR, P., PRELIPCEANU, D., VASILACHE, A., WAERN, M., SARTORIUS, N., THORNICROFT, G. Experience of stigma and discrimination reported by people experiencing the first episode of schizophrenia and those with a first episode of depression: The FEDORA project. *International Journal of Social Psychiatry*. 2015, 61(5), 438-445. ISSN 0020-7640. DOI: 10.1177/0020764014551941. IF 1.098.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>

CMHCD (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví) (2012). Politika péče o duševní zdraví v ČR: Zpráva o současném stavu. [online]. [cit. 27-01-2016]. Dostupné z: [http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/cast\\_1\\_1\\_3\\_05.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/cast_1_1_3_05.pdf)

COOK, J. A., Jonikas, J. A., & Razzano, L. (1995). A randomized evaluation of consumer versus nonconsumer training of state mental health service providers. *Community Mental Health Journal*, 31, 229–238.

CORRIGAN, Patrick W. a Amy C. WATSON. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* [online]. 2002, 1(1), 16-20 [cit. 2016-05-25]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>

CORRIGAN, P. W. 2004. How stigma interferes with mental healthcare. *American Psychologist*, 59, 614–625.

European Commission. *Green paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union* [online]. [cit. 06-12-2015]. Brussels: Health&Consumer Protection Directorate-General, 2005. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf)

FAIRCLOUGH, Norman. 2001. *Language and power*. 2nd ed. New York: Longman. Language in social life series. ISBN 0-582-41483-0.

FOUCAULT, M. 1994. *Dějiny šílenství v době osvícenství: Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha, Nakladatelství Lidové noviny. s. 207. ISBN 80-7106-085-2.

FREEMAN, Arthur, Stephanie H. FELGOISE a Denise D. DAVIS. *Clinical psychology: integrating science and practice*. Hoboken, N.J.: John Wiley, c2008. ISBN 978-047-1414-995.

FUNK, Michelle., Benedetto. SARACENO a Alberto. MINOLETTI. *Advocacy for mental health*. Geneva: World Health Organization, 2003. ISBN 92-415-4590-9.

GOFFMAN, E. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*; přeložil Tomáš Prášek, Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 167 s

GOSTIN, L. 2009. Human rights in mental health. In: ROTH, Martin a Robert BLUGLASS (eds.). *Psychiatry, human rights and the law*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009. ISBN 978-052-1112-789.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum : základní teorie, metody a aplikace*. Praha : Portál, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4. (čeština)

HOSCHL, C.: Předmluva, in: Ctirad John, Štěpán Svačina (eds.): *O duši medika – jak vzniká lékař*, Triton, Praha 2011

JANOŮŠKOVÁ, M., WEISSOVÁ, A., MLADÁ, K., WINKLER, P., TUŠKOVÁ, E. Stigmatizující postoje vůči lidem s duševním onemocněním u českých lékařů a obecné populace. *Jeseník*, 06.01.2016 - 10.01.2016. *Psychiatrie*. 2016, 20(Suppl. 1), 34-35. ISSN: 1211-7579.



JANOŠKOVÁ, M., WINKLER, P. Stigma a psychiatrie. *Psychiatrie*. 2015, 19(1), 30-36. ISSN 1211-7579.

JELÍNKOVÁ, M. Případová studie. Kapitola 6, str. 194-221. IN: NEKOLA, M., GEISLER, H., MOURALOVÁ, M. (Eds.) (2011). *Současné metodologické otázky veřejné politiky*. Vyd. 1. Praha: Karolinum.

KATONA, C. L. E., Claudia COOPER a Mary M. ROBERTSON. *Psychiatry at a glance*. 5th ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2012. At a glance series (Oxford, England). ISBN 978-0-470-65891-8.

KEBZA, Vladimír. Psychosociální determinanty zdraví. Vydání 1. Praha: Academia, 2005, 263 stran. ISBN 80-200-1307-5

KITZLEROVÁ, E., RABOCH, J., KALIŠOVÁ, L., NOVOTNÁ I., POVAŽAN M., ČERNÝ, M., NAWKA, A., KUKLOVÁ, L.: Studie EUNOMIA – porovnání spokojenosti s léčbou u pacientů trpících akutní duševní poruchou, dobrovolně a nedobrovolně hospitalizovaných v psychiatrickém zařízení – výsledky za 1. rok. *Psychiatrie*, 9, 2005, Suppl. 2, s. 51 – 52

KNAPP, M., McDAID, D., THORNICROFT, G. Mental health policy and practice across Europe: an overview. In KNAPP, M. et al. *Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care*. Berkshire : Open University Press, 2007. s. 43. ISBN 10-0335-21467-3.

KOŽENÁ, Ludmila. Duševní zdraví pracovní populace EU a preventivní snahy. *České pracovní lékařství*. 2009, x(1), 23-24.

KRUPCHANKA, D., KRUK, N., MURRAY, J., DAVEY, S., BEZBORODOVS, N., WINKLER, P., BUKELSKIS, L., SARTORIUS, N. Experience of stigma in private life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of Belarus. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2016, 51(5), 757-765. ISSN 0933-7954. DOI: 10.1007/s00127-016-1190-y.

Lidé mezi lidmi. 2016. Duševní onemocnění na vlastní kůži-současná psychiatrická péče [online]. *Lidemezilidmi.cz*, 4.1.2016[cit. 05-29-2016]. Dostupné z: <http://www.lidemezilidmi.cz/mise-pro-dusevni-zdravi/dusevni-onemocneni-na-vlastni-kuzi-soucasna-psychiatricka-pece>

Liga lidských práv. *Rozhodování osob s duševní poruchou: zásady pro poskytování asistence: Systémové doporučení Ligy lidských práv č. 6* [Online]. [cit. 05-29-2016]. Mental disability advocacy center. 2008. Dostupné z: <http://lp.cz/publikace/rozhodovani-osob-s-dusevni-poruchou-zasady-pro-poskytovani-asistence/>

LINK, Bruce G., Lawrence H. YANG, Jo C. PHELAN a Pamela Y. COLLINS. Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 2004, 30(3), 511-541.

MASON, T. et al. Introduction. In MASON, T., WATKINS, C. (eds.) *Stigma and Social Exclusion in Healthcare*. London : Routledge, 2001. s. 1-14. ISBN 978-0-415-22200-6.

McDAID, D., THORNICROFT, G. 2005. Policy Brief: Mental health II: Balancing institutional and community-based care [online]. WHO European Center for Health Policy. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/108952/E85488.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/108952/E85488.pdf)

McDAID, D. 2005. Policy Brief: Mental health I: Key issues in the development of policy and practice Gross Europe [online]. WHO European Center for Health Policy. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/108866/E85485.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/108866/E85485.pdf)

McDAID, D., KNAPP, M., CURRAN, C. 2005. Policy Brief: Mental health III: Funding mental health in Europe [online]. WHO European Center for Health Policy. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/108955/E85489.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/108955/E85489.pdf)

Ministerstvo zdravotnictví. 2015. Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Akční plán č. 3: Duševní zdraví.[online]. [cit. 06-12-2015]. Dostupé z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2015/10/AP-03\\_dusevni-zdravi\\_.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2015/10/AP-03_dusevni-zdravi_.pdf)

MORGAN, Craig a Dinesh. BHUGRA. *Principles of social psychiatry*. 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell, 2010. ISBN 04-706-9713-X.

MUIJEN, Matt. *Péče o duševní zdraví v České republice: Zpráva z pracovního setkání*. 2014. [Online]. [cit. 05-29-2016]. Dostupné z: [http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/CZE-report-MNH\\_CZ.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/CZE-report-MNH_CZ.pdf)

NEKOLA, M., VESELÝ, A. (2007). *Analýza a tvorba veřejných politik. Přístupy, metody a praxe*. Praha: Sociologické nakladatelství.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

OCISKOVÁ, Marie. *MOŽNÉ SOUVISLOSTI MEZI INTERNALIZOVANÝM STIGMATEM, OSOBNOSTÍ A EFEKTIVITOU LÉČBY U ÚZKOSTNÝCH PORUCH*. Olomouc, 2015. Disertační práce.

OECD. 2014. *Mental Health and Work: United Kingdom*, Mental Health and Work, OECD

O'DONOHUE, William T. *Clinical psychology and the philosophy of science* [online]. New York: Springer, 2013 [cit. 2016-05-27]. ISBN 33-190-0184-1.

VERTON, Stacy L. a Sondra L. MEDINA. 2008. The stigma of mental illness. *Journal of counseling & development*. **86**(Spring), 143-151

PLANTE, Thomas G. *Contemporary clinical psychology*. 2nd ed. New York: Wiley, c2005. ISBN 0-471-47276-X.

PRAŠKO, Ján. *Jak vybudovat a posílit sebedůvěru*. Praha: Grada, 2007. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-1352-6

PRAŠKO, J. Stigma psychiatrie. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2010, 106(2), 71-72. ISSN 1212-0383.

PRAŠKO, J., RASZKA, M., ADAMCOVÁ, K., KOPŘIVOVÁ, J., KUDRNOVSKÁ, H., VYSKOČILOVÁ, J. OCD, stigmatizace a odkládání léčby. *Lázně Jeseník*, 07.01.2009 - 11.01.2009. *Psychiatrie*. 2009, 13(Suppl. 1), 50. ISSN: 1211-7579.

Publishing, Paris.DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264204997-en>

PRAŠKO, Ján a Jaroslava LAŇKOVÁ. *Úzkostné poruchy: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře* [online]. 2006 [cit. 2016-05-27]. Dostupné z: <http://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2003-2007/Uzkostne-poruchy.pdf>

PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J. (2000). *Depresivní poruchy a jejich léčba*. Str. 27-41. Praha: Sanquis.

RABOCH, J., WENIGOVÁ, B. 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s.

RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. 2001. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Galén.

RABOCH, J., Pavlovská, P., Janotová, D.: *Psychiatrie, minimum pro praxi*. Triton, Praha 2006, s. 211.

RABOCH, J.: Úhel pohledu. *Co s blázný mezi námi*. *Občan v síti*. 2006, 3, s. 2-3.

RABOCH, J.: *Psychiatry in the Czech Republic*. *International Psychiatry*, 3, 2006, 2, s. 15 – 17.

*Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: <http://www.strukturalni-fondy.cz/getmedia/3cba95de-e355-4225-8838-625ee0cf153c/Strategie-reformy-psych-pece.pdf?ext=.pdf>

Raboch J. Zrzavecká I. Doubek P. *Civilizace, čas a duševní poruchy*, sborník příspěvků. Brno, Tribun EU 2012, s. 307

Raboch J. Anders M. Hellerová P. Uhlíková P. Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III. Tribun EU, Brno 2010, s. 282

Raboch, J., Zrzavecká, I., Doubek, P.: Duševní poruchy a kvalita péče. Tribun EU, Brno 2010, s. 331

SCHEFFLER, Richard M. a Martin POTŮČEK (eds.). *Mental health care reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the present*. Prague: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1466-3.

STURDY, Steve, Richard FREEMAN a Jennifer SMITH-MERRY. *Making Knowledge for International Policy: WHO Europe and Mental Health Policy, 1970–2008*. Social history of medicine. 2013, 26(3), 532-554.

THORNICROFT, Graham. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, c2011. ISBN 978-80-260-0302-1.

VAŠÁT, Petr. Kritická diskursivní analýza: sociální konstruktivismus v praxi [online]. Fakulta filozofická: Západočeská univerzita [cit. 2015-11-26]. Dostupné z: [http://www.antropoweb.cz/media/webzin/webzin\\_23\\_2008/8\\_KRITICKA\\_DISKURSIVNI\\_ANALYZA\\_SOCIAL.pdf](http://www.antropoweb.cz/media/webzin/webzin_23_2008/8_KRITICKA_DISKURSIVNI_ANALYZA_SOCIAL.pdf)

WALLACE IV, Edwin R. a John GACH. *History of psychiatry and medical psychology with an epilogue on psychiatry and the mind-body relation* [online]. New York: Springer, 2008 [cit. 2016-05-27]. ISBN 978-038-7347-080.

WEISS, Gilbert. a Ruth WODAK. *Critical discourse analysis: theory and interdisciplinarity*. New York: Palgrave Macmillan, 2003. ISBN 03-339-7023-3.

WEISSOVÁ, A. Stigmatizace lidí s duševním onemocněním: jaká je situace a jak nám pomáhá její zkoumání?. 11. mezinárodní studentská vědecká konference AntropoWebu. Plzeň. 15.10.2015 - 16.10.2015.

WHO. 1962. The role of public health Officers and general practitioners in mental health care: Eleventh report of the Expert committee on mental health [online]. [cit. 2016-05-25]. Dostupné z: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37988/1/WHO\\_TRS\\_235.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37988/1/WHO_TRS_235.pdf)

WHO. c2009. *Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, c2009. ISBN 978 92 4 154774 1.

WHO. 2001. *The world health report 2001: mental health : new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001. ISBN 92 4 156201 3.

WHO. 2012. Health 2020: a European policy Framework supporting action across government and society for health and well-being [online]. *Regional Committee for Europe*, 5.july 2012 [cit. 2016-05-25]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf)

WINKLER, P., CSÉMY, L., JANOUŠKOVÁ, M., BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L. Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. *Psychiatrie*. 2014, 18(2), 54-59. ISSN 1211-7579. Dostupné

z: [http://www.psychiatrie.cz/images/stories/OZ\\_zkr\\_komplet.pdf](http://www.psychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf)

# Obsah

<b>ÚVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>1 VSTUPNÍ ANALÝZA VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU .....</b>	<b>3</b>
1.1 <i>Kontroverzní historický vývoj psychiatrie.....</i>	4
1.1.1 <i>Počátky psychiatrie (období 19. století) .....</i>	4
1.1.2 <i>Období dominance biologického přístupu v psychiatrii (přelom 19. a počátek 20. století).....</i>	5
1.1.3 <i>Období dominance psychoanalýzy v psychiatrii (období 20.-30. letá 20. století) 7</i>	7
1.1.4 <i>Vliv první světové války na psychiatrii .....</i>	7
1.1.5 <i>Období dominance sociálního přístupu v psychiatrii (30-50. léta 20. století) 8</i>	8
1.1.6 <i>Nástup psychofarmak v psychiatrii (50 léta) .....</i>	8
1.1.7 <i>Období deinstitucionalizace psychiatrie a rozvoje komunitních služeb (období od 60. let 20. století).....</i>	9
1.1.8 <i>Druhá biologická revoluce.....</i>	9
1.2 <i>Kritický diskurs v psychiatrii - „Anti-psychiatrie“ .....</i>	10
1.3 <i>Vliv farmaceutického průmyslu.....</i>	11
1.4 <i>Diskuse současného postavení psychiatrie a významu zátěže duševními nemocemi .....</i>	12
1.4.1 <i>Externí společenské a etické výzvy.....</i>	13
1.4.2 <i>Problémy a změny v organizaci psychiatrické péče.....</i>	15
1.4.3 <i>Rozkol a krize v psychiatrii .....</i>	16
1.5 <i>Vývoj politiky péče o duševní zdraví .....</i>	18
1.5.1 <i>Přístup WHO k oblasti duševního zdraví .....</i>	19
1.5.2 <i>Global Mental Health .....</i>	21
1.5.3 <i>Evropská Unie.....</i>	23
1.6 <i>Péče o duševní zdraví v České republice .....</i>	24
1.6.1 <i>Kritika současné psychiatrické péče v ČR .....</i>	29
1.6.2 <i>Zkušenosti pacientů s péčí v České republice .....</i>	30
<b>2 VÝZKUMNÉ CÍLE, OTÁZKY A PLÁN VÝZKUMU.....</b>	<b>33</b>
2.1 <i>Výzkumný problém .....</i>	33
2.2 <i>Výzkumný cíl .....</i>	33
2.3 <i>Výzkumné otázky .....</i>	34
2.4 <i>Metody práce.....</i>	34
2.5 <i>Použitá data a metody jejich zpracování .....</i>	35
2.5.1 <i>Obsahová (kvalitativní) analýza .....</i>	35
2.5.2 <i>Tematická analýza.....</i>	36
2.5.3 <i>Kritická diskursivní analýza (CDA) .....</i>	36
2.5.4 <i>Biografická metoda .....</i>	37
<b>3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....</b>	<b>40</b>
3.1 <i>Politika duševního zdraví.....</i>	40
3.1.1 <i>Duševní zdraví.....</i>	41
3.1.2 <i>Sociální determinanty zdraví .....</i>	42
3.1.3 <i>Life-course přístup .....</i>	44

3.1.4	<i>Cyklus duševního zdraví a duševní pohody</i> .....	45
3.1.5	<i>Podpora duševního zdraví a prevence duševních nemocí</i> .....	46
3.1.6	<i>Koncept zotavení (recovery)</i> .....	47
3.2	<i>Veřejně politické přístupy</i> .....	49
3.2.1	<i>Historický institucionalismus</i> .....	49
3.2.2	<i>Všeobecná teorie institucionální změny</i> .....	51
3.2.3	<i>Strategický přístup k analýze a tvorbě veřejných politik</i> .....	53
3.3	<i>Výzkum a hodnocení zdravotnických systémů</i> .....	56
3.3.1	<i>Přístup Health Policy and System Research (HPSR)</i> .....	56
3.3.2	<i>Hodnotící rámec pro efektivnost zdravotnických systémů</i> .....	58
3.4	<i>Paradigmatické přístupy v psychiatrii</i> .....	61
3.4.1	<i>Biologická psychiatrie</i> .....	61
3.5	<i>Psychoterapie</i> .....	62
3.5.1	<i>Sociální psychiatrie</i> .....	65
3.5.2	<i>Bio-psycho-sociální model</i> .....	68
3.5.3	<i>Otevřený dialog</i> .....	69
<b>4</b>	<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>71</b>
4.1	<i>Česká a mezinárodní ideová východiska uplatněná v dokumentu „Strategie reformy psychiatrické péče v ČR“</i> .....	72
4.1.1	<i>Vývoj v oblasti priorit výzkumu v České republice mezi lety 2010-2016</i> .....	73
4.1.2	<i>Dílčí závěry a diskuze k části 4.1.1</i> .....	77
4.1.3	<i>Vývoj odborného diskurzu před vznikem dokumentu „Strategie reformy psychiatrické péče v ČR“ po roce 1993</i> .....	78
4.1.4	<i>Dílčí závěry a diskuze k části 4.1.3 českého odborného diskurzu před rokem 2013</i>	87
4.1.5	<i>Kritická diskursivní analýza ideových východisek v dokumentu „Strategie reformy psychiatrické péče v ČR“ v porovnání s jinými zahraničními dokumenty</i>	88
4.1.6	<i>Dílčí závěry části 4.1.5 a jejich diskuse (CDA)</i> .....	102
4.2	<i>Zkušenosti a očekávání pacienta</i> .....	103
4.2.1	<i>Výsledky biografického výzkumu</i> .....	103
4.2.2	<i>Interpretace výsledků z biografického výzkumu</i> .....	108
4.2.3	<i>Dílčí závěry z biografického výzkumu a jejich diskuze</i> .....	110
	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>112</b>
	<b>SUMMARY</b> .....	<b>114</b>
	<b>ZDROJE:</b> .....	<b>115</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ:</b> .....	<b>124</b>
	<b>SEZNAM TABULEK:</b> .....	<b>124</b>
	<b>SEZNAM ZKRATEK:</b> .....	<b>125</b>
	<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>I</b>

## Úvod

Tato práce se zabývá českými a mezinárodními ideovými východisky uplatněnými v dokumentu „Strategie reformy psychiatrické péče“, který vydalo v roce 2013 Ministerstvo zdravotnictví. Ideová východiska politiky duševního zdraví jsou součástí nastolení politické agendy a jsou také součástí konkrétních cílů. Cíle, které jsou formulovány vyhodnotitelným způsobem a představují jakési pomyslné body na mapě. Tvůrci veřejné politiky nám tak sdělují, kam příslušná politika směřuje a jakým způsobem lze dosažení cílů vyhodnotit. Téma této práce sleduje ideové a cílové směřování politiky duševního zdraví v České republice, formulované v roce 2013 a porovnává je s ideovými východisky a cíli dvou srovnatelných strategických dokumentů, formulovaných Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě a její Evropskou regionální úřadovnou v Kodani.

Vývoj české politiky duševního zdraví neprobíhá izolovaně, ale je ovlivněn i zahraničním mezinárodním diskursem a rovněž historickým vývojem a situací v oboru a v praxi psychiatrie. Psychiatrie vznikla přibližně před 200 lety, kdy v roce 1808 Johann Christian Reil vymyslel název „Psychiaterie“, který později zkrátil na „Psychiatrie“. (Gask 2004; Wallace 2008) V rámci historického vývoje psychiatrie zde vznikly tři různé paradigmatické přístupy – biologický, psychologický, sociální. Každý z těchto přístupů dominoval v určité etapě historického vývoje psychiatrie a přinášel vlastní přístup k léčbě duševních nemocí a k jejich výzkumu (Gask 2004; Burns 2006; Wallace 2008). Dominance každého z přístupů v určité etapě byla dána různými širšími společenskými, politickými nebo technologickými faktory a souvislostmi.

Rozkol mezi jednotlivými paradigmaty má překonat bio-psycho-sociální model duševních nemocí, který jako první více rozpracoval v 70. letech George Engel (1978). Bio-psycho-sociální model představuje v současné psychiatrii významné ideové východisko a je prosazován také v rámci mezinárodního i českého diskurzu v politice péče o duševně nemocné (WHO 2013; WHO Europe 2013; Ministerstvo zdravotnictví 2013).

V současné době dominuje v české psychiatrii a v péči o lidi s duševním onemocněním ovšem stále biologický přístup založený především na farmakoterapii. Dominance biologického přístupu je dána rozvojem v oblasti neurovědeckých technologií, které umožnily vědcům sledovat mozkovou činnost a dále velkým rozvoje v oblasti farmakoterapie. (Burns 2006).

Podle mnohých autorů (Kleinamn 2012; Bracken 2012; Moncrieff 2009 a 2013) se současná psychiatrie příliš žene za klinickými výzkumy zaměřenými na farmakoterapii a neurovědu a opomíjí tak jiná důležitá témata. Jeden z hlavních motorů, který pohání tento trend je farmaceutický průmysl, který sponzoruje tyto výzkumy. (Singh 2007; Paris 2010), a značně tak pokrývá současný systém péče o duševně nemocné. Otázka tedy je, jakým způsobem je tato situace reflektována v současné mezinárodní a české politice.

# 1 Vstupní analýza výzkumného problému

Předmětem vstupní analýzy výzkumného problému je historický vývoj systému péče o duševní zdraví v kombinaci s vývojem politiky duševního zdraví. Tento kombinovaný přístup vychází z řady publikací WHO počínaje rokem 2004 a Alliance for Health Policy and Systems Research. (WHO 2004; WHO 2012; Gilson 2012).

Zatímco vývoj systému péče a s ním související vývoj poznání v oblasti duševních onemocnění má delší poměrně komplikovanou historii od počátku 19. století (Wallace, 2008; Gask, 2004; Burns, 2006), v oblasti vývoje politiky je pozornost duševnímu zdraví věnována až v období po druhé světové válce v souvislosti se založením Organizace spojených národů a Světové organizace zdraví (WHO), kdy v Evropě je to poté založení Evroské úřadovny WHO. (Sturdy et al. 2013)

Z hlediska České republiky je předmětu politiky duševního zdraví a jejímu kontextu ve zdravotní politice věnována pozornost prakticky až po roce 1990 a především v souvislosti s vývojem koncepcí psychiatrické péče v 90. letech a po roce 2000 (Raboch a Wenigová 2012).

Cílem této vstupní analýzy je porozumět historickému vývoji vztahů mezi poznáním, organizací a financováním péče o duševní zdraví v kontextu zdravotní politiky, resp. politiky duševního zdraví. Vývoj poznání a jeho využití pro tvorbu politiky duševního zdraví nabyl mezinárodního až globálního charakteru především po roce 2000 (WHO 2001; Helsinská konference 2005; Knapp a McDavid 2007; články Lancet v roce 2007; Moncrieff 2009 a 2013; četné články v British Journal of Psychiatry od roku 2008). Nejde tedy jenom o diskurz dostupný v dokumentech WHO a na úrovni jednotlivých států, ale také o kritický diskurz nad otázkami a problémy psychiatrie v kontextu farmaceutického průmyslu nebo z hlediska vývoje poznání v oblasti neurověd a jejich (ne)využití samotnou psychiatrií (Moncrieff 2013; Kleinman 2012; Bracken 2012).

Ve vstupní analýze byla pro vymezení výzkumného problému použita metoda myšlenkové mapy, která napomohla zorientovat se v jednotlivých souvislostech a v kontextu výzkumného problému. Vstupní analýza výzkumného problému je strukturovaná tak, že se nejprve snaží stručně postihnout historický vývoj psychiatrie z hlediska vývoje praxe v oboru léčby duševně nemocných lidí. Dále je pozornost zaměřena i na vývoj kritického diskurz uvnitř psychiatrie. Další část se poté věnuje politice duševního zdraví a jakým způsobem reagovala na problémy v oblasti péče o



duševní zdraví. V poslední části vstupní analýzy je pozornost zaměřena na problematiku péče o duševní zdraví v ČR.

## **1.1 Kontroverzní historický vývoj psychiatrie**

Následující část má za cíl popsat a shrnout zásadní milníky v historii psychiatrie, které měly vliv na současnou teorii a praxi v oblasti psychiatrie. Historie psychiatrie zahrnuje mnohé kontroverzní momenty, které zachycují i mnohá umělecká díla a filmová tvorba jako například „*Přelet nad kukaččím hnízdem*“ (1975) nebo „*Svěrací kazajka*“ (2005). Psychiatrie měla poměrně obtížnou roli vybudovat si své právoplatné místo ve společnosti. Po většinu své historie stála psychiatrie stejně jako lidé s duševním onemocněním na okraji společnosti a společenského zájmu. Ovšem díky velkému rozvoji technologií ve 20. století a farmakologické revoluci v 50 a 60. letech, která přinesla velké množství léků na depresi a další psychiatrická onemocnění, došlo k posunu psychiatrie blíže k paradigmatu vědecké medicíny, a psychiatrie se tak stala respektovanou a uznávanou vědou (Moncrieff 1997).

### **1.1.1 Počátky psychiatrie (období 19. století)**

Psychiatrie jako vědecká disciplína vznikla zhruba před 200 lety, kdy v roce 1808 Johann Christian Reil vymyslel název „Psychiaterie“, který později zkrátil na „Psychiatrie“. (Gask 2004; Wallace 2008) Ovšem duševní nemoci byly známy již dávno předtím a společnost se s nimi vypořádávala různými způsoby, po většinou velmi krutými. Lidé měli vždy strach a obavy z lidí, kteří se chovali „nenormálně“, „bláznivě“ a „nepředvídatelně“. Duševně nemocní lidé tak povětšinou nebyly tolerovány společností a byly drženi v menších azylech stranou od měst a lidských obydlí. Různé menší azyly a blázince se začaly objevovat již od raných let. (Foucault 1994) V 18. století ale začal počet azylů rapidně stoupat. V té době někdy na počátku 18. století vyšel v některých zemích zákon umožňující lékařský dohled nad duševně nemocnými, to ovšem tehdy stále přesto nezaručovalo lidem s duševním onemocněním dobrou a kvalitní péči. Mezi azyly tak byly tehdy co se týče kvality značné rozdíly. Téměř ve všech byly ale používány nejrůznější praktiky tělesného svazování a omezování jako například svěrací kazajka. (Gask 2004; Wallace 2008)

Až do 18 století převládalo přesvědčení, že příznaky duševních nemocí jsou dány fyzickými příčinami, které je zapotřebí léčit pomocí fyzických metod. Až na přelomu 18 a 19. století se objevily první ideje, že duševní nemoci je zapotřebí léčit prostřednictvím

léčby „duše“. Tento posun v myšlení je spojen s nástupem osvícenství v té době. V léčbě duševních onemocnění se tak začal objevovat a prosazovat humánnější přístup. Nastoupila tak generace lékařů, kteří věřili, že mohou vyléčit duševní nemoci a rovněž věřili v sílu, kterou mají azyly v léčbě duševně nemocných. Začali se objevovat také různí lékaři, kteří odmítali tělesné svazování a prosazovali laskavý a milý přístup k pacientovi, díky kterému mu chtěli pomoci zbavit se nemoci. Jednalo se o počátky nového přístupu známého jako „morální terapie“ (později jako „milieu therapy“). (Gask 2004; Wallace 2008)

V 19. století se psychiatrovi říkalo „alienista“ a jeho role byla definována takto: *„jedinec jmenovaný jako prostředník mezi společenským světem a světem duševně nemocných, on definuje vztahy mezi dvěma nebo je ten, jinými slovy, kdo je agentem alienace (odcizování)“*. (Littlewood and Lipsedge 1997: 33, cit. v Gask 2004: 7, překlad autorky). Psychiatři (tehdejší alienisti) tak v té době ustanovili sebe jako experty v rozhodování o tom, kdy by měl a kdo by neměl být odpovědný za svoje vlastní činy. A řídily azyly, ze kterých se postupně staly samostatně fungující komunity s pevným a tvrdým režimem a s početným dozorem. Na tehdejší alienisty tak bylo nahlíženo jako na „oslavované vězňatele“. Ovšem reputace alienistů v té době mezi jinými doktory byla velmi nízká. Alienisti v té době byli kritizováni za to, že je vede především touha po moci a bohatství. (Gask 2004; Wallace 2008)

### **1.1.2 Období dominance biologického přístupu v psychiatrii (přelom 19. a počátek 20. století)**

Od počátku své historie psychiatrie sledovala dva hlavní cíle. Za prvé to byla snaha vědecky uchopit pojem duševní nemoci a za druhé to byl cíl léčit duševně nemocné. Oba tyto cíle byly všeobecně viděny a vnímány jako neoddelitelné, ale v průběhu let byl většinou vždy jeden cíl upřednostňován nad druhým. (Gask 2004)

Na konci 19. století začalo narůstat přesvědčení, že k pochopení duševních onemocnění je zapotřebí více zkoumat patologie v mozku. Začaly se tak především zkoumat biologické příčiny duševních onemocnění a narostl tak počet výzkumů zabývajících se patologiemi mozku. Tento trend byl jednoduše součástí všeobecného klinicko-patologického směru v medicíně, kdy většina těchto studií byla prováděna na univerzitách. Tehdy slavili úspěchy neuropsychiatrii jako Alzheimer, Pick a Wernicke. (Gask 2004; Wallace 2008)

Na začátku 20. století existovaly dva paralelní přístupy k diagnostikování a léčbě duševně nemocných. Ti, kteří trpěli psychotickou nebo vážnou duševní chorobou, byli léčeni v azylech alienisty. Na druhou stranu ti, kteří měli méně závažná duševní onemocnění nebo jim byla diagnostikována hysterie nebo neurastenie, tak se léčili ambulantně u neurologa. Pro lidi byla představa, že trpí nějakou poruchou nervového systému, mnohem snesitelnější a méně stigmatizující, než kdyby trpěli duševní poruchou. To, jaká nemoc byla lidem diagnostikována nebo jakou dostaly léčbu, značně záviselo na jejich socioekonomickém statusu. (Gask 2004)

Na počátku 20. století Emil Kraepelin položil **základy moderní psychiatrie**. Jeho příspěvek pro psychiatrii spočíval v tom, že se zabýval longitudinálním vývojem (tedy sledováním celého průběhu nemoci) duševních nemocí u jeho pacientů. Na základě tohoto postupu dokázal popsat dva základní druhy nemocí, které známe dnes, nazýval je dementia praecox (dnes schizofrenie) a manio-depresivní psychózy. Emil Kraepelin nebyl zcela úplně biologický psychiatr, ale operoval spíše v rámci biologického modelu duševních nemocí než v rámci bio-psycho-sociálního modelu. Odkaz Kraepelinovi dnes máme v podobě dvou hlavních klasifikačních systémů – 1) DSM – Diagnostic a statistical manual, 2) ICD – International classification of disease. (Gask 2004; Wallace 2008)

Během první poloviny 20. století nadále stoupal počet pacientů v psychiatrických nemocnicích, už se jim neříkalo azyly. V první polovině 20. století se objevily nejrůznější průkopnické metody tělesné léčby. Na počátku 20. století se začaly používat barbituráty, které vyvolávaly dlouhotrvající hluboký spánek. V psychiatrii se pomalu začala etablovat nová disciplína psychofarmakologie. (Gask 2004; Burns 2006)

Ve třicátých letech 20. století došlo ve vývoji metod tělesné léčby k dramatickému posunu. V té době se objevily asi jedny z nejkontroverznějších metod, které kdy byly v psychiatrii používány – elektrokonvulzivní terapie (ECT), inzulin koma terapie, a psychochirurgie (psychosurgery). V tehdejší době tisíce pacientů bylo léčeno prostřednictvím těchto velmi riskantních a neověřených metod. Z dnešního pohledu je na tyto metody nahlíženo značně s nevolí, ale tehdy v nich byla spatřována velká naděje, že přinesou efektivní léčbu duševních nemocí. Dnes je na toto období nahlíženo jako na smutnou kapitolu v historii psychiatrie. Přesto je zapotřebí podotknout, že ECT se používá jako metoda léčby i v současnosti, ovšem už ne tak v hojném počtu. Inzulin koma terapie se přestala používat v 50. letech, kdy se objevil chlorpromazine a psychochirurgie je na několika málo místech prováděna i v dnešní době, i když jsou zde stanoveny jasná

kritéria, kdo může tuto léčbu podstoupit. (Gask 2004; Wallace 2008)

### **1.1.3 Období dominance psychoanalýzy v psychiatrii (období 20.-30. letá 20. století)**

Ke konci 19 století se v psychiatrii začal objevovat nový proud, tzv. psychoanalýza. Částečně se jednalo o reakci, která ústila ze zklamání nad situací v azylech, a o snahu vystoupit proti dogmatismu biologických (organických) psychiatrů, kteří v té době dominovali. S psychoanalýzou jako první začal Pierre Janet (a ne jak se často uvádí Sigmund Freud). Pierru Janetovi se podařilo vytvořit obsáhlé popisy poruch, mezi nimiž byly hysterie, anorexie, amnesie a obsesivní neurózy, a rovněž popsal jejich léčbu prostřednictvím hypnózy, sugesce a jiných psychodynamických technik. Přesto asi nejznámějším představitelem tohoto přístupu je Sigmund Freud. Freud především věřil, že sexuální zneužívání v dětství může později vést k propuknutí duševní poruchy. Termín „psychoanalýza“ podle Freuda odkazuje za prvé na techniku práce s duševně nemocnými a za druhé k interpretativní metodě, kterou je možné aplikovat v sociálních a humanistických vědách. V té době se začala řešit poměrně kontroverzní otázka, zdali je nutná medicínská kvalifikace pro vykonávání léčby duševně nemocných. Například Freud spatřoval důležitou roli v nemedicínských pracovnících při léčbě duševních onemocnění. (Gask 2004)

Psychoanalýza se etablovala nejen jako přístup k léčbě duševních nemocí, ale zároveň představovala významné kulturní hnutí ve 20. století. V současnosti, když se řekne psychiatrie, lidé si vybaví stejně tak pohovku u psychologa jako oddělení psychiatrické léčebny. V té době byla léčba pomocí psychoanalýza spíše pro majetnější vrstvy obyvatelstva. Vliv psychoanalýzy měl především velký dopad na psychiatrii v USA, v Evropě tak velký vliv psychoanalýzy nikdy patrný nebyl. (Gask 2004)

### **1.1.4 Vliv první světové války na psychiatrii**

Zkušenosti z války měly značný dopad na vnímání povahy duševních nemocí a na to, jakým způsobem psychiatrii přistupovaly k jejich léčbě. Především se v té době začaly používat první brutální tělesné (fyzikální léčby) jako například Faradism. Válka změnila nejen pohled psychiatrů na duševní nemoci, ale také pohled veřejnosti. Ukázalo se, že z původně dobrých lidí se ve válce staly „blázní“. Duševní nemoci se tak staly pro lidi méně „cizími“ (Gask 2004). V tehdejší době také byla objevena Post-traumatická

stresová porucha, kterou se zabýval Sigmund Freud, který zkoumal psychické i fyzické problémy u vojáků během první světové války. (Zepf 2008)

### **1.1.5 Období dominance sociálního přístupu v psychiatrii (30-50. léta 20. století)**

Kořeny sociální psychiatrie spadají do období druhé světové války, kdy se celkově psychiatrie začala více otevírala lidem a stávala se přístupnější. Postupně docházelo k většímu vyrovnávání vztahu mezi pacientem a personálem a začalo se prosazovat větší zapojení pacienta do jeho léčby. První sociální psychiatři se tehdy snažili pomoci vojákům vracejícím se z války domů. Prostřednictvím terapie jim chtěli napomoci navrátit se zpět do normálního života. Mezi zakladatele sociální psychiatrie patří Maxwell Jones a J.R. Rees. Tehdy se začaly objevovat první skupinové a komunitní terapie. (Gask 2004; Burns 2006)

Koncept sociální psychiatrie v sobě spojuje několik idejí. Za prvé to jsou otevřené azyly, z nichž mohou pacienti jít ven podle jejich přání, dále existence komunitních zdrojů, které jsou schopny poskytnout péči lidem s duševním onemocněním a za třetí ambulantní klinika. (Burns 2006; Gask 2004)

Představitelé sociální psychiatrie viděli příčinu duševního onemocnění u pacienta v jeho prostředí, a nikoliv v jeho biologii nebo traumatech z raného dětství. Zdůrazňovali tak roli sociálních faktorů ve schopnosti pomoci člověku změnit tento stav. Podmínky v psychiatrických nemocnicích se v té době nepatrně zlepšovaly, ale k žádnému velkému zásadnímu posunu nedocházelo. (Gask, 2004)

### **1.1.6 Nástup psychofarmak v psychiatrii (50 léta)**

V 50. letech 20. století došlo v psychiatrii k významné revoluci, kdy byly objeveny jisté psychotropní medikace, u kterých se zdálo, že jsou schopny zbavit člověka příznaků duševní nemoci. K většině těchto objevů, jak to již bývá, došlo náhodně. V té době tak došlo k objevu prvních antidepresiv. Když se hledal lék na tuberkulózu, tak se zjistilo, že **inhibitory mono-amino-oxidázy** mají schopnost léčit depresi. Jejich použití ale v posledních letech značně pokleslo kvůli jejich nežádoucím účinkům. (Gask 2004; Wallace 2008)

V té době došlo také k objevu prvních **neuroleptik** (později nazývaných jako antipsychotik). Dále se objevily léky jako Chlordiazepoxide, Diazepam nebo Valium. Diazepam a Valium byly nejvíce předepisované léky v 60. letech nejen psychiatry, ale i

praktickými lékaři, kteří začali hrát velkou roli v léčbě pacientů s duševním onemocněním. Během poměrně krátké doby došlo k objevu léků, které byly schopny léčit dva hlavní typy duševních poruch – **schizofrenii a afektivní poruchy**. (Gask 2004; Wallace 2008)

### **1.1.7 Období deinstitutionalizace psychiatrie a rozvoje komunitních služeb (období od 60. let 20. století)**

Zhruba od 60. let začalo v péči o duševně nemocné docházet ke změnám v organizační struktuře a ve fungování psychiatrie. Počet lůžek v psychiatrických nemocnicích se začal rapidně snižovat. S tím že psychiatrická lůžka se přesunula do všeobecných nemocnic. Současně docházelo k rozvoji a nárůstu služeb poskytovaných mimo nemocnice. Celkově se začal v psychiatrii prosazovat trend komunitní péče. (Gask 2004)

Za těmito změnami stálo několik věcí. Za prvé to byl optimismus, který přinesl přístup sociální psychiatrie, že by se duševní nemoci daly úspěšně léčit mimo nemocnice, a za druhé to byla dostupnost nejrůznějších léků a psychofarmak, které vedly k tomu, že díky medikacím se mohli lidé s duševním onemocněním léčit v jejich přirozeném prostředí. Za třetí zde hrály roli rostoucí náklady na zdravotnictví, které od války rapidně stouply. Vlády se tak snažily snížit výdaje prostřednictvím hledání různých alternativ, místo toho, aby vydávaly peníze na renovaci psychiatrických nemocnic z 19. století. Komunitní služby se v té době začaly pomalu rozvíjet, ale podmínky v psychiatrických nemocnicích nadále upadaly. Politika v tehdejší době spíše následovala existující trendy, než aby napřímo řídila tehdejší vývoj. (Gask 2004; Burns 2006)

### **1.1.8 Druhá biologická revoluce**

V 70. letech 20. století psychiatři navázali na tehdejší Kraepelinovy klasifikační systémy duševních nemocí za účelem většího propojení Americké a Evropské psychiatrie, které do té doby byly hodně rozlišné, byl vyvinut klasifikační systémy DSM-III (v současné době je verze DSM-V), který je mnohem blíže klasifikačnímu systému ICD. (Gask 2004) Psychiatrie se tak opět začala posouvat techničtější směrem k uchopení duševních nemocí (Bracken 2012).

Od 80. let opět dominuje v psychiatrii biologický přístup. Mohl za to především obrovský nárůst biologických výzkumů, které napomohly k velkému rozvoji poznatků v oblasti mozku a jeho činnostech. Ke konci 20. století se tak psychiatrie plně

medicinalizovala. (Moncrieff 1997) Velkých úspěchů dosáhla v té době neuroradiologie, která pomocí zobrazovacích technik mozku a magnetické rezonance dokázala popsat některé činnosti mozku. (Burns 2006) V psychofarmakologii došlo k objevu dalších specifických léků, které mohly nahradit starší léky mající mnohé vedlejší nežádoucí účinky. (Burns 2006) Nová psychofarmaka již nevznikala náhodně, ale byly syntetizovány molekuly tak, aby cíleně ovlivňovaly některé oblasti CNS. (Raboch a Wenigová 2012) Psychiatři tak nabývají opět výsadního postavení, neboť se stávají hlavními dodavateli předpisů na léky, kdy toto právo zatím jiné nemedicínské obory (např. psychologové) nemají. (Gask 2004)

## **1.2 Kritický diskurs v psychiatrii - „Anti-psychiatrie“**

V 60. let 20. století se objevovali nejrůznější autoři, kteří kritizovali instituci psychiatrii a její chování k lidem s duševním onemocněním. Toto hnutí kriticky vystupujících autorů, intelektuálů, psychiatrů bývá označováno jako „Anti-Psychiatrie“. Jejich snahou bylo především poukazovat na kruté zacházení k pacientům v psychiatrických nemocnicích a vystupovat proti používání elektrokonvulzivní terapie, psychochirurgie a dalších praktik. (Murray 2014) Silně kritizovali rovněž nedobrovolnou hospitalizaci lidí s duševním onemocněním. (Gask 2004) A celkově zpochybňovaly koncept „šílenosti“ a především se snažili upozornit na to, že psychiatrie funguje jako nástroj sociální kontroly, která je skryta za objektivitou a neutralitou vědecké medicíny. (Moncrieff 1997; Murray 2014)

Jedněmi z hlavních postav, kteří jako první kriticky vystupovali proti psychiatrii v tehdejší době, byli například R.D.Laing, který napsal knihu „The Divided Self“ (Laing 1960) a Thomas Szasz, který ve své knize „The Myth of Mental illness“ z roku 1961, přišel s tvrzením, že duševní onemocnění nejsou nemocemi v pravém smyslu, ale že jsou pouze metaforou pro běžné lidské problémy. Argumentoval to tím, že neexistují žádné objektivní důkazy o existenci duševních nemocí. (Szasz 1961) Thomas Szasz byl libertarián, zastával názor, že pokud lidé chtějí vyhledat pomoc s vyřešením jejich duševních poruch, tak by si měli za tuto pomoc zaplatit. (Gask 2004)

V 70. letech vznikl v sociologii medicíny termín medikalizace<sup>2</sup>, který vznikl pro označení toho, když různé běžné projevy smutku a neštěstí nebo výstřední chování jsou zahalovány pod záštitou vědecké medicíny. Moncrieff (1997) uvádí, že rozdíly

---

<sup>2</sup> Mezi autory tohoto pojmu patří Irving Zola, Peter Conrad a Thomas Szasz

v náladách se ke konci 20. století staly ve společnosti tabu. Medikalizace tak podle ní snižuje legitimitu lidského smutku a zoufalství a odpírá lidem možnosti projevit svoje city. To na druhou stranu odvádí pozornost od určitých politických, enviromentálních a ekonomických faktorů, které mohou činit moderní život stresující a náročný.

Anti-psychiatrické hnutí mělo mnohé pozitivní dopady jak na psychiatrii, tak na pacienty. Především došlo k většímu posunu v oblasti práv pacientů, především co se týče nedobrovolné hospitalizace. Také došlo k omezení v používání mnohých riskantních a nebezpečných léčebných technik jako elektrokonvulzivní terapie nebo psychochirurgie. (Murray 2014; Moncrieff 1997)

V současné době se antipsychiatrické hnutí snaží vystupovat proti dominanci biologického přístupu v psychiatrii. Především kritizují nadměrné užívání a předepisování psychofarmak, které podle nich mají sporné účinky, které by pomáhaly v léčbě, ale naopak mají mnohé negativní vedlejší účinky. Jedním z těchto autorů je již zmiňovaná Joanna Moncrieff, která napsala knihy jako „The Myth of the Chemical Cure“ (2008) a knihu „The Bitterest pills“ (2013).

### ***1.3 Vliv farmaceutického průmyslu***

Farmaceutický průmysl měl značný vliv na vývoj péče o duševně nemocné. V prvé řadě to bylo v 50 letech 20. století, kdy se objevily první léky, u nichž se ukázalo, že mají dobrý vliv na léčbu některých duševních onemocnění. Někdy se uvádí, že objev psychofarmak napomohl k navrácení pacienta do jeho prostředí. Někteří ale uvádí, že to bylo důvodem jiných společenských a politických důvodů. (Bracken 2012) První generace psychofarmak měla mnohé vedlejší negativní účinky a pomalu se od nich odstoupilo. V 80. letech se poté objevily nová psychofarmaka, které se zdály být efektivnější než ty předešlé a psychiatrii je ve velké míře předepisovaly pacientům. Čím dál více veřejných prostředků tak bylo vynakládáno na neurovědecké a farmaceutické výzkumy. To vedlo v 90. letech opět k dominanci biologického přístupu k léčbě pacientů s duševním onemocněním. (Moncrieff 1997; Bracken 2012; Gask 2004; Paris 2010)

Na počátku 21. století ovšem farmaceutickým firmám došel dech, žádné nové léky nebyly objeveny. Rovněž se začalo značně zpochybňovat a kritizovat chování farmaceutických firem. Podle kritiků (Moncrieff 2009 a 2013; Bracken 2012; Paris 2010) farmaceutických firem druhá generace antipsychotik není tak výsledkem nějakého klinického objevu a pokroku, ale spíše za tím stojí peníze a marketing. Poukazuje se tak



na problematický vztah mezi průmyslem a výzkumem. Výzkumy na farmakologické intervence jsou více sponzorovány průmyslem, než je tomu u nefarmakologických intervencí, které mohou mít stejně dobré nebo lepší výsledky. Výzkumy na nefarmakologické intervence tak nejsou dostatečně financovány. Je to především také z toho důvodu, že psychoterapie nebo jiné nefarmakologické intervence nejsou schopny přinést průmyslu takový zisk jako psychofarmaka. (Singh 2007)

Bohužel tato situace tak vede mnohé výzkumníky, aby se zaměřili především na klinické a farmaceutické výzkumy. (Singh 2007; Bracken, 2012) Někteří kritici uvádí, že psychiatrie je až příliš zapletena s farmaceutickým průmyslem, a to tak snižuje důvěryhodnost oboru (Bracken 2012).

Dále se ukazuje, že farmaceutický průmysl má značný vliv na to, jaké léky jsou pacientům předepisovány. Farmaceutický průmysl spatřil rovněž velký potenciál v tom prodávat léky lidem, kteří mají méně vážná duševní onemocnění anebo se snaží duševnímu onemocnění předejít, což se ukázalo jako velmi lukrativní byznys. Farmaceutický průmysl tak začal velké množství peněz vynakládat na marketing. Díky tomu, že se z farmaceutického průmyslu stal tak velký byznys, který vydělával miliony dolarů, tak farmaceutické firmy získaly obrovskou moc, kterou začaly uplatňovat na vládu a politiku. Farmaceutické firmy tak využívaly „lobbying“ k ovlivňování různých regulací a vládních opatření. (Paris 2010) S vlivem farmaceutického průmyslu na obor psychiatrie se používá termín „distortion“, neboli překroucení či pokřivení systému vlivem tržních mechanismů. (Moncrieff 2009).

#### ***1.4 Diskuse současného postavení psychiatrie a významu zátěže duševními nemocemi***

V současné době psychiatrie musí čelit mnoha výzvám. Za prvé se musí vypořádávat s jistými vnějšími trendy a procesy, které probíhají ve společnosti (změny v zátěži psychickými nemocemi, sociální důsledky ekonomické globalizace, terorismus a různé formy násilí, růst příjmových nerovností, sociální vyloučení, rostoucí počet

válečných konfliktů) a na které musí psychiatrie nějakým způsobem reagovat a za druhé jsou to výzvy, s nimiž se musí potýkat akademická psychiatrie, kde je nabouráváno a kritizováno převládající biologické paradigma a vedou se tak debaty o povaze a dalším vývoji psychiatrie (Kleinman 2012).

#### **1.4.1 Externí společenské a etické výzvy**

V dnešní době vyvstávají otázky, jakým způsobem se bude psychiatrie nadále vyvíjet. Jak poznamenává Burns (2006), psychiatrie na počátku 21. století má zcela odlišnou povahu, než ještě před pár desítkami let. Stojí za tím především obrovský pokrok v oblasti technologií, který umožnil vědcům nahlédnout doslova do „hlavy“ lidí a díky nejrůznějším technikám na měření a vizualizaci mozkové činnosti, můžeme vidět, co se děje v lidském mozku (Praško 2011). Zatím zde ale stále existují limity a hranice, za které se věda možná nikdy nedostane. Využití technologií při léčbě duševních onemocnění bývá mnohdy sporné a komplikované a přináší s sebou řadu etických otázek. Například jde o záležitost identifikace genů duševních poruch s cílem včasného rozpoznání nemoci u jedince, což může podle kritiků vést ke smazávání individuálních rozdílů mezi lidmi. (Burns 2006)

I ve 21. století psychiatrie vzbuzuje strach a obavy. V minulosti psychiatrie sloužila jako „ochránce“ před lidmi, kteří neodpovídali „normě“ a chovali se nepředvídatelně. Dnes panuje spíše obava, že psychiatrie se bude snažit zjednodušovat individuální rozdíly mezi lidmi a bude s nimi zacházet jako s objekty. (Burns 2006) Otázka tedy zní, jakým způsobem bude nahlížet na lidi, kteří jsou trochu jiní. Podle Moncrieff (1997) je zapotřebí tolerovat rozdílnost v lidských životech, chování a v životních stylech. Je zapotřebí respektovat autonomii lidí a podporovat jejich kontrolu nad vlastním životem. Znamená to vytvoření takové společnosti, která dovoluje bizarní a odlišné chování. Především jde o to respektovat pacientovo přání, že nechce užívat léky. A zahrnout pacienta více do rozhodování o léčbě.

Psychiatrie bude mít vždy těžkou roli v tom, jakým způsobem bude vyrovnávat svoje povinnosti k pacientům s povinnostmi ke společnosti v případě zacházení s lidmi potenciálně nebezpečnými pro společnost i pro sebe. (Burns 2006)

V minulosti mnozí vědci předpokládali, že jednou se podaří vymýtit duševní nemoci jako se podařilo porazit nemoci jako tuberkulózu a pravé neštovice a tím pádem, že psychiatrie zanikne, protože už nebude potřeba. Podobně hnutí duševní hygieny věřilo, že zlepšení sociálních podmínek, snížená konzumace alkoholu, zdravý životní styl a

správná výchova dítěte povede k nepotřebnosti psychiatrie (Burns 2006). Jak víme k této situaci doposud nedošlo a zřejmě asi nikdy nedojde. Naopak psychiatrie v současné době čelí mnoha výzvám. World Health Report WHO z roku (2001a) přinesl zjištění, že počty lidí trpících duševní chorobou narůstají, odhadem ve světě trpí duševní nemocí zhruba **450 milionů lidí**, přičemž pomoc z nich dostává minimum. Tzv. „*Treatment gap*“ činí v rozvinutých zemích zhruba 35-50 %. Duševní nemoci tak představují pro společnost velkou globální zátěž. V současné době jsou duševní nemoci jednu z nejčastějších příčin neschopnosti **nejčastější příčinou neschopnosti** ve světě (v roce 2004 ale deprese představovaly již nejčastější příčinou neschopnosti, (viz Obr. 2). Odhadem duševní nemoci představují **12 % z celkové globální zátěže všech nemocí**. (WHO 2001a)

Díky úspěchům moderní medicíny se podařilo prodloužit délku lidského života a další demografické změny ve společnosti způsobují stárnutí populace ve vyspělých zemích. To vede k tomu, že narůstá počet lidí staršího věku trpících depresí nebo Alzheimerovou chorobou. Větší otevřenost a respekt k individuálním pocitům a prožitkům vede k narůstající poptávce po službách péče o duševní zdraví. To způsobilo nárůst nabídky takovýchto služeb, která ovšem stále není dostatečná a zcela nepokrývá potřeby lidí. (Burns 2006).

Obr. 2 Nejčastější globální příčiny YLD podle pohlaví, data z roku 2004.

Males			Females		
Cause	YLD (millions)	Per cent of total YLD	Cause	YLD (millions)	Per cent of total YLD
1 Unipolar depressive disorders	24.3	8.3	1 Unipolar depressive disorders	41.0	13.4
2 Alcohol use disorders	19.9	6.8	2 Refractive errors	14.0	4.6
3 Hearing loss, adult onset	14.1	4.8	3 Hearing loss, adult onset	13.3	4.3
4 Refractive errors	13.8	4.7	4 Cataracts	9.9	3.2
5 Schizophrenia	8.3	2.8	5 Osteoarthritis	9.5	3.1
6 Cataracts	7.9	2.7	6 Schizophrenia	8.0	2.6
7 Bipolar disorder	7.3	2.5	7 Anaemia	7.4	2.4
8 COPD	6.9	2.4	8 Bipolar disorder	7.1	2.3
9 Asthma	6.6	2.2	9 Birth asphyxia and birth trauma	6.9	2.3
10 Falls	6.3	2.2	10 Alzheimer and other dementias	5.8	1.9

COPD, chronic obstructive pulmonary disease.

Zdroj: WHO 2008

#### 1.4.2 Problémy a změny v organizaci psychiatrické péče

V současné době systémy péče o duševní zdraví v mnoha zemích procházejí změnami v jejich organizaci a uspořádání. Jedná se především o trend deinstitucionalizace, kdy se péče přesouvá z psychiatrických oddělení nemocnic do přirozeného prostředí v komunitě. Je tak kladen důraz především na rozvoj komunitních služeb. Problém je ovšem takový, že rozvoj komunitní služeb zatím zaostává, a tím pádem zpomaluje trend deinstitucionalizace psychiatrické péče v mnoha zemích. (Saxena et al., 2007)

V psychiatrii se od zhruba od počátku 21. století objevuje čím dál větší počet různých specializovaných služeb, které na jednu stranu zvyšují portfolio nabízených služeb. Na druhou stranu to vede k fragmentaci systému péče o duševní zdraví, který se tak stává značně roztržitý a nekoordinovaný. Fragmentace systému je důsledkem specializace profesí, která je výsledkem narůstající míry vědomostí a znalostí ve společnosti. Ve velké míře tak dochází k vytváření služeb, které jsou nezávislé na neurologii a interní medicíně, což lze označit jako pozitivní změny a jako známku progresu (Burns 2006). V rámci reformy péče o duševní v mnoha zemích na přelomu a počátku 21. století je snaha o diverzifikaci služeb, která spočívá v zakládání nových typů

služeb za účelem vyplnění širokého prostoru mezi praktickým lékařem a psychiatrickými léčebnami. (Winkler a Janoušková, 2013) S tím je spojen důraz na komunikaci a spolupráci mezi jednotlivými subjekty z toho důvodu, aby se zamezilo fragmentaci systému. (Winkler a Janoušková, 2013).

Dosavadní evidence ukazuje, že kombinace mezi komunitními službami a institucionální lůžkovou péčí představuje nejefektivnější systém péče o duševní zdraví. (Saxena et al. 2007) Ukazuje se také, že lidé stále raději volí mezi kombinací psychiatrické expertízy a určitého tradičnějšího psychologického přístupu. (Burns 2006)

Od roku 2005 se oblast diskurzu nepatrně pozměnila a došlo zde k posunu, kdy místo na deinstitucionalizaci psychiatrické péče je kladen větší důraz na „vyvážený model péče“ (Balanced-model care), který představuje efektivní kombinaci mezi institucionální lůžkovou péčí a komunitními službami poskytujícími péči v přirozeném prostředí. (McDaid a Thornicroft 2005)

Ovšem efektivního vyváženého systému péče o duševní zdraví se nepodařilo ještě většině zemí dosáhnout. Stojí za tím mnoho překážek a bariér, které brání rozvoji efektivního vyváženého systému. Jednou z bariér k dosažení tohoto systému je nutnost „dvojího financování“, která spočívá za prvé v redukci lůžek v nemocnicích a za druhé v rozvoji komunitní péče. Z krátkodobého pohledu se ovšem mohou zdát takovéto investice neprůchodné. Další překážka může spočívat v tendenci zástupců nemocnic klást odpor k těmto změnám, neboť v jejich zájmu je udržet stávající situaci, která jim přináší prestiž, moc a kontrolu nad financemi. (Saxena et al. 2007)

Mezi dalšími bariérami, které brání vývoji systému duševního zdraví, jsou nedostatečný počet kvalifikovaných a vyškolených profesionálů v oblasti duševního zdraví, poté to jsou problémy a výzvy spojené s implementací péče o duševní zdraví do primární péče a v neposlední řadě je to také chybějící leadership v této oblasti. (Saraceno et al. 2007)

### **1.4.3 Rozkol a krize v psychiatrii**

Psychiatrie v dnešní době prochází jistou kritickou reflexí, kdy se začíná rozvíjet debata a diskurz ohledně její budoucí povahy a nabourává se současné paradigma psychiatrie. V mezinárodním diskurzu se v této souvislosti hovoří v různých pojmech. Tento kritický diskurz je patrný především v časopise *The British Journal of Psychiatry*, kde autoři upozorňují, že obor psychiatrie se značně oddaluje od toho, co je zapotřebí

zkoumat v dnešní praxi. Kleinman (2012) v této souvislosti používá termín „Rebalancing of psychiatry“, Bracken (2012) mluví o „Psychiatry beyond the current paradigm“.

Podle Kleinmana (2012) se psychiatrie jako obor stále zaměřuje především na neurobiologické, psychofarmakologické výzkumy, čímž se obor psychiatrie čím dál více zužuje. Kleinman (2012) za tím spatřuje to, že psychiatrie vede jakási vidina brzkého objevu a průlomu, který je nadosah. Takovýto průlom i přes mnohé úspěchy psychiatrie zatím nenastal. Vědci stále nejsou schopni vysvětlit biologické příčiny duševních nemocí. K tomu všemu narůstající evidence ukazuje, že účinky mnohých psychofarmak, která za sebou mají již delší dobu užívání, nejsou tak působivé, jak se zprvu zdálo.

V oboru psychiatrie tak stále převažují biologické výzkumy nad sociálními, což je dáno především větší podporou biologických výzkumů (Kleinman 2012; Singh 2007). Obor psychiatrie je rozvíjen na technologicky orientovaném paradigmatu, které věří, že duševní nemoci lze zkoumat stejnými vědeckými metodami, které se používají ke zkoumání jater nebo plic (Bracken 2012). Nízká pozornost je tak věnována výzkumům psychoterapie, klinické práce, pečovatelských studií politiky duševního zdraví a komunitních služeb. Podle Kleinmana (2012) je tak zapotřebí, aby obor psychiatrie zaujal více multidisciplinární přístup ke zkoumání duševního zdraví, neboť biologický přístup nestačí k pochopení povahy duševních nemocí, je zapotřebí zapojit do řešení otázek duševního zdraví sociální, ekonomické, kulturní, psycho-sociální, politické, klinické, morální a etické a zdravotnické aspekty.

Podle Kleinmana (2012) a Brackena (2012) je zapotřebí, aby se psychiatrie nadále neuzavírala, a naopak se více otevřela novým myšlenkám a přístupům, které přináší například sociální psychiatrie a psychoterapie. Podle Brackena (2012) se jedná o důležitý krok, který napomůže k větší spolupráci s různými hnutími pacientů a jejich rodin.

Rozkol mezi různými přístupy v psychiatrii měl/má překlenout bio-psycho-sociální model, který se objevil v 70. letech 20. století. Tento model stojí na tom, že při léčbě a zkoumání duševních nemocí je zapotřebí brát v úvahu všechny tři složky – biologickou, psychologickou a sociální. Z toho důvodu psychiatrie potřebuje sociální psychiatrii, která vychází z ideje, že lidé jsou především sociálními bytostmi a jsou značně ovlivněny tím, v jakém sociálním prostředí se nacházejí. Sociální psychiatrie vychází z představy, že jedinec má jisté sociální vazby a vztahy, které na jednu stranu mu mohou způsobovat jisté potíže, na druhou stranu jsou rovněž zdrojem podpory. Psychiatrie by tak měla uvažovat o duševním zdraví v širším sociálním kontextu. Sociální psychiatrie je

důležitá i pro oblast prevence a rovněž dokáže nabídnout vysvětlení pro to, co představují pro duševní zdraví takové faktory jak globalizace, sociální sítě nebo média (Ventriglio et al. 2016).

Současný prosazovaný koncept bio-psycho-sociálního modelu klade značné nároky na psychiatra, od které se očekává, že bude jakýmsi koordinátorem, který bude koordinovat spolupráci mezi jednotlivými pracovníky (psychology a sociálními pracovníky) viz. „Evropský psychiatr“ (Uchtenhagen 2009). Zajímavé je, že ve standardech péče v Centrech duševního zdraví (Ministerstvo zdravotnictví 2017) je stanoveno, že koordinátorem péče o nemocného bude zajišťovat klíčový manager tzv. „case manager“, kterým ale nemá být psychiatr ani psycholog, ale sociální pracovník nebo jiná osoba. Vývoj péče o duševní zdraví tak klade značné nároky na psychiatra, který se musí naučit spolupracovat s ostatními členy týmu a rovněž je zapotřebí, aby se nadále vzdělával např. v rámci celoživotního vzdělávání (Uchtenhagen 2009; Rubin 2012).

Pro biologický přístup je rovněž charakteristický dominantní vztah lékaře nad pacientem. Podle Praška (2011) je důležité, aby pacient nebyl vnímán pouze jako diagnóza, ale jako jistá osobnost, která má kolem sebe rodinu a přátele. Nelze pouze čekat, že pacientovi se předepíší léky, které bude poctivě brát a vyléčí se. (Praško 2011)

## **1.5 Vývoj politiky péče o duševní zdraví**

Lidé s duševním onemocněním vždy stáli spíše na okraji společnosti. Stejně tomu tak bylo i v rámci politiky, která lidem s duševním onemocněním nevěnovala příliš velkou pozornost. Politika duševního zdraví byla velmi dlouho zanedbávanou oblastí. Pro stát představovala psychiatrie dítě, které nikdy nechtěl. Na péči o duševně nemocné tak byly vynakládány minimální finanční zdroje, což vedlo k další hlubší stigmatizaci lidí s duševním onemocněním a oboru psychiatrie celkově.

Jistý politický zájem o oblast duševního zdraví se objevil až po druhé světové válce, kdy vznikly mnohé mezinárodní organizace jako OSN, nebo WHO, které začaly upozorňovat na mnohé zdravotní a sociální problémy ve světě. (Sturdy et al. 2013)

V první polovině 20. století se objevilo hnutí *duševní hygieny*, které se snažilo prosazovat prevenci duševních nemocí ve společnosti. Skrze přístup duševní hygieny se stát snažil chránit duševní zdraví lidí tím, že se snažil působit na jejich sociální prostředí. V rámci duševní hygieny je na jedince působeno skrze společnost, kde je mu

prezentováno, co je správné a co odpovídá sociální normě. Duševní nemoc tak podle duševní hygieny není umístěna uvnitř lidského těla, ale naopak je výsledkem sociálních kontaktů či vztahů. Cílem duševní hygieny bylo podporovat chování, které udržuje zdraví jedince a naučit lidi zvykům a chování, které je ochrání před potenciálním nebezpečím a které je naučí vyhýbat se nepříznivým vlivům. Snahou duševní hygieny bylo především zaměřovat se na podporu správného duševního zdraví spíše než na správnou léčbu duševních nemocí. Primárním cílem intervencí tak byla rodina, a to z toho důvodu, že měla přímý a zásadní vliv na výchovu, vývoj a na socializaci jedince (Henderson 2008).

Ke konci 20. století se začal v mnoha státech prosazovat vliv neoliberalismu (včetně České republiky), který přinesl nové principy, které se odrazily v mnoha společenských sférách včetně oblasti duševního zdraví. Neoliberalismus prosazoval nižší účast státu na fungování společnosti a kladl větší důraz na individuální schopnosti jedinců zvládnout a řídit svůj život. Základní podstatou neoliberalismu je *self-governance* – neboli každý jedinec si volí, jakým způsobem bude žít svůj život. Neoliberální přístup přinesl do poskytování péče lidem s duševním onemocněním tržní mechanismy a tržní racionalitu. Z hlediska prevencí duševních nemocí tak byl větší důraz kladen na to, aby jedinec převzal aktivní roli v tom, jaký volí životní styl a jakým způsobem se vyvaruje rizikům (management of risk). Tento přístup jde ruku v ruce s nástupem biologického přístupu v psychiatrii na konci 20. století, který hledá příčiny duševních nemocí uvnitř člověka (Henderson 2008).

V rámci politiky v oblasti duševního zdraví zde hrají důležitou roli různé mezinárodní aktéři jako světová zdravotnická organizace (WHO), Evropská unie, Global Mental Health, jejichž role především spočívá v mapování situace a upozorňování na problémy, které vyžadují řešení. V posledních letech státy věnují větší pozornost oblasti duševního zdraví, a to především poté, co v roce 2001 WHO vydala World Health Report věnovaný duševnímu zdraví (World Mental Health report 2001). Tento report představoval zlomový bod pro politiku duševního zdraví i pro oblast péče o duševní zdraví celkově.

### **1.5.1 Přístup WHO k oblasti duševního zdraví**

Role Světové zdravotnické organizace (WHO) spočívá především v jejich schopnostech shromažďovat a mobilizovat znalosti a vědomosti. Její slabinou je omezená možnost přimět státy aplikovat tyto znalosti na národní úrovni. WHO je vnímaná především jako technokratická organizace, jejíž cílem bylo vynalézt standardy, které by



umožnily komparaci jednotlivých systémů duševní péče mezi státy. V těchto pokusech byla spíše neúspěšná (Sturdy et al. 2013).

WHO byla založena v roce 1948. V tomtéž roce vznikl v rámci této organizace i útvar pro oblast duševního zdraví (Mental Health Unit). Od počátku založení šel přístup WHO dále než konvenční přístup psychiatrie. Cílem WHO bylo sledovat širší kontext nemocí, a to jak jejich ekonomickou, sociální tak biologickou dimenzi. V roce 1953 WHO vydala vlivný report „*The Community Mental Hospital*“, který prosazoval preventivní přístup k duševnímu zdraví založený především na komunitních opatřeních. Tento přístup byl odrazem tehdy prosazovaného přístupu hnutí duševní hygieny. (Sturdy et al. 2013).

Z širší perspektivy bylo téma duševního zdraví ve WHO spíše okrajovou záležitostí, a to především v rané fázi její existence, kdy byla hlavní pozornost věnována boji proti infekčním nemocem. Menší zlom nastal až v 60. letech, kdy se podařilo porazit mnohé infekční nemoci a objevil se tak větší prostor pro zkoumání problematiky duševního zdraví. To vedlo k tomu, že v roce 1970 byl formálně schválen dlouhodobý program, jehož cílem bylo „*nahradit úzce zaměřený přístup k duševním nemocem novým modelem péče: komplexní, preventivní, léčebné a rehabilitační služby poskytované v komunitě multi-disciplinárními týmy zdravotníků.*“ (Sturdy et al. 2013:537).

Jak již bylo zmíněno výše, hlavní snahou WHO bylo generovat standardizovaná a porovnatelná data o poskytování péče duševně nemocným v různých zemích. V těchto pokusech zaznamenala WHO většinou neúspěchy, ale poslední pokus v této oblasti vedl k vytvoření mezinárodní klasifikace péče o duševní zdraví – International Classification of Mental Health Care (ICMHC) publikované v roce 1996. ICMHC bylo hodnoceno mnoha výzkumníky jako vysoce kvalitní nástroj pro klasifikaci a popis nejrůznějších aspektů poskytované péče duševně nemocným a pro jejich porovnávání mezi státy. V posledních letech ale tato klasifikace přestala být používána. (Sturdy et al. 2013)

V 90. letech WHO spolu s Harvardskou univerzitou uskutečnily rozsáhlou studii nazvanou Global Burden Disease, která prokázala, že neuropsychiatrické nemoci se podílí DALYs (počet let ztracených z důvodu neschopnosti) v rozvinutých zemích ze 22 %. Ukázalo se, že duševní nemoci mají značné dopady na pracovní schopnosti lidí, a tedy představují značnou zátěž pro společnost. (Raboch a Wenigová 2012)

To vedlo k tomu, že v roce 2001 došlo k poměrně zásadnímu kroku, kdy WHO věnovala World Health Report duševnímu zdraví („*Mental Health: New Understanding,*

*New Hope*“) (WHO, 2001a). Tento report byl doprovázen i rozsáhlou studií, která mapovala situaci okolo duševního zdraví ve světě („*Atlas: Mental Health Resources in the World 2001*“) (WHO 2001b).

Dalším důležitým milníkem byla v roce 2005 konference v Helsinkách, kde se prvně sešli evropští ministři, aby diskutovali nad otázkami okolo duševního zdraví. Na této konferenci byly schváleny dva dokumenty: „*Mental Health declaration for Europe*“ a „*Mental Health Action Plan*“ (WHO Europe 2005). Tyto dokumenty měly za cíl především sjednotit hodnoty v této oblasti. WHO se snažila především podporovat rozvoj komunitních služeb a vyváženou péči spočívající v efektivní kombinaci mezi institucionální a komunitní péčí. Také zdůrazňovala roli neziskových organizací v oblasti duševního zdraví. V roce 2005 také WHO Europe vydala tři „*Policy Briefs*“ – (McDaid 2005; McDaid a Thornicroft 2005; McDaid et al., 2005) Podle Sturdy et al. (2013) byl výzkumný přístup WHO založen především na případových studiích (založených na zkušenosti) a dokumenty, které WHO vydávalo, postrádaly „evidence-based“ přístup, který by přinášel informace o efektivnosti různých intervencí.

V roce 2007 poté Knapp et al. vydali publikaci „*Mental health policy across Europe*“, která podrobněji mapovala situaci v oblasti péče o duševní zdraví v různých evropských státech. V tomto dokumentu je prosazován „evidence-based“ přístup, který stojí na tom, že politika by při svém rozhodování měla být založena na evidenci a důkazech. (Knapp et al., 2007)

V roce 2013 WHO vydalo dokument „*Mental Health Action Plan 2013-2020*“, který byl schválen v Ženevě. Zároveň v témže roce vydalo WHO Europe (2013) dokument „*The European Mental Health Action Plan*“, který byl schválen v Kodani. Jejich cílem bylo hlavně přimět státy, aby přijaly plán nebo politiku v oblasti duševního zdraví.

### **1.5.2 Global Mental Health**

Global Mental Health představuje mezinárodní pohled na nejrůznější oblasti týkající se duševního zdraví ve světě. Jedná se o „*oblast pro studium, výzkum a praxi, která klade prioritu na zlepšení zdraví a dosažení rovnosti v oblasti zdraví pro všechny lidi celosvětově.*“ (Kaplan et al. 2009:1995, překlad autorky)

Jejich snahou je poukazovat na nerovnosti v dostupnosti zdrojů a služeb, lidských právech duševně nemocných a poskytované péči mezi chudými a bohatými zeměmi. (Patel 2012) V roce 2007 vyšla v Lancetu série pěti článků zaměřených na „Global

Mental Health“, ve kterých se snažili poukázat na zátěž, kterou představují duševní nemoci pro člověka a společnost, a především na značné nerovnosti v péči o duševně nemocné mezi bohatými a chudými státy.

Dle jejich zjištění (Prince et al. 2007) něco okolo 14 % z celkové globální zátěže nemocemi je připisováno neuropsychiatrickým poruchám, mezi nimiž jsou zařazeny chronické duševní nemoci jako deprese, poruchy spojené s užíváním alkoholu a návykových látek a psychózy. Tato zjištění vedla v politické oblasti ke kladení většího důrazu na duševní zdraví. Ovšem jejich studie upozorňuje na to, že tyto odhady mohou být značně podhodnocené, neboť často bývají opomíjeny souvislosti mezi fyzickým a duševním zdravím. Kladou tak důraz na to, že: „*není zdraví bez duševního zdraví*“.  
(Prince et al. 2007)

Duševní nemoci zároveň zvyšují riziko výskytu přenosných a nepřenositelných nemocí a stejně tak přispívají k nezamýšleným i zamýšleným zraněním nebo úrazům (potažmo sebevraždě). Stejně tak zdravotní problémy mohou vést k duševním onemocněním. Jejich doporučení směřují k tomu, aby psychosociální intervence postupovaly všem zdravotními a sociálními programy a aktivitami. (Prince et al. 2007)

Global Mental Health poukazuje také na to, že v mnoha zemích jsou vládní výdaje na oblast duševního zdraví nižší, než by bylo zapotřebí (Saxena et al. 2007). Oblast duševního zdraví nemá z politického hlediska v mnoha zemích zásadní prioritu (Saraceno et al. 2007) Lidé s duševním onemocněním v mnoha zemích nemají přístup k potřebné péči, a to z důvodu nerovnoměrných nebo nedostatečných zdrojů. Dále stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním vede k jejich omezenému využívání dostupných služeb a zdrojů péče o duševní zdraví. Také se ukazuje, že lidská práva lidí s duševním onemocněním mnohdy nebývají dodržována. Ve většině zemí stále převládá institucionální podoba psychiatrické péče a na rozvoj komunitní péče stále neexistuje dostatečné množství prostředků (a to finančních, lidských a sociálních). (Saxena et al. 2007)

V oblasti komunitní péče hrají významnou roli různé nevládní organizace a asociace pacientů a jejich rodin. Důležité je zde zapojení rodin a přátel, na něž padá mnohdy největší zátěž spojená s péčí o nemocného. Pokrytí a spektrum různých nevládních organizací je stále ve většině zemí nedostatečné a rovněž koordinace a spolupráce mezi nevládními organizacemi a veřejnými orgány je neefektivní, nebo zcela chybí. V posledních letech se objevují různé asociace pacientů a rodin, které jsou

poměrně aktivní ve své činnosti. Ovšem tyto asociace mají stále spíše slabší postavení a jsou velmi fragmentované a nedostatečně koordinované. Všeobecně bohužel platí, že pacienti a jejich rodiny mají nadále omezené možnosti a šance, jak se zapojit do rozhodování o léčbě. (Saxena et. al. 2007)

Patel et al. (2007) uvádí, že mnoho zemí na světě mají zavedeny různé způsoby léčby a péče o duševní zdraví, ovšem v mnoha z nich chybí evidence a výzkumy zabývající se tím, jaké je efektivnost těchto metod a postupů léčby, a to především v těch nejchudších zemích. V mnoha zemích existuje pouze malá evidence a většinou jde především o výzkumy zabývající se efektivností farmakoterapie. Zatím dostupná evidence ukazuje pozitivní výsledky u léčby psychofarmaky a také u psychoterapie (CBT). (Patel et al. 2007)

### **1.5.3 Evropská Unie**

Jedním z dalších důležitých aktérů v politice péče o duševní zdraví je Evropská unie, která vznikla v roce 1993 za účelem hospodářské a politické spolupráce mezi evropskými státy. Mezi její další cíle spadá i ochrana lidských práv občanů členských států a boj proti sociálnímu vyloučení. Poté, co v roce 2001 WHO vydala World Health report věnovaný duševnímu zdraví, který upozornil na skutečnost, že duševní nemoci představují velkou zátěž pro společnost a vyžadují tak větší politickou pozornost. Evropská unie na tuto skutečnost reagovala vydáním „Zelené knihy“ v roce 2005, jejíž cílem bylo nastartovat veřejnou diskuzi o problematice duševních nemocí a jejího řešení. (EC 2005)

Cílem „Zelené knihy“ bylo upozornit na skutečnost, že odhadem více jak 27 % Evropanů (dospělých) trpí nějakou formou duševní nemoci v průběhu jednoho roka. Dále v EU každoročně něco okolo 58 000 lidí zemře z důvodu sebevraždy, což je více, než kolik lidí umře ročně při autonehodě nebo na HIV/AIDS. Také se odhaduje, že duševní nemoci v EU představují náklady ve výši 3%-4% celkového HDP a jsou jedním z nejčastějších příčin předčasného odchodu do důchodu nebo invalidního důchodu. (EC 2005)

Z těchto a jiných důvodů Zelená kniha vyzívá k potřebě vytvoření strategie EU k řešení otázek v oblasti duševního zdraví. Hlavním cílem má být prevence duševních nemocí a podpora duševního zdraví evropské populace. Za tímto účelem došlo k vytvoření EU-platformy pro oblast duševního zdraví a k vytvoření dialogu mezi jednotlivými členskými zeměmi. (EC, 2005)

V roce 2016 byl přijat na konferenci v Bruselu „European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing.“ Tento dokument se věnuje problémům v těchto pěti oblastech: (Joint Action 2016: 7-8)

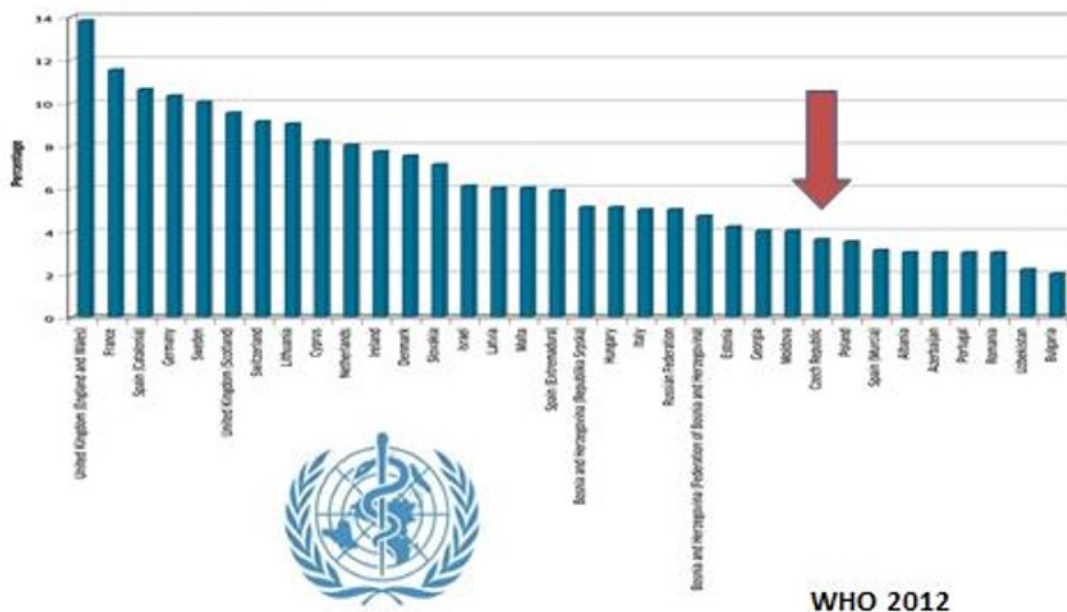
- a) Podpora duševního zdraví na pracovišti
- b) Podpora duševního zdraví na školách
- c) Podpora akcí proti depresi a sebevraždě a implementaci přístupů “e-zdraví”
- d) Rozvoj komunitní péče a sociálního začleňování lidí se závažným duševním onemocněním
- e) Podpora integrace duševního zdraví do všech politik

Tento dokument má přispět k naplnění cílů Akčního plánu z roku 2013 „The European Mental Health Action Plan“ (WHO Europe 2013).

## **1.6 Péče o duševní zdraví v České republice**

Péče o duševní zdraví v České republice se potýká s řadou problémů, jimiž je nedostatek zařízení komunitní péče, nerovnoměrné rozmístění ambulantních služeb a velmi zastaralá lůžková zařízení. V porovnání s jinými evropskými zeměmi není péče o duševní zdraví v ČR dostatečně finančně zajištěna a dlouhodobě je vývoj a rozvoj péče o duševní zdraví v ČR opožděna a zanedbán. Péče o duševní zdraví v ČR je i méně finančně podporována ve srovnání s jinými somatickými medicínskými obory. V roce 2012 WHO uvedla, že odhadem činily výdaje na duševní zdraví v zemích EU 3-4 % HDP, v rámci sektoru zdravotnictví to bylo zhruba 2 % HDP. V České republice tvoří výdaje na duševní zdraví velmi malý podíl v rámci celkových výdajů na zdravotnictví. Přesný podíl není znám a k dispozici. Odhadem se bude tento podíl pohybovat někde mezi 2-3 %. (Raboch a Wenigová 2012) Následující obrázek (Obr. 3) ukazuje, že Česká republika se, co se týče výdajů na financování péče o duševní zdraví, pohybuje na posledních místech. Takovýto obrázek vede k zamyšlení, že situace vyžaduje větší pozornosti.

**Obr. 3 Podíl výdajů na duševní zdraví na celkových výdajích ve zdravotnictví**



Zdroj: Rabocha a Wenigová, 2012)

Ukazuje se, že duševní nemoci trápí v České republice čím dál větší počet. Mezi lety 2006 až 2011 byl zaznamenán stoupající trend v počtu pacientů s duševním onemocněním léčeným v psychiatrických zařízeních (přibližně o 10 000 více lidí se v roce 2011 léčilo v ambulantní sféře a o 2000 více pacientů se léčilo v ústavní péči). Rovněž bylo možné sledovat mezi lety 2006 a 2011 stoupající trend v dokonaných sebevraždách. (Raboch a Wenigová 2012)

Duševní nemoci stejně jako v jiných zemích ve světě představují značnou zátěž pro společnost. Mezi lety 2001 až 2011 se počet nově přiznaných invalidních důchodů z důvodu duševního onemocnění téměř zdvojnásobil (z 13 135 v roce 2001 na 27 765 v roce 2011)<sup>3</sup>. V současné době z celkového počtu nově přiznaných invalidních důchodů připadá zhruba 16-17 % na duševní nemoci, které tak představují jeden z nejčastějších důvodů pro udělení invalidního důchodu. (Janoušková et al. 2014)

V České republice se většina psychiatrické péče odehrává v ambulantní sféře. (Raboch a Wenigová 2012) Počty ambulantních psychiatrů v minulých letech průběžně rostly. Na druhou stranu počet ambulantních klinických psychologů v první polovině 90. let rapidně klesaly a až po roce 2000 začal jejich počet nepatrně růst. (CMHCD 2012) Počet ambulantních psychiatrů je tak v ČR uspokojivý a dostatečný, ovšem i přesto se

<sup>3</sup>VÁLKOVÁ, H. (2015). Každý pátý chce invalidní důchod kvůli duševní nemoci, žadatelů přibývá [online]. *Idnes.cz*, 19.2.2015 [cit. 04-05-2017] Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/invalidni-duchod-dusevni-nemoc-nudz-db8-/domaci.aspx?c=A150216\\_140450\\_domaci\\_hv](http://zpravy.idnes.cz/invalidni-duchod-dusevni-nemoc-nudz-db8-/domaci.aspx?c=A150216_140450_domaci_hv)

ambulantní psychiatrická péče potýká se značnými nedostatky. Především se jedná o skutečnost, že petrifikovaný systém úhrad zavedený v 90. letech vede k upřednostňování kvantity na úkor kvality. Tento systém financování motivuje ambulantní psychiatry, aby poskytovali péči co největšímu počtu pacientů bez toho, aby těmto pacientům věnovali dostatečný čas pro jejich terapii. Dalším rizikem systému je skrytá vysoká nemocnost. Dále je to nedostatečný počet klinických ambulantních psychologů, kteří na mnohých místech scházejí. Je zde také nedostatek počtu specializované ambulance. (Raboch a Wenigová 2012)

Co se týče ústavní péče tak v roce 2011 bylo v ČR 10 582 psychiatrických lůžek. (Raboch a Wenigová 2012) V roce 1990 bylo v ČR přes 15 000 lůžek v psychiatrických léčebnách, od té doby jejich počet klesal. V posledních letech jejich počet klesá, ale velmi pomalu. Komunitních služeb v ČR je stále nedostatečné množství a jejich rozdělení je rovněž značně nerovnoměrné. (CMHCD 2012)

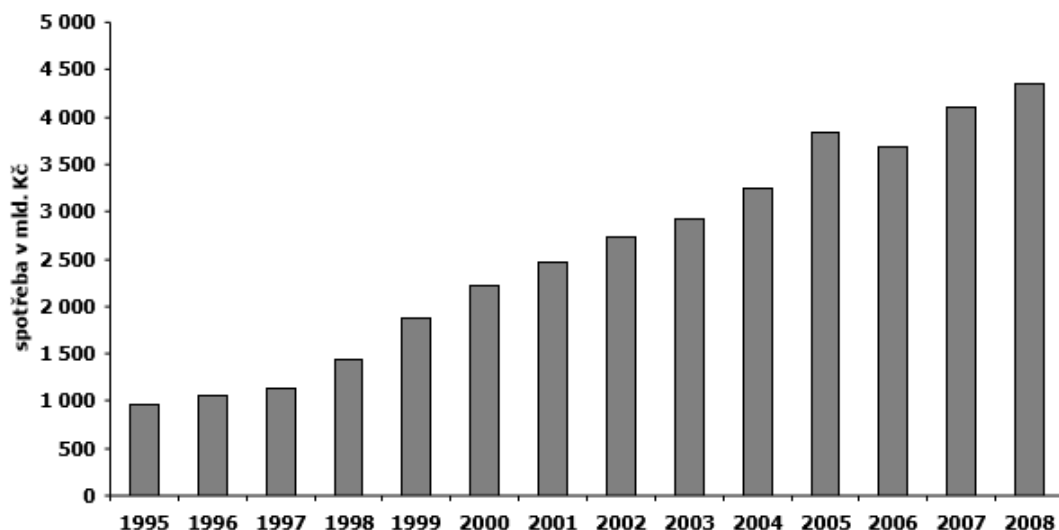
Psychiatrická péče v ČR je tak založena především na biologickém přístupu k psychiatrické péči, který je založen léčbě pomocí psychofarmak. Většina duševně nemocných v ČR se léčí pouze pomocí psychofarmak. Tento model péče tak nekoresponduje s bio-psycho-sociálním přístupem k léčbě duševně nemocných, který je v současné době prosazován v rámci mezinárodního diskursu. (Raboch a Wenigová 2012)

Hlavní problém současného fungování systému péče o duševní zdraví spočívá v absenci spolupráce a koordinace mezi jednotlivými složkami péče (psychiatrické nemocnice, ambulantní péče, praktickými lékaři a klinickými psychology). (Ministerstvo zdravotnictví 2013) V 90. letech tak začala značně stoupat spotřeba psychofarmak (Obr. 4).

Současná situace je dána především historickým vývojem psychiatrické péče v ČR a celkově (historicky) nízkým politickým zájmem o tuto oblast. Velmi dlouhou dobu Česká republika neměla žádnou schválenou strategii v oblasti péče o duševní zdraví. (Dobiášová et al. 2016) Před sametovou revolucí v letech mezi 1960 a 1989 zde byl obrovský nárůst počtu psychiatrů, a to jak v psychiatrických nemocnicích, všeobecných nemocnicích tak i v ambulantních zařízeních (Scheffler a Potůček 2008). Dle Schefflera a Potůčka (2008) lze na tento trend pohlížet jako na příznivý vývoj, anebo na něj lze nahlížet jako na naprosté zanedbání psychologického a sociálního aspektu při léčbě

duševních onemocnění vedoucího k úzkému zaměření na léčbu pomocí medikace. V 90. letech tak začala značně stoupat spotřeba psychofarmak. (Raboch a Wenigová 2012)

**Obr. 4 Vývoj spotřeby léčiv používaných v psychiatrii v období let 1995-2008 v ČR ve finančním vyjádření**



Zdroj: Raboch a Wenigová 2012

V roce 2013 vláda schválila první Strategii reformy psychiatrické péče, která má za cíl snížit počty pacientů v psychiatrických nemocnicích a současně s tím navýšit počet pacientů léčených ambulantně a v komunitním prostředí. V rámci této reformy mají vzniknout tzv. Centra duševního zdraví (CDZ), která mají představovat krok směrem k deinstitucionalizaci psychiatrické péče v ČR. CDZ budou poskytovat komplexní zdravotní a sociální péči lidem s vážným duševním onemocněním. V rámci CDZ budou operovat multidisciplinární týmy, jejichž cílem bude pokrýt široké spektrum potřeb jedince. (Ministerstvo zdravotnictví 2013) Do vytváření této strategie bylo zapojeno několik aktérů: Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí, zdravotní pojišťovny, zástupci zdravotních zařízení, profesionální asociace, asociace krajů ČR, pacienti a neziskové organizace. (Dobiášová et al. 2016)

V současné době se reforma psychiatrické péče nachází v přípravné fázi. V roce 2017 by měla být spuštěna výstavba Center duševního zdraví, zatím jich je plánováno



dvacet jedna a celkově je na reformu psychiatrie vyhrazeno 2,2 mld. korun, které jdou z evropských fondů<sup>4</sup>

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví vydalo v roce (CMHCD 2012) zprávu, ve které shrnuje současný stav, ve kterém se nachází péče o duševně nemocné v ČR. Z této zprávy vychází, že Česká republika se nachází ve fázi „redukce institucí“, charakteristiku této fáze ukazuje (Tab. 1).

**Tab. 1** Vývojové fáze tvorby systému psychiatrické péče

<b>Tvorba velkých institucí</b>	<b>Redukce institucí</b>	<b>Vyváženost lůžkové a mimolůžkové péče</b>
Rozvoj počtu lůžek ve velkých institucích	Rušení velkých institucí	Instituce plně nahrazeny menšími zařízeními
Nedostatečná role rodiny.	Snižování počtu lůžek	Akutní lůžka ve všeobecných nemocnicích
Většina investic směřuje do institucí	Zvyšování role rodiny	Silná podpora rodiny
Profesionálové sestávají převážně z doktorů a sester	Investice do mimonemocničních služeb	Mnoha-zdrojová podpora komunitního systému
Nediferencovaný přístup k pacientům	Pestřejší škála profesí (psychologové, sociální pracovníci...)	Nové profese v komunitních službách
Dominance „kustodiální péče“ a kontroly symptomů	Růst individuálního přístupu k pacientům	Rovnováha mezi kontrolou a nezávislostí pacienta
	Pozornost centrována na kontrolu léčby psychofarmaky, ale i rehabilitaci	Evidence-based přístupy orientované na všechny potřeby pacientů

Zdroj: CMHCD 2012

V České společnosti se také projevuje značný trend stigmatizace. Stigmatizace je proces, při kterém dochází k sociálnímu vyloučení jistých skupin lidí. V rámci tohoto procesu dochází k tomu, že jistá skupina je vnímaná jako odlišná od toho, co je považováno za „normu“ v dané společnosti (Corrigan, 2004). Z výzkumu stigmatizace duševně nemocných lidí v ČR (Winkler et al., 2014) vyšlo, že: „40,8 % populace by vadilo bydlet s někým, kdo má psychické onemocnění, 35,8 % populace by vadilo s ním pracovat, 30,8 % populace by vadilo bydlet v sousedství takové osoby a 26,4 % populace by se nechtělo přátelit s člověkem s takovýmto postižením“ (Winkler et al. 2014:57) Stejně dotazníkové šetření proběhlo i ve Velké Británii, kde výsledky ukázaly o hodně nižší míru stigmatizace lidí s duševním onemocněním. (Winkler et al. 2014) Systém péče

<sup>4</sup> ČABANOVÁ, A. Velká reforma psychiatrie je ve skluzu. Poslanci se bojí o dotační miliardy [online]. *E15.cz*, 21.12.2016 [cit. 04-05-2017] Dostupné z: <http://zpravy.e15.cz/domaci/politika/velka-reforma-psychiatrie-je-v-skluzu-poslanci-se-boji-o-dotacni-miliardy-1326940>

o lidi s duševním onemocněním je v ČR značně zatížen systémovou stigmatizací (Bodnár 2009), která spočívá v tom, že samotný systém (a jeho instituce, psychiatři a jiný personál) se podílejí na stigmatizaci osob s duševním onemocněním.

### **1.6.1 Kritika současné psychiatrické péče v ČR**

Současný systém péče o duševní zdraví v ČR je kritizován mnoha odborníky i pacienti samotnými. Jedním z těchto kriticky vystupujících odborníků je Martin Jarolímek, který působí v pražském Psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov, ten poznamenává, že psychiatrie v ČR je značně zatížena stigmatem, a to jak z pohledu široké veřejnosti, tak i politických představitelů. Podle něj ke stigmatizaci psychiatrie značně přispívá kastovníctví uvnitř tohoto oboru, který se dělí na tři kasty psychiatrů. (Gabriel et al., 2016)

První kasty tvoří psychiatři v lůžkových zařízeních, druhá kasta představuje ambulantní psychiatry a třetí kasta zahrnuje psychiatry pracující v komunitní sféře. Podle Martina Jarolímka zakonzervovaný systém vede absolventy medicíny (kteří začnou pracovat buď na lůžkových zařízeních, v ambulancích, nebo v terénu) k tomu, že většina absolventů rychle přivykne stávajícím podmínkám a rezignuje na jakoukoliv snahu provádět péči jiným způsobem, než je zde zvykem. Stejný problém vnímá i ředitel psychiatrické nemocnice Bohnice a místo předseda Psychiatrické společnosti Martin Hollý, který uvádí, že i když se absolventi zpočátku ztotožňují s ideou reformy a mají naději ve změnu, tak bohužel mnohdy je každodenní praxe převálcuje a jejich prvotní optimistický postoj je rychle pryč. Podle Martina Hollého tak mladá generace doktorů po absolvování školy rychle přivykne stávajícím zavedeným poměrům. (Gabriel et al. 2016)

Na druhou stranu se někdy stává, že lékaři s dlouholetou praxí, kteří vidí naději, že se začínají dít pomalé změny, tak mění svoje postoje. To je dle M. Hollého důležité, protože mnohdy již zastávají nějakou vedoucí funkci a mohou tak narušovat postoje mladých lékařů. (Gabriel et al. 2016)

Dále vztah mezi pacientem a lékařem je značně problematický a kritizovaný. Jan Pfeiffer uvádí, že vztah mezi pacientem a jeho ošetřovatelem je značně hierarchizovaný a je postavený na tom, že pacient se musí řídit tím, co mu řekne lékař. Martin Jarolímek popisuje praxi v poskytování péče lidem s duševním onemocněním v ČR následovně: lůžkový psychiatr má 30 až 50 pacientů na oddělení, mezi kterými pobíhá, přijímá nové pacienty, píše zprávy o jejich příznacích, a přitom se snaží vyhýbat kontaktu s rodinnými příslušníky, kteří se ptají na vše možné otázky. Problematické to je i v ambulantní sféře,

kde ambulantní psychiatr má zhruba okolo 30 pacientů denně. Na jednoho pacienta má tak patnáct minut jednou za měsíc, během této doby s ním stihne probrat jenom základní otázky. Celkový počet ambulantních psychiatrů je velmi omezený, a i pacienti sami potvrzují, že mnohdy dostanou nejbližší termín objednání až za měsíc. Průměrný ambulantní psychiatr při ošetřování pacienta věnuje pozornost pouze jeho psychiatrickým příznakům, které se snaží léčit především prostřednictvím předepisování léků a příliš se nezajímá o jeho život. (Gabriel et al., 2016)

Komunitní psychiatři jsou ostatními považováni za snílky a idealisty. Podle ostatních psychiatrů komunitní pracovníci nemají rádi psychofarmaka a pacientům vysazují léky a používají různé psychoterapie nebo alternativní metody. V některých případech je to pravda, ale začíná převládat počet těch, kteří jsou zastánci komplexnějšího přístupu. M. Jarolímek říká, že komunitní psychiatři jsou nejvíce ohroženi syndromem vyhoření a to proto, že jejich práce mnohdy končí až dlouho po skončení pracovní doby. (Gabriel et al. 2016)

Asi většina odborníků se shodne na tom, že je zapotřebí hledat nějaké alternativní způsoby, jak poskytovat léčbu lidem s duševním onemocněním v jejich domácím prostředí bez toho, aby museli být hospitalizováni v psychiatrické nemocnici. Podle Ondřeje Pěče tato možnost v ČR zatím není k dispozici. Podle něj lidé s vážným duševním onemocněním se mohou léčit v domácím prostředí. Další závažný problém spočívá v tom, že pacient, který navštěvuje ambulantního psychiatra, může najednou přestat za ním docházet a nikdo se nebude starat, co se děje. Zde je ideje taková, že v takovém to případě by zde byl komunitní tým, který by se snažil pacienta kontaktovat a zjistit, co se děje a co vedlo k tomu, že pacient přestal docházet k ambulantnímu psychiatrovi. Ovšem komunitních pracovníků a sester je tu stále nedostatek. (Gabriel et al., 2016)

### **1.6.2 Zkušenosti pacientů s péčí v České republice**

Z dotazníkového šetření mezi 125 respondenty s vážným duševním onemocněním v rámci projektu „Informační aktivity“ realizovaného spolkem Dobré místo v letech 2015 a 2016 (Gabriel et. al. 2016) vyplynulo, že 40 % lidí není spokojeno s tím, jakým způsobem jim lékaři vycházeli vstříc při hledání optimální medikace. Téměř polovina respondentů (42 %) uvedla, že mají pocit, že jim užívání léků příliš nepomohlo a že léčba pomocí léků není dostatečně účinná. Respondenti hodnotili také zkušenosti s pobytem v psychiatrické léčebně. Pro 44 % respondentů představoval pobyt negativní zkušenost.

Zřejmě největší problém byl spatřován v tom, že na ně psychiatr měl málo času (42 %). Přibližně třetina respondentů (35 %) si stěžovala na fakt, že personál nerespektoval jejich důstojnost. Respondenti také uváděli jako hlavní problém nedostatek informací. (Gabriel et al. 2016)

Jiná studie zabývající se spokojeností pacientů s péčí v psychiatrických léčebnách dospěla ke zjištění, že celková spokojenost dosahovala 70 % (na otevřených pracovištích to bylo 74 % a na uzavřených pracovištích 65 %, což je přibližně o 10 % menší spokojenost). V této studii respondenti uváděli nejvyšší míru spokojenosti se zapojením rodiny do jejich léčby, a naopak podprůměrnou spokojenost vyjadřovali pacienti s dimenzí informace a komunikace, kde respondenti nejhůře hodnotili frekvenci hovorů. Nízkou spokojenost vyjadřovali pacienti i s nízkou mírou zapojení do rozhodování o vlastní léčbě. (Raiter a STEM/MARK 2009)

Z výsledků studie projektu „Informační aktivity“ (Gabriel et al., 2016) se ukázalo, že respondenti hodnotili přístup jejich lékařů kladně. Pouze 18 % respondentů uvedlo, že jim psychiatr při jejich léčbě nevyšel vstříc a nezohledňoval jejich požadavky. (Gabriel et al., 2016) Také ze studie (Raiter a STEM/MARK, 2009) vyplynulo, že pacienti byli spokojeni se znalostmi jejich lékaře. Z výzkumu (Gabriel et al., 2016) se ukázalo, že pacienti hledají u lékařů hlavně lidský a přátelský přístup a jako nejméně důležité je pro ně, aby lékař vzbuzoval autoritu.

Lidé, kteří mají nebo měli duševní onemocnění a mají zkušenost s psychiatrickou péčí, jsou celkově méně kritičtí k systému psychiatrické péče. Pacienti si všímají hlavně přístupu jejich lékařů, a to jakým způsobem s nimi komunikuje a jak se k nim chová. Negativně hodnotí především povýšenost, nátlak, lhostejnost, nedostatek kompetence, nedodržování slibů a zákulisní rozhodování. Na druhou stranu oceňují, když je jejich lékař náročný a přísný a není příliš benevolentní. Jednoznačně nejvíce si pacienti cení toho, když je lékař ochoten věnovat jim svůj čas a otevřeně a ochotně s nimi komunikuje o čemkoliv. (Gabriel et al. 2016)

Výsledky studie (Gabriel et al. 2016) ukázaly, že lidé s duševním onemocněním využívají především služeb medicínského charakteru (všichni uvedli, že navštívili psychiatra) spolu s konzultací u psychologa (78 % vyhledalo psychologa). Méně, než polovina respondentů využila služeb sociálního pracovníka. Další formy péče jsou využívány zřídka. Nízké využívání ostatních služeb může souviset s nedostatečným počtem komunitních služeb. (Gabriel et al. 2016)

Z výše popsaných zjištění a postřehů ze studie „Informační aktivity“ (Gabriel et al., 2006) vyplývá, že spokojenost s péčí a s lékaři je různá případ od případu. Někteří pacienti uvádějí, že jsou se svým lékařem spokojeni, jiní zase vyjadřují spíše nespokojenost, a to například tehdy, když je lékař nutí brát léky, které jim nedělají dobře. Celkově ze zkušeností lidí vyplývá, že většina pacientů vystřídala několik psychiatrů a lékařů. A většina tak má zkušenosti jak s dobrými doktory, tak i takovými, se kterými si nesedli. Z výpovědí pacientů rovněž vyplývá, že psychiatra mají od toho, aby jim předepisoval léky, a poté chodí třeba k psychoterapeutovi nebo psychologovi, se kterým si povídají. Celkově uvádí větší spokojenost s psychology než s psychiatry. Psychologové mají podle nich vstřícnější přístup. Na druhou stranu soukromí psychologové si jim zdají příliš drazí. Mnozí pacienti si nejsou vědomi, že by měla probíhat reforma psychiatrické péče. Celkově je z výpovědí patrné, že lidé s duševním onemocněním nejsou ze své pozice příliš schopní zasadit své zkušenosti do kontextu fungování celého systému.

## **2 Výzkumné cíle, otázky a plán výzkumu**

Tato kapitola popisuje plán výzkumu – výzkumný problém, výzkumný cíl, výzkumné otázky, jaká data byla využita a jaké byly metody jejich zpracování.

### **2.1 Výzkumný problém**

Výzkumným problémem této práce je skutečnost, že péče a léčba o duševně nemocného člověka v ČR je zaměřena především na medicínsko-biologický přístup s využitím psychofarmak. V praxi současného českého zdravotnického systému je vedle biologicky orientované psychiatrie rozvíjen také sociálně-psychologický terapeutický přístup. Mezinárodní diskurs vývoje poznatků aplikovatelných v oblasti psychiatrie reflektuje v průběhu 20. století a na počátku 21. století existující deficity vývoje samotného poznání a praxe léčby duševních onemocnění. Tyto kritické poznatky jsou také předmětem tvorby politiky duševního zdraví nejen v Evropě a USA, ale dnes již prakticky v globální podobě. Tvůrci české politiky duševního zdraví („Strategie reformy psychiatrické péče“ Ministerstvo zdravotnictví 2013) se tak ocitají nejen před samotnými otázkami organizačního uspořádání péče o duševně nemocné, ale v globálním kontextu před řadou dalších výzev.

### **2.2 Výzkumný cíl**

Cílem práce je:

1. porovnat ideová východiska politiky duševního zdraví v ČR a v zahraničí v roce 2013,
2. reflektovat zkušenost pacienta s praxí psychiatrie v ČR

V roce 2013 došlo v ČR a současně i ve WHO k významným událostem, spočívajícím v tvorbě strategických dokumentů v oblasti politiky duševního zdraví (WHO 2013; WHO Europe 2013)). V roce 2013 tak došlo k možnosti porovnat ideová východiska WHO a ČR. Vývoj těchto ideových východisek za sebou má podstatně delší cestu, která je v práci řešena: (1) formou úvodní analýzy v kapitole 1, (2) v rámci kapitoly 3 této práce (teoretická východiska), (3) v samotné empirické části (kapitola 4). Ideová východiska představují pro proces tvorby politiky faktor poměrně dlouhodobého významu. V praxi zdravotní politiky je ideový (poznatkový) vývoj v různé míře modifikován existujícími aktuálními zájmy zúčastněných aktérů. V případě české „Strategie reformy psychiatrické

péče“ (Ministerstvo zdravotnictví 2013) šlo o aktéry z psychiatrické komunity ve spolupráci s MZ ČR. Česká a zahraniční ideová východiska se v roce 2013 se sblížila a je samozřejmě zapotřebí věnovat pozornost i jejich předchozímu vývoji a jejich determinantám.

### **2.3 Výzkumné otázky**

- Jak byla dostupná česká a mezinárodní ideová východiska zapracována do Strategie reformy psychiatrické péče z roku 2013?
- Jakým způsobem funguje systém péče o duševní zdraví v ČR z pohledu pacienta?

### **2.4 Metody práce**

V této práci je pro zkoumání výzkumného problému použit kvalitativní přístup, který umožňuje získat podrobnější vhled do pochopení určitého jevu. V rámci kvalitativního přístupu lze využít nejrůznějších metod jako pozorování, texty a dokumenty, interview a audio-videozáznamy. (Hendl 2005) Hlavní snahou je získat: „*integrováný pohled na předmět studie, na jeho kontextovou logiku, na explicitní a implicitní pravidla, která fungují v dané oblasti.*“ (Hendl 2005: 52) Pro získání celistvějšího pohledu na předmět výzkumu zde byly využity nejrůznější kvalitativní metody s cílem zkoumat výzkumný předmět z více perspektiv,

Hlavním úkolem práce bylo získat odpovědi na dvě výzkumné otázky (viz. 3.3.) Samotná realizace výzkumu pak probíhala v několika krocích.

V rámci získání odpovědi na první otázku byly provedeny následující kroky a využity následující metody:

1. *obsahová (kvalitativní) analýza*
2. *tematická analýza*
3. *Kritická diskursivní analýza*

Pro druhou výzkumnou otázku byl využit *biografický výzkum*. Celkem tak výzkum probíhal ve čtyřech krocích.

Před samotným výzkumem byla provedena rozsáhlá vstupní analýza problému, a to prostřednictvím metody „Desk Research“, jejíž cílem bylo dostatečně zachytit jednotlivé souvislosti a kontext okolo výzkumného problému.

## 2.5 Použitá data a metody jejich zpracování

V následující části jsou popsány jednotlivé kroky s tím, jaká zde byla využita data a jaké byly jejich metody zpracování.

### 2.5.1 Obsahová (kvalitativní) analýza

V první kroku v rámci empirického výzkumu byl zkoumán vývoj odborného diskursu v České republice v porovnání se situací ve světě, a to prostřednictvím obsahové (kvalitativní) analýzy, která se zaměřuje na zachycení obsahu či tematického zaměření dokumentu. V rámci metody obsahové analýzy se postupuje tak, že je v prvé řadě definován výběrový soubor dat, poté dochází k určení úrovně analýzy. To znamená, že je určeno, jaká kategorie (pojem) je hledaný za znaky. Poté následuje kódování, kdy dochází k převedení jednotek v kategorii, přičemž kódování by mělo být podloženo teoriemi. (Dvořáková, 2010)

Jako výběrový soubor zde byly definovány všechny články vydané v časopisech „Česká a Slovenská psychiatrie“, „Psychiatrie pro praxi“ a „Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii“ vydaných v letech 2010-2016. Poté byly určeny jako úrovně analýzy tyto kategorie – *biologická psychiatrie*, *psychologická psychiatrie*, *sociální psychiatrie*, *bio-psycho přístup*, *psycho-sociální přístup*, *bio-sociální přístup* a *bio-psycho-sociální přístup*. Následně byly jednotlivé články kódovány podle toho, na jaký přístup (kategorii) se zaměřovaly. Určení zaměření odborného článku bylo provedeno na základě přečtení abstraktu. V případě, že nebylo z abstraktu zcela patrné, o jaké zaměření (kategorii) jde, tak se šlo do textu článku. Toto kódování bylo založeno na poznacích o jednotlivých přístupech v psychiatrii popsaných v teoretické části práce. Bohužel vzhledem k tomu, že obsahová analýza představuje subjektivní metodu, hrozí zde riziko chyby a nízké validity (Dvořáková 2010) Tomu se zde snažilo předejít tím, že se v případě nejasností okolo zaměření článku, šlo do jeho vlastního textu, a tím se snažilo předejít případnému „bias“.

Počty kódovaných článků v jednotlivých kategoriích byly poté zobrazeny pomocí čárového grafu. Dále byly také počty článků v jednotlivých kategoriích v různých letech převedeny na relativní podíly kategorií vůči absolutnímu počtu článků v daném roce.

V rámci dalšího kroku byl zkoumán výskyt biologicky, psychologicky a bio-psycho-sociálně-orientovaných článků v databázi PubMed Central. Pro vyhledávání počtu vyskytujících se článků byla použita slova – *biomedical*, *psychotherapy* a *biopsychosocial*. Výskyt těchto slov byl hledán v celém textu článků, to znamená, že je



zde riziko, že byly vyhledány i články, které nemusely zcela odpovídat definované kategorii. Počet nalezených článků pro jednotlivé kategorie byl znázorněn graficky.

V dalším kroku byla shromážděna klíčová slova pro všechny články v časopisech „Česká slovenská psychiatrie“ a „Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii“ vydaných v letech 2010-2016. Z těchto klíčových slov byl poté vytvořen „Word cloud“ a to pomocí online nástroje na vytváření „Word cloudu“ dostupného na stránkách - <http://www.wordclouds.com/>.

### 2.5.2 Tematická analýza

Pro tematickou analýzu byla použita data, kterými za prvé byly dokumenty vydané v letech 1993 - 2013 v České republice, konkrétně se jednalo o tyto dokumenty: Koncepce psychiatrie (2000), Koncepce psychiatrie (2008), CMHCD (2005), Raboch a Wenigová (2012), Česká psychiatrická společnost ČLS JEP (2007). Primární data, zachycující tento diskurs byla využita prostřednictvím aktivit České psychiatrické společnosti ČLS JEP. Další informace a data byla získána v rámci konzultací s vedoucím práce MUDr. Petrem Hávou, CSc.,

Tematická metoda představuje kvalitativní metodu, která patří k široce používaným metodám. I když neexistuje přesné vymezení toho, jak přesně tato metoda vypadá a jak se provádí. Definovat ji lze jako: „*metodu pro identifikování, analyzování, a nachází schémata (témata) uvnitř dat.*“ (Braun a Clarke 2006: 6) Podle Brauna a Clarka (2006) spočívá hlavní výhoda této metody v její flexibilitě. V rámci procesu tematické analýzy výzkumník hledá a snaží se zaznamenat v datech jakákoliv schémata (témata), která mohou být potenciálně zajímavá. Na konci tohoto procesu jsou nalezená témata analyzována/popsána na základě jejich obsahu a smyslu. Přičemž témata jsou: „*abstraktní (a často nějaký) konstrukty, které výzkumník identifikuje před, během nebo po analýze.*“ (Braun a Clarke 2006: 15, překlad autorky).

### 2.5.3 Kritická diskursivní analýza (CDA)

Pro další část výzkumu posloužila jako primární data dokumenty a texty- **Strategie reformy psychiatrické péče** (Ministerstvo zdravotnictví 2013), **Mental Health Action Plan 2013-2020** (WHO, 2013), **European Mental Health Action Plan** (WHO Europe 2013), **CIMH Approach to Mental Health Systems development** (Minas 2012) a série šesti článků **Global Mental Health** vydaných Lancetem v roce

2007. Výběr těchto dokumentů pro kritickou diskursivní analýzu (CDA) byl proveden na základě zjištění ze vstupní analýzy a na základě diskuze s vedoucím této práce.

Pro zpracování dat a informací byla použita kritická diskursivní analýza (Critical discourse analysis – CDA). Následující část tak bude věnována jejímu popisu. Jedná se jak o teoretický, tak metodický přístup ke zkoumání analýzy diskursu. „*Byl vyvinut skrze zaměření na ideologické, institucionální a sociální perspektivy v diskurzu a jako syntéza kritické teorie Frankfurtské školy, neomarxismu a poststrukturalismu.*“ (Short 2009: 66) Kritická diskursivní analýza stojí na analýze diskursu z pohledu politických a sociálních událostí. „Kritická“ tak není pouze z toho důvodu, že se snaží kriticky hodnotit jazykové postupy a struktury, ale také proto, že zkoumá jazykové praktiky z širšího historického, společenského, kulturního a ideologického kontextu. Jedná se tak o multidisciplinární přístup ke zkoumání určitého jevu. V rámci kritické diskursivní analýzy je zapotřebí brát v úvahu rozdělení moci, solidarity a statusu ve společnosti. (Short 2009)

Kritická diskursivní analýza má následující základní charakteristiky (Short 2009):

- CDA je orientována na problém – zaměřuje se na praktické sociální a politické otázky
- Hledá souvislosti mezi mikroúrovní reprezentovanou texty (diskursem) a makro úrovní reprezentovanou společností a jejími institucemi
- Zajímá se o ideologické a mocenské vztahy ukrývající se za textem (diskursem)
- Uvědomuje si, že diskurs může mít jisté následky. Snaží se tak napravit problematické diskursivní a sociální praktiky
- CDA má interdisciplinární přístup k analýze diskursu

Pomocí kritické diskursivní analýzy bylo možné nahlížet na zkoumaná primární data z politického, společenského a organizačního pohledu.

#### **2.5.4 Biografická metoda**

V rámci získání odpovědi na druhou výzkumnou otázku byla využita data sbírána pomocí rozhovoru, dále data získaná ze zápisů v deníku a prostřednictvím vlastního pozorování.

Využita zde byla *biografická metoda*, která představuje zvláštní druh případové studie, v rámci, které je pozornost věnována jedné osobě nebo malému počtu osob. Pojem biografie se používá pro sepsanou historii života jedince. (Hendl 2016) „*Jde o rekonstrukci a interpretaci průběhu života jedince někým druhým (na rozdíl od autobiografie).*“ (Hendl 2016: 130) Cílem této metody je popsat průběh a sled událostí v životě jedince. (Hendl 2016)

Předmětem zájmu biografického výzkumu je (Hendl, 2016: 130):

- Vnitřní perspektivy jedince
- Interakce jedince v sociálním kontextu
- Zkušenost jedince v různých rolích v průběhu různých okamžiků života

V rámci biografické metody je důležité využití mnoha různých metod (Hendl 2016). Pro biografickou metodu zde byla vybrána osoba, s níž je autorka již dlouhou dobu v kontaktu. Zde v této práci byla data pro biografický výzkum získaná prostřednictvím rozhovoru, který byl založen především na vyprávění dotazovaného o svém životě, které bylo sem tam proloženo otázkami autorky práce. Pro biografický výzkum byla rovněž použita data z deníku, jež si dotyčná psala, nejvíce zápisů je z doby, kdy se léčila v psychiatrické léčebně.

Vzhledem ke skutečnosti, že autorka je s dotyčnou osobou již velmi dlouhou dobu v kontaktu, mohla čerpat informace i z vlastních zkušeností ze setkání s dotyčnou. Byly zde využity i metody pozorování.

Biografická metoda je využita z toho důvodu, že prostřednictvím subjektivních prožitků můžeme vyjádřit institucionální procesy nebo společenské jevy. Na subjektivních prožitcích můžeme dokumentovat institucionální procesy a společenské jevy.

**Tab. 2 Výzkumný plán – výzkumný problém, cíl, výzkumné otázky, použitá data a metody jejich zpracování**

Výzkumný problém	Cíle výzkumu	Výzkumné otázky	DATA	METODY
<p><b>Výzkumným problémem</b> této práce je skutečnost, že péče a léčba o duševně nemocného člověka v ČR je zaměřena především na medicínsko-biologický přístup s využitím psychofarmak.</p> <p>V praxi současného českého zdravotnického systému je vedle biologicky orientované psychiatrie rozvíjen také sociálně-psychologický terapeutický přístup.</p> <p>Mezinárodní diskurs vývoje poznatků aplikovatelných v oblasti psychiatrie reflektuje v průběhu 20. století a na počátku 21. století existující deficit vývoje samotného poznání a praxe léčby duševních onemocnění. Tyto kritické poznatky jsou také předmětem tvorby politiky duševního nejen v Evropě a USA, ale dnes již prakticky v globální podobě.</p> <p>Tvůrci české politiky duševního zdraví („Strategie reformy psychiatrické péče“) se tak ocitají nejen před samotnými otázkami organizačního uspořádání péče o duševně nemocné, ale v globálním kontextu před řadou dalších výzev.</p>	<p>Porovnat ideová východiska politiky duševního zdraví v ČR a v zahraničí v roce 2013</p>	<p>Jak byla dostupná česká a mezinárodní ideová východiska zapracována do Strategie reformy psychiatrické péče z roku 2013?</p>	<p>Dokumenty: Reforma psychiatrické péče ČR (2013); Mental Health Action Plan 2013-2020 (WHO 2013); European Mental Health Action Plan (WHO Europe 2013); série šesti článků Global Mental health; Minas (2012). Články v časopisech Česká a Slovenská Psychiatrie, Psychiatrie pro praxi a Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii. Koncepce psychiatrie (2000) Koncepce psychiatrie (2008) CMHCD (2005)</p>	<p>Tematická analýza, Obsahová (kvalitativní) analýza, Kritická diskursivní analýza</p>
	<p>Reflektovat zkušenost pacienta s praxí psychiatrie v ČR</p>	<p>Jakým způsobem funguje systém péče o duševní zdraví v ČR z pohledu pacienta?</p>	<p>Rozhovor, pozorování, zápisy v deníku</p>	<p>Biografický výzkum</p>

Zdroj: autorka

### 3 Teoretická východiska

Následující kapitola se zabývá teoretickými přístupy a koncepcemi, které byly využity pro uchopení výzkumného problému. Pozornost je zde věnována některým přístupům v rámci politiky duševního zdraví (3.1), dále jsou zde využity některé veřejně-politické teorie (3.2). Dále je pozornost věnována přístupům ke zkoumání zdravotnických systémů a zdravotní politiky (3.3). Poslední část kapitoly (3.4) se zabývá jednotlivými přístupy v rámci psychiatrie.

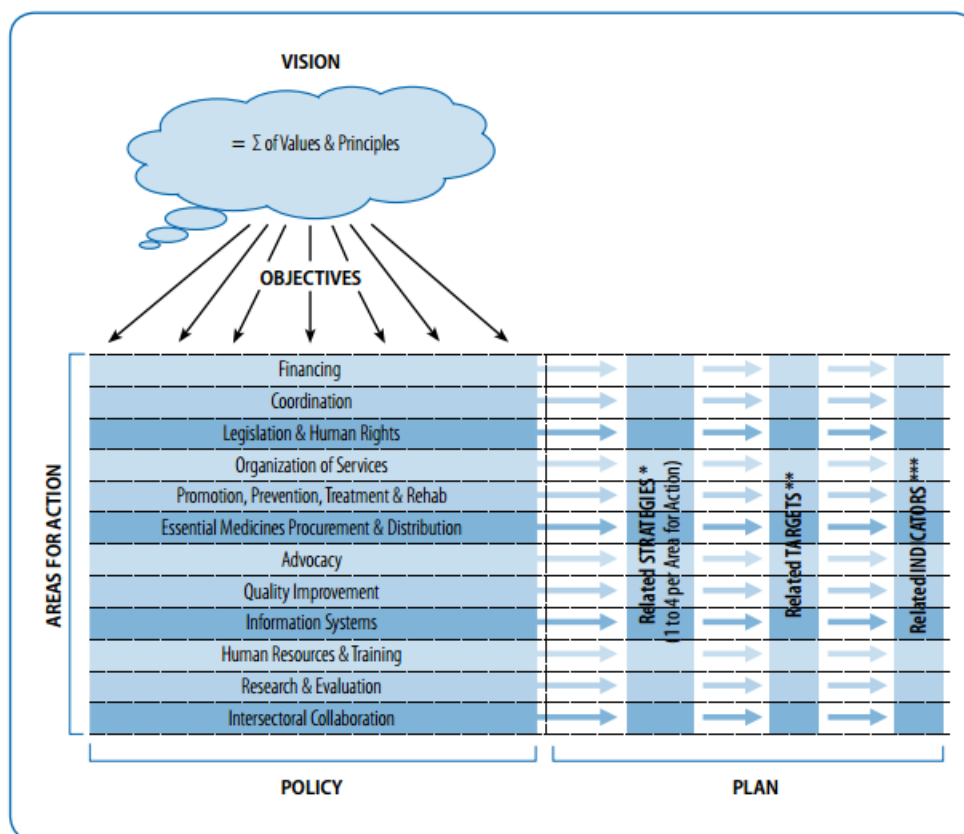
#### 3.1 *Politika duševního zdraví*

V následující části bude pozornost věnována vymezení pojmu duševního zdraví a tomu, jakým způsobem k této problematice duševního zdraví může přistupovat politika duševního zdraví.

Politika duševního zdraví představuje oficiální stanovisko vlády nebo jiné autority v oblasti zdravotnictví, která: *„udává celkový směr pro oblast duševního zdraví tím, že definuje vize, hodnoty, principy a cíle a vytváří široký model pro jednání za účelem dosažení této vize.“* (WHO 2009: 4)

Při plánování a vytváření politiky duševního zdraví by měly být brány v úvahu následující komponenty (Obr. 5). Politika by se měla zaměřit na oblasti financování, koordinace, lidská práva, organizace služeb, podpora, prevence, léčba, advokace, informační systémy, zlepšování kvality, lidské zdroje a školení, výzkum a evaluaci a na meziresortní spolupráci.

Obr. 5 Klíčové komponenty zdravotnického systému



Zdroj: WHO 2009

Pro dosažení efektivní politiky duševního zdraví je podle WHO (2009) zapotřebí učinit a dodržet následující kroky: 1) shromažďovat informace pro správný vývoj politiky, 2) shromažďovat důkazy a evidenci pro účinnou politiku 3) konzultovat a vyjednávat 4) vyměňovat si poznatky s ostatními zeměmi, 4) definovat vize, cíle, principy a hodnoty, 5) určit oblasti vyžadující akci a řešení, 6) určit hlavní role a odpovědnosti pro jednotlivé sektory.

### 3.1.1 Duševní zdraví

Zde je věnována pozornost vymezení pojmu duševní zdraví.

Duševní zdraví má značný dopad na kvalitu života jedince. Duševní zdraví ovlivňuje to, jakým způsobem se bude člověk začleňovat do sociálního a pracovního života ve společnosti.

Dříve bylo duševní zdraví vymezováno jako „absence duševní choroby.“ (WHO 2001a) Tento jednoduchý pohled na duševní zdraví byl poté nahrazen pozitivnějším přístupem k vymezení duševního zdraví. Světová zdravotnická organizace vymezuje

duševní zdraví jako: „stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody (*well-being*) a ne pouze jako absenci nemoci nebo slabosti.“ Širší a konkrétnější definice zní následovně: „duševní zdraví je stav pohody (*well-being*), ve kterém je jedinec schopen realizovat svůj potenciál, dokáže se vyrovnat s běžnými stresy života, dokáže pracovat produktivně a je schopen přispívat do své komunity.“ (WHO 2001d:1)

To znamená, že „není zdraví bez duševního zdraví.“ (EC 2005: 4) Dobré duševní zdraví má velký význam jak pro člověka, tak pro celou společnost. Pro člověka dobré duševní zdraví představuje základní dimenzi jeho života, která mu umožňuje realizovat se v intelektuální a emoční sféře a pomáhá mu naplňovat svoji roli v soukromém a pracovním životě, ve škole a celkově ve společnosti. Pro společnost spočívá význam dobrého duševního zdraví jedinců ve společnosti v udržení a posilování prosperity, solidarity a spravedlnosti ve společnosti. Na druhou stranu duševní nemoci představují velkou zátěž pro člověka, tak i pro společnost. (EC 2005)

Skutečnost je bohužel taková, že se u mnoha lidí objevují duševní nemoci a různé psychické problémy, které zatěžují život člověka a narušují jeho normální fungování v běžném životě. Duševní nemoci jsou rozděleny do následujících základních skupin<sup>5</sup>:

- Úzkostné či neurotické poruchy
- poruchy osobnosti
- psychotické a afektivní poruchy
- psychosomaticky podmíněné onemocnění

V současné době se v medicíně používají dva klasifikační systémy duševních onemocnění, a to 1) Diagnostic and statistic manual of mental disorders (DSM-5) a za 2) ICD-10 Chapter V: Mental and behavioural disorders. (Gask 2004)

Duševní zdraví je ovlivněno mnoha faktory, mezi ně patří například biologické vlivy (genetika, pohlaví), individuální faktory (vlastní zkušenosti), rodinné a sociální prostředí a další ekonomické a environmentální faktory jako například sociální status a životní podmínky. (EC 2005)

### **3.1.2 Sociální determinanty zdraví**

Sociální determinanty zdraví vychází z ideji, že ekonomické a sociální podmínky ovlivňují zdraví jedince. Sociální determinanty zdraví (Social determinants of health –

---

<sup>5</sup> Psycholog Praha. Klasifikace duševních poruch. Dostupné z: <http://www.psycholog-praha.cz/klasifikace-dusevnych-poruch>

SDH) jsou dány „*podmínkami, ve kterých se lidé rodí, vyrůstají, žijí, pracují a stárnou.*“<sup>6</sup> Tento koncept má velký význam pro veřejnou politiku, jejíž cílem je zlepšovat sociální a ekonomické podmínky za účelem zlepšování a upevňování zdraví populace. (Wilkinson a Marmot 2003)

Mezi faktory sociálního prostředí, které přispívají nebo vedou ke zhoršení zdraví lidí jsou například: příjem, bydlení, vzdělání, doprava, přístup ke službám, fyzické prostředí, socioekonomický status, zaměstnání, dětství, strava, stresové situace a další faktory. Koncept SDH stojí na tom, že existují skupiny lidí, kteří jsou znevýhodněni v některých z těchto sociálních aspektů. Ukazuje se například, že nízký příjem nebo nízké vzdělání je často spojeno i s horším zdravotním stavem. Současně se projevuje trend, kdy různá znevýhodnění v různých sociálních determinantách mají tendenci se objevovat u těch stejných lidí. To znamená, že čím se lidé déle pohybují v stresujících sociálních a ekonomických podmínkách, tím hrozí větší riziko duševního a tělesného trápení, a snižuje se jim šance na šťastný a zdravý život ve staří. (Wilkinson a Marmot 2003)

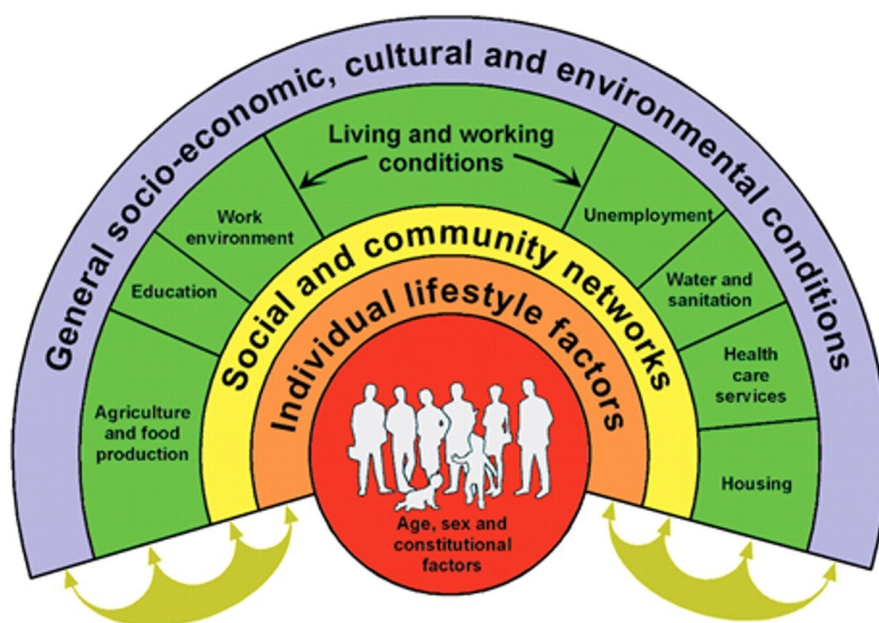
Současná politika by se měla těmito fakty zabývat, a to především z toho důvodu, aby zajistil ve společnosti jisté standardy ve zdraví, ale především jde o otázky sociální spravedlnosti, kterým musí čelit moderní společnosti. Jde především o to, že život jedince představuje trajektorii, na které se nachází mnoho kritických a náročných „přechodů“ (jako přechod ze školy do zaměstnání, začátek vlastního bydlení, založení rodiny, změna zaměstnání, odchod do důchodu). Každé změny v životě jedince mohou ovlivnit jeho zdravotní stav. Rovněž se ukazuje, že lidé, kteří byli v minulosti znevýhodněni v jistých aspektech, tak je u nich větší riziko, že dojde ke zdravotním a duševním potížím. Politika by se tak měla snažit poskytovat jistá záchranná vodítka a lidem dříve znevýhodněním nabízet způsoby, jak se dostat zpátky do sedla. Na tuto problematiku se zaměřuje i přístup Life-course approach.

---

<sup>6</sup> WHO. What are social determinants of health? Dostupné z:  
[http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/)



Obr. 6 Sociální determinanty zdraví (model)



Zdroj: Nacchocommunique.com

### 3.1.3 Life-course přístup

„Life-course“ (Životní průběh) přístup má za cíl odhalovat prostřednictvím zkoumání průběhu života jedince nebo skupin lidí, případně celých generací možné náznaky nebo příčiny vývoje zdraví nebo nemocí. Bere tak v úvahu, že předešlé zkušenosti a události v životě člověka jsou ve velké míře utvářeny různými sociálními, ekonomickými a kulturními podmínkami. Cílem tohoto přístupu je identifikovat různé rizikové situace v dětství, pubertě nebo v rané dospělosti, které mohou poté ohrozit zdraví jedince v pozdějším životě. V rámci „Life-course“ přístupu jde o snahu odhalit skryté biologické, psychosociální a behaviorální procesy odehrávající se v průběhu života. (WHO 2000)

Tento přístup také pracuje s kritickými body v životě jedince, které mohou mít značný vliv na duševní a fyzický stav jedince. Dále se ukazuje, dětství a období adolescence představují citlivé vývojové fáze, ve kterých se různé hodnoty, postoje, zvyky, schopnosti zvládat určité situace mnohem lépe přijímají než v pozdějších letech. (WHO 2000) To znamená, že politiky by měly věnovat pozornost tomuto období.

„Life-course“ přístup je prosazován v mnoha politikách zdravotní péče tak i v politice duševního zdraví. Tento přístup prosazuje v politice především Světová

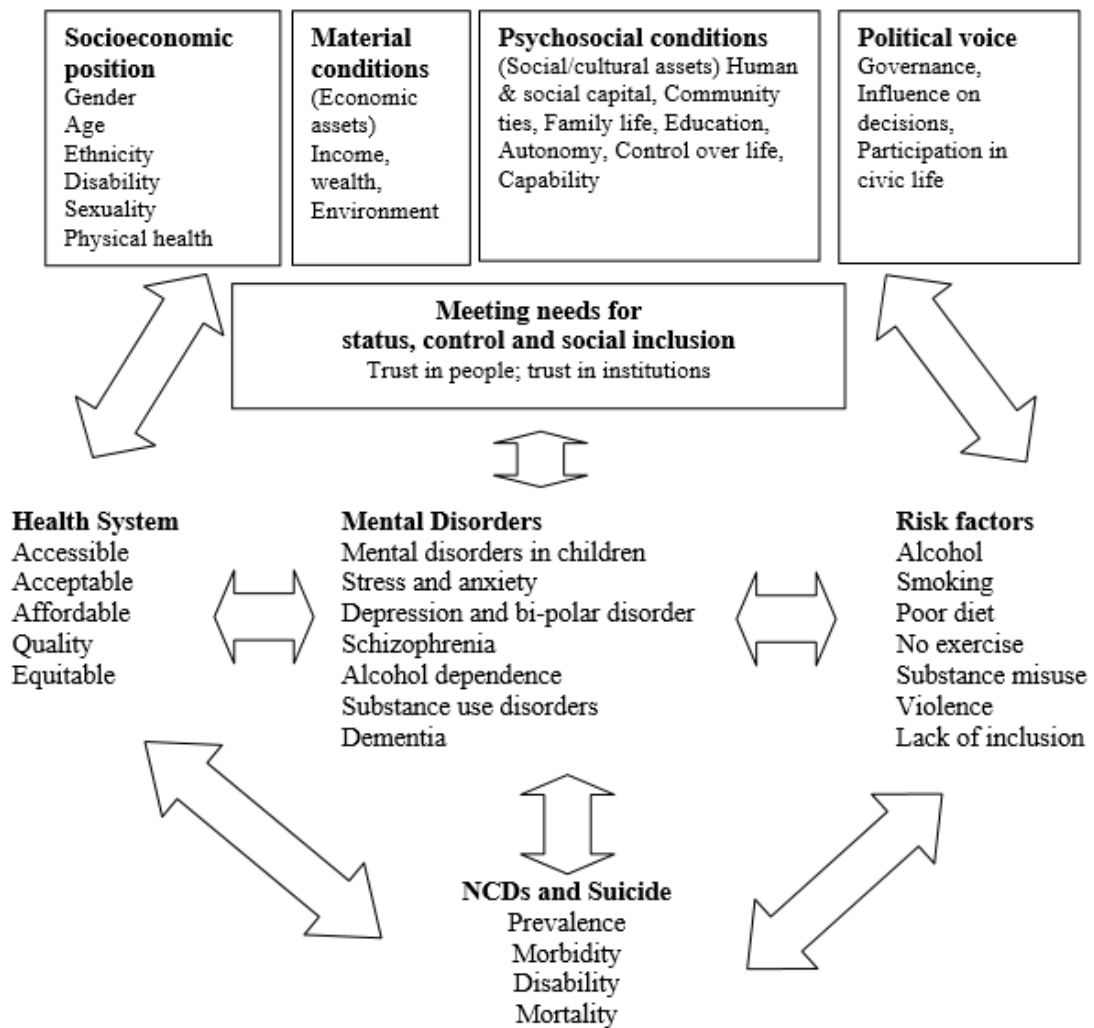
zdravotnická organizace (WHO 2000), která v rámci tohoto přístupu zdůrazňuje nutnost brát v úvahu různé sociální a zdravotní potřeby lidí v jednotlivých etapách života.

### **3.1.4 Cyklus duševního zdraví a duševní pohody**

Následující obrázek (Obr. 7) znázorňuje cyklus duševního zdraví a pohody. Ukazuje, jaké všechny faktory ovlivňují duševní zdraví jedince a s jakými všemi problémy se pojí duševní choroba. V oblasti duševního zdraví tak hrají roli nejrůznější faktory, které se navzájem ovlivňují. Duševní nemoci se velmi často pojí s různými rizikovými faktory jako alkohol, návykové látky, které mohou přispět k sebevraždě, neschopnosti nebo k prevalenci nemoci. Tyto rizikové faktory mohou mít negativní dopady na sociální prostředí jedince, nebo mu mohou snížit šance na účasti v občanském životě. Důležitou roli zde také hraje dostupnost a přístup k péči, který může být ovlivněn materiálními podmínkami (příjem, majetek) člověka nebo jeho socioekonomickým statusem (věk, pohlaví, sexualita). Nedostupná nebo nekvalitní péče může vést k sebevraždě nebo disabilitě. Propojení mezi jednotlivými faktory důkladněji a detailněji popisuje obrázek (Obr. 7). (WHO Europe 2013)

Obr. 7 Cyklus duševního zdraví a pohody

Figure 1: The cycle of mental well-being



Zdroj: WHO Europe 2013

### 3.1.5 Podpora duševního zdraví a prevence duševních nemocí

Podle WHO (2004a) by prevence duševních nemocí měla být prioritou číslo jedno pro politiku veřejné zdraví. Jak již bylo řečeno na začátku této kapitoly, duševní nemoci představují obrovskou zátěž pro člověka i společnost. (EC 2005) V současné době něco okolo 450 milionů lidí na světě trpí duševní nemocí (WHO 2001). Každého čtvrtého člověka na světě během jeho života postihne jednou nebo vícekrát duševní onemocnění. (WHO 2001b)

Z toho důvodu je zapotřebí, aby se politika duševního zdraví zabývala podporou a prevencí duševních onemocnění. (WHO 2004a) Podpora duševního zdraví vychází pozitivního pojetí duševního zdraví, které nepojímá duševní zdraví pouze jako absenci

duševní nemoci (viz. definice duševního zdraví podle WHO 2001d), ale odkazuje k jejímu širšímu pojetí, které zahrnuje i celkové fyzické, duševní a sociální fungování. V rámci podpory duševního zdraví se tak politika snaží působit především na sociální determinanty zdraví. Podpora duševního zdraví tak vyvíjí strategie, jak podporovat duševní zdraví u těch lidí, kteří nejsou ohroženi rizikem duševní nemoci, tak u těch, u kterých je vyšší riziko propuknutí duševní nemoci a rovněž se zaměřuje na podporu zdraví u těch, kteří trpí duševní nemocí nebo se z ní zotavují. (WHO 2004a)

Definice podpory duševního zdraví zní: „*aktivita na podporu duševního zdraví vyžadují vytvoření individuálních, sociálních a environmentálních podmínek umožňující optimální psychologický a psychofyzilogický vývoj. Takovéto iniciativy zahrnují jednotlivce do procesu dosažení pozitivního zdraví, zvyšování kvality života a snižování rozdílů ve zdravotních výsledcích mezi zeměmi a skupinami....Prevence duševních nemocí by měla být považována za jeden z cílů a výsledků širší strategie podpory duševního zdraví.*“ (Hosman a Jané-Llopis, 1999, cit. v WHO, 2004: 16, překlad autorky)

Prevence a podpora duševních nemocí jsou spolu úzce propojeny. Prevence duševní nemocí ovšem více míří na: „*snížení výskytu, prevalence, recidivy duševních poruch, času stráveného s příznaky nebo rizikových podmínek pro duševní nemoc, prevenci nebo oddálení recidivy a také na snížení dopadů nemoci u postižených osob, jejich rodin a společnosti.*“ (Mrazek & Haggerty 1994, cit. v WHO 2004a, s. 17).

Podpora a prevence duševních nemocí také úzce souvisí s konceptem „veřejného zdraví“, který vychází z ideji, že duševní zdraví je dáno socioekonomickými podmínkami v zemi. Podle (WHO 2004b) lze dosáhnout podpory a prevence duševních nemocí prostřednictvím různých efektivních intervencí (a to například v různých oblastech jak bydlení, vzdělávání, výchova dětí). Pro efektivnost různých intervencí je ale zapotřebí sbírat potřebné důkazy a evidence. Podpora a prevence duševních nemocí tak závisí nejen na vědeckých důkazech, tak také na sdílených hodnotách ve společnosti, která zdůrazňuje význam duševního zdraví. Důležitou roli zde bude hrát spolupráce mezi jednotlivými sektory (jako vzdělávání, bydlení, doprava, práce, soudnictví). Všechny tyto oblasti hrají důležitou roli v prevenci a podpoře duševního zdraví. (WHO 2004a)

### **3.1.6 Koncept zotavení (recovery)**

V souvislosti se deinstitucionalizací psychiatrické péče se začal v péči o duševně nemocné prosazovat koncept zotavení (recovery). Objevila se tehdy myšlenka, že lidé

s duševním onemocněním jsou schopni i přes svůj hendikep žít plnohodnotný život a nemusejí být drženi v psychiatrických léčebnách nebo nemocnicích. (Davidson 2009)

Existují dva přístupy k zotavení. První přístup je „zotavení z“ (recovery from) a jedná se o klinický přístup k zotavení, ve kterém je kladen důraz na vymizení symptomů nemoci a na celkové odeznění nemoci. Druhý přístup „zotavení během“ (being in recovery) vychází z přesvědčení, že lidé s duševním onemocněním mohou vést plnohodnotný život, i když jsou stále v procesu zotavování. Tento přístup tak není zaměřen pouze na odeznění symptomů nemoci. Přístup „zotavení během“ (being in recovery) tak reaguje na skutečnost, že každý se s nemocí vypořádává různě, někdo je schopen vést normální život, i když ho trápí stále vážné duševní onemocnění, někdo i přesto, že u něho nemoc odezněla, tak má stále problémy s některých sférách svého života. (Davidson 2009)

Každý z těchto přístupů značně ovlivňuje to, jakým způsobem bude v praxi přistupováno k péči o duševní zdraví. Přístup „zotavení z“ (recovery from) je orientován především na léčbu symptomů (především prostřednictvím medikace) a podporu jiných oblastí (práce, přátelé, rodina, volný čas, vzdělání) odkládá na později, až bude člověk zotaven z nemoci. Nebere tak v potaz důležitost těchto oblastí v rámci procesu zotavení. Koncept „zotavení během“ (being in recovery) naopak zdůrazňuje roli jiných oblastí života člověka v procesu zotavení a snaží se pomoci člověku vést normální život i přes vážnou duševní nemoc. (Davidson 2009)

Koncept „zotavení během“ (being in recovery) především respektuje to, že lidé s duševním onemocněním jsou kompetentní a schopní rozhodovat o svém životě a jsou schopni říci, co by potřebovali a co si myslí, že je pro ně dobré. Z toho důvodu by podle Davidsona (2009) měl koncept „zotavení během“ prostupovat celým procesem léčby. Bohužel praxe je v současnosti taková, že sociální oblasti a dalším jiným není v procesu léčby pacienta věnována velká pozornost. Pacient by tak měl být vnímán jako aktivní člen v procesu jeho léčby. V rámci tohoto konceptu zde podle Davidsona (2009) především vyvstává důležitá otázka, kterou je zapotřebí dále zkoumat a zabývat se jí a to, jakým způsobem se lidé s duševním onemocněním vypořádávají se svým životem, i když u nich disabilita způsobená duševní nemocí přetrvává.

Bohužel současný systém péče o duševní zdraví stále stojí především na přesvědčení, že lidi s duševním onemocněním je zapotřebí nejprve zbavit jejich onemocnění, a až poté se je můžeme snažit zapojit opět do jejich komunitního života.

Ovšem vzhledem k tomu, že stále existuje poměrně malá šance na vyléčení některých vážných duševních onemocnění, tak tento přístup představuje poměrně vážný problém. (Davidson 2009)

Ministerstvo zdravotnictví (2017) v dokumentu „Základní principy péče poskytované v CDZ“ udává jako hlavní cíl „zotavení“ pacientů a prosazuje, aby péče o pacienta probíhala podle principů daných tímto konceptem.

## **3.2 Veřejně politické přístupy**

Veřejná politika vnikla v 60. letech 20. století jako interdisciplinární věda (ze sociologie, politologie, ekonomie). Jejím cílem je: „porozumět specifickým problémům, faktorům ovlivňujícím jednotlivé politiky a vztahům mezi politikami a jejich společenskými důsledky. Snaží se porozumět tomu, co země dělají, nikoliv pouze tomu, jak to dělají.“ (Potůček 2016: 9) Veřejná politika se snaží zkoumat veřejné problémy, této oblasti se říká „policy analysis“. V rámci policy analysis výzkumníci využívají různých metod a teoretických rámců. (Fischer et al. 2007) Jedním z velmi používaných teoretických rámců ke zkoumání veřejně politických problémů je Historický institucionalismus.

### **3.2.1 Historický institucionalismus**

Dále je zde využita metoda historického institucionalismu. Jedná se o jeden ze směrů v rámci „Nového institucionalismu“. Mezi jeho další směry patří sociologický institucionalismus a institucionalismus racionální volby. Historický institucionalismus se objevil přibližně někdy v 70. letech minulého století. Vymezuje se především proti teoriím behavioralismu, a „velkým teoriím“ jako je například Parsonsova teorie funkcionalismu (Powell a DiMaggio 1991). Základ teorie HI stojí na tom, že na institucích záleží a institucionální uspořádání do značné míry předurčuje a ovlivňuje politické a sociální výsledky. Ústředním konceptem této teorie je pojem „instituce“. Termín instituce je velmi obtížné definovat a různí autoři pojímají a definují tento pojem různě. Například Douglass North (1991: 97, překlad autorky) definuje instituce jako: „lidmi vynalezená omezení, která strukturují politické, ekonomické a sociální interakce.“<sup>7</sup> Přičemž pod pojmem omezení si můžeme dle Northa (1991: 97) představit formální

---

<sup>7</sup> Anglické originální znění: „humanly devised constraints that structure political, economic and social interactions.“ (North, 1991: 97)

pravidla jako ústavu, zákony a vlastnická práva a neformální pravidla jako sankce, tabu, zvyky a tradice. Tang (2011a) navazuje na Northovu definici institucí a zároveň dodává, že instituce nejen, že omezují lidské jednání, ale zároveň umožňují jednání aktérů.

Všechny tři směry nového institucionalismu vidí instituce jako pravidla, která strukturují lidské jednání. Hlavní rozdíl mezi těmito třemi proudy spočívá v tom, jak chápou povahu aktéra, jenž činí politická rozhodnutí. Institucionalismus racionální volby vychází z toho, že jedinec jedná racionálně. Jedinec tak porovnává přínosy a náklady plynoucí z jistého jednání. Instituce zde mají význam v tom, že rámuje strategické jednání aktérů. Lidé tak sledují pravidla, protože je jejich cílem maximalizovat svůj osobní užitek. Sociologický institucionalismus na druhé straně vidí jedince jako společenské bytosti, které nejsou orientovány pouze na své zájmy a nejednají pouze racionálně. Dle sociologů lidé jednájí spíše podle zvyklostí a na základě „logiky přijatelnosti“, co se hodí a nehodí v dané situaci udělat. HI stojí někde mezi těmito dvěma teoriemi. Lidské bytosti dle této teorie jsou orientovány na dodržování norem a na sledování svých vlastních zájmů. Ovšem HI vidí jednání jedinců komplexněji. To, jakým způsobem člověk jedná, je ovlivněno kontextem situace, pravidly a osobností člověka. (Steinmo, 2008)

Pro HI je rovněž důležitý koncept „path dependency“ („závislý na cestě“), který hovoří o tom, že sociální a politické výsledky jsou ovlivněny minulými politikami a rozhodnutími. (Amenta a Ramsey 2010) Konkrétněji jde v tomto konceptu o to, že instituce nastavují procesy „path dependence“, při kterých nově nastavené politiky přetvářejí politické možnosti, z nichž některé činí velmi pravděpodobnými a některé méně pravděpodobnými a zároveň některé politické možnosti přímo vylučuje. (Amenta a Ramsey, 2010) Dle zastánců historického institucionalismu je tak zapotřebí brát při zkoumání politik v úvahu i historický kontext. Především je nutné si uvědomit, že veškeré politické události a politická rozhodnutí se dějí uvnitř politického, sociálního a ekonomického kontextu. Pro HI není historie řetězcem na sobě nezávislých událostí. (Steinmo, 2008)

Jedním z hlavních cílů této teorie je snaha vysvětlit a pochopit **mechanismy institucionální změny**. Dále je to snaha porozumět tomu, jakou **úlohu sehrávají ideje v politice a historii**. Toto jsou jedny z hlavních klíčových témat této teorie. Objevily se různé teorie snažící se vysvětlit institucionální změnu. Podle Steinma (2008) je důležité propojit institucionální analýzu s analýzou idejí a zkoumat obě tyto témata dohromady. Steinmo (2008) říká, že institucionální změna je výsledkem toho, jakým způsobem se

mění ideje jednotlivých aktérů. Ideje jsou podle něho kreativní řešení, jak přistoupit ke kolektivním problémům. Z tohoto úhlu pohledu tak dochází k institucionální změně, když mocní političtí aktéři mají vůli a schopnosti prosadit změnu prostřednictvím nové ideje.

HI se zajímá především o konkrétní reálné, mnohdy i specifické jevy (případy), nesnaží se hledat a vytvářet velké teorie. Dle Amenta a Ramsey (2010) HI nemá žádný specifický teoretický program. Cílem této teorie je vysvětlení určitých událostí, procesů a jevů. Jeho vysvětlení jsou mnohdy podle těchto autorů závislá na kontextu, institucionálních faktorech a jsou mnohdy vázaná i na určitá časová období.

V této práci se pracuje především s idejemi, které se dají definovat jako produkty lidského myšlení. Ideje mohou mít formu přesvědčení, plánu, názoru, ideologie nebo vědeckých poznatků či institucionálního uspořádání. V rámci institucionální změny pak instituce jsou ztělesněné ideje, které zpětně utvářejí a formulují ideje. Instituce tak představují kodifikované ideje. (Pouze kodifikované ideje lze chápat jako instituce). Skutečnost, že instituce jsou ztělesněné nebo kodifikované ideje neznamena, že mezi institucemi a idejemi existuje nějaká kauzální spojitost. (Tang, 2011a)

### **3.2.2 Všeobecná teorie institucionální změny**

Dle Tangovi (2011b) všeobecné teorie institucionální změny představuje institucionální změna proces, při kterém dochází k výběru několika idejí z mnoha existujících idejí. Přičemž ty „vítězné“ ideje jsou poté zhmotněny do podoby institucí. V rámci procesu institucionální změny tak dochází k výběru z velkého množství různých idejí pouze pár idejí, které jsou poté přeměněny do podoby institucí. Podstatou institucionální změny je souboj idejí a boj o moc, která bude nastolovat pravidla. Všeobecná teorie institucionální změny v sobě spojuje harmonický a konfliktní přístup k institucionální změně. Harmonický přístup k institucionální změně stojí na tom, že mezi aktéry panuje harmonie. A platí, že aktéři se snaží vyhnout konfliktu a upřednostňují kooperaci a koordinaci v případě, že dojde ke konfliktu v jejich zájmech. Harmonický přístup představuje například funkcionalismus (T. Parsons) a dále autoři jako R. Coase a R. Collins. (Tang, 2011b)

Konfliktní přístup zdůrazňuje skutečnost, že jednotlivci či skupiny mají odlišné zájmy a při řešení odlišností v zájmech se uchylují ke konfliktu. Dle tohoto přístupu jsou tak jakékoliv společenské výsledky produktem konfliktu či sporu mezi aktéry. Konfliktní přístup tak vidí institucionální změnu jako proces, při kterém silnější strana uplatňuje svou politickou sílu nad ostatními. Konfliktní přístup je reprezentován například teorií



Marxismu a takovými autory jako jsou Weber, Dahrnedorf, T. Veblen, Hobbes and Frankfurtská škola. (Tang 2011b)

V procesu institucionální změny, která v podstatě představuje snahu přetavit ideje do institucí, se lidé musí vyrovnat a vypořádat se třemi hlavními výzvami (Tang, 2011b):

- 1) První výzva – permanentní neúplnost lidského poznání.
- 2) Druhá výzva – přebytek aktérů s různými idejemi, kdy je velmi těžké najít konsenzus
- 3) Třetí výzva – distribuční efekt institucí – to znamená, že většina institucí nevyhnutelně rozděluje na výherce a poražené, na zvýhodněné a nezvýhodněné

Tangova (2011b) všeobecná teorie institucionální změny se snaží spojit harmonický a konfliktní přístup k institucionální změně neboli *ideu* a *moc* spojit do organického vztahu. To je možné pomocí *sociálně evolučního přístupu*. Proces institucionální změny se sestává z pěti fází, které odpovídají evolučním mechanismům – *variace-výběr-dědičnost*. (Tang tamt.)

Pět fází institucionální změny (Tang 2011b: 12-13):

1. Vygenerování idejí pro specifické institucionální uspořádání
2. Politické mobilizování
3. Boj o moc, která bude moci diktovat a určovat institucionální uspořádání
4. Ustanovení pravidel
5. Legitimizace/stabilizace/reprodukce

**Podle Tanga (2011b) tak ideje hrají klíčovou roli v rámci procesu institucionální změny v rámci procesu vytváření politických změn.**

První fáze představuje generování nových idejí za účelem vytvoření jistého institucionálního uspořádání. Obvykle se nejrůznější ideje objevují v reakci na příležitost a vidinu, že by mohlo dojít ke změně v institucionálním uspořádání. Je také běžné, že mnoho idejí existuje ještě před tím, než taková příležitost nastane. Nové ideje mohou také vzniknout při interakci mezi aktéry, kteří si mezi sebou vyměňují názory a poznatky. Tang zde upozorňuje na několik důležitých bodů. Za prvé nikdo nemůže dopředu vědět, zdali nová ideje doopravdy přinese očekávaný výsledek, a dojde ke zlepšení ve společnosti, stejně jako fakt, že organismus v biologické evoluci neví, zdali nově vyprodukovaný fenotyp přispěje ke zlepšení jeho stavu. Za druhé Tang upozorňuje, že ideje o novém institucionálním uspořádání nemusí být specifikovány zcela přesně a detailně nebo zcela odlišně. A to z toho důvodu, že vágně formulované ideje mohou více lákat a vzbudit zájem stoupenců. Proto politici mnohdy hlásají velkolepé, ale ne zcela zřejmé ideje. Třetí

důležitý bod spočívá v tom, že ideje nevznikají ve vakuu, neboli současný institucionální systém utváří podobu idejí, které budou v budoucnu formovat institucionální systém. (Tang 2011b)

### 3.2.3 Strategický přístup k analýze a tvorbě veřejných politik

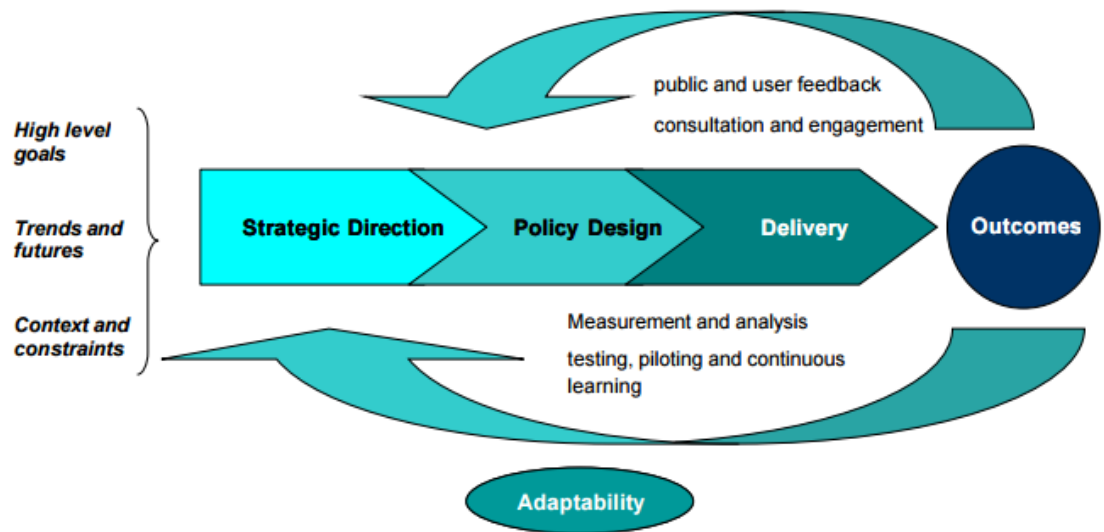
Strategická tvorba veřejné politiky (Strategic policy making) je založena na manažerské teorii strategického řízení, které se snaží reagovat na možná rizika a neustále měnící se podmínky. Cílem strategického řízení je snaha zaměřit se na podstatné a důležité cíle a v souladu s tím rozhodnout o alokaci zdrojů. V rámci strategického řízení se počítá s dlouhodobými cíli a delší časovou perspektivou. (Nekola a Veselý 2007)

Strategický přístup má devět charakteristik (Professional 1999: 71-72, citováno v Nekola a Veselý 2007: 75):

- Jasně definované výstupy s dlouhodobým výhledem, kdy jsou brány do úvahy pravděpodobné vlivy na budoucnost v příštích 5 až 10 letech;
- zohledňuje národní, evropskou a mezinárodní situaci;
- celostní pohled přes institucionální hranice pro dosažení strategických cílů vlády;
- je flexibilní a inovativní, povzbuzující nové a kreativní myšlenky;
- využívá nejdostupnější poznatky z široké palety informačních zdrojů;
- průběžný pravidelný monitoring existujících politik k zajištění, že skutečně řeší problémy, pro které jsou určeny, a nemají nezamýšlené škodlivé vlivy;
- je spravedlivý vůči všem lidem přímo i nepřímo strategií ovlivněnými;
- zahrnuje všechny klíčové aktéry na počátku i během procesu;
- učí se ze zkušeností (co funguje či nefunguje) díky systematické evaluaci;

Strategický přístup představuje širší pohled, než je *policy design*. Strategie představují proces, při kterém se rozhoduje o tom, kam a jakým způsobem se chceme dostat. Strategie uvádí žádoucí stav, jakého má být dosaženo. Poskytuje vodítko pro politiku, jakým směrem se má ubírat. Při tvorbě designu politiky (policy design) jsou vybírány různé alternativy a nástroje, jak těchto strategických cílů dosáhnout. Strategické cíle musí být realizovatelné a musí přinášet výsledky. To znamená, že je zapotřebí vytvořit mechanismy zpětné vazby, které měří, do jaké míry se daří naplňovat cíle. Do tvorby strategií by měly být zapojeni všechny zájmové skupiny (tzv. stakeholdeři). (Nekola a Veselý 2007)

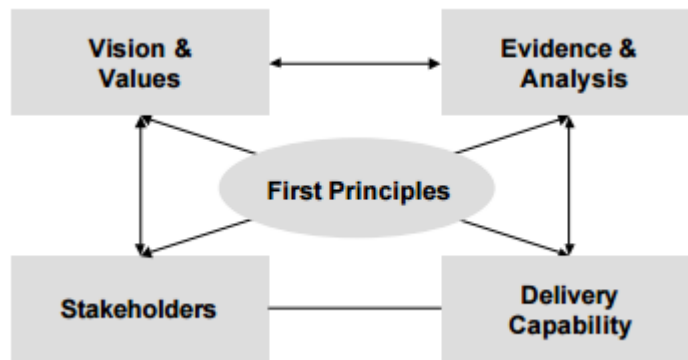
Obr. 8 Vztah strategie a veřejné politiky



Zdroj: Strategy Survival Guide 2004

Základními prvky strategického přístupu (Obr. 9) jsou v první řadě *principy a kritéria* pro vytváření a hodnocení variant. Dalšími důležitými prvky jsou *vize a hodnoty*. Dále je zapotřebí provést důkladnou *analýzu* současné situace, ale rovněž trendů a možných budoucích scénářů. Důležité je také posoudit roli jednotlivých *aktérů*, a to jaké jsou jejich zájmy, postoje a motivace pro zapojení do strategie. V neposlední řadě tvoří podstatný prvek *schopnost realizovat strategii*. (Nekola a Veselý 2007)

Obr. 9 Prvky strategického řízení



Zdroj: Strategy Survival Guide 2004

Úspěšné strategické řízení má následující charakteristiky (Nekola a Veselý 2007: 77):

- dosažení široké shody nejdůležitějších aktérů účastnících se tvorby strategie
- návaznost dokumentů nižší úrovně
- specifikace (případně kvantifikace) cílů a opatření včetně uvedení kroků k jejich dosažení
- stanovení kompetencí a odpovědnosti (vykazatelnost)
- angažovanost občanské a odborné veřejnosti

Výše uvedený přístup strategického řízení je svým pojetím blízký pluralitnímu modelu demokracie, ještě více však prostředí strategického řízení. V úvahu je zde zapotřebí brát rozdíl mezi řízením a veřejnou správou. Jednání aktérů veřejné správy a tedy i tvůrců veřejné politiky je mnohem více determinováno nejen výzvou samotných problémů, před jehož řešením se ocitli, ale také formálními (právními) a neformálními institucemi a etickými hodnotícími rámci.

Proces tvorby veřejné politiky je vázán ve většině států s dokumenty klíčových dokumentů lidských práv. Pro oblast péče o zdraví jde především o **Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech (OSN 1966)**. Tvorba veřejné politiky není jenom technickým řešením daného problému (jako je tomu v případě manažerského přístupu) za účasti různých zájmových skupin. Manažeři naopak mají obecně mnohem volnější prostor pro své jednání.

Proces tvorby veřejné politiky je spojen s tvorbou právních norem, tedy nástrojem pro integraci jednání aktérů ve společnosti. Účelnost a efektivnost právních norem je posuzována ve vztahu k výsledkům jejich aplikace v praxi – jde o právní legitimitu (Příbáň 1997; Sirovátka a Valentová 2002).

Tato práce proto vychází především z institucionálního přístupu a je zaměřena na východiska institucionální změny, která je v politice duševního zdraví zásadním faktorem. Přístup strategického řízení může sehrát roli určité technické podpory, formálního rámce, či metodického postupu, jehož předmětem je obecně řešení problému.

### **3.3 Výzkum a hodnocení zdravotnických systémů**

V následující části je pozornost věnována přístupům ve zkoumání a výzkumu zdravotnických systémů. Konkrétně je zde popsán systémový přístup Health Policy and System Research (HPSR) vypracovaný Lucy Gilson (2012). Dále je pozornost také věnována hodnotícímu rámci vytvořeného autory Murray a Frenk (2000).

#### **3.3.1 Přístup Health Policy and System Research (HPSR)**

Světová zdravotnická organizace WHO (2004b 2012) prosazuje, aby v rámci vývoje zdravotnických systémů bylo využíváno systémového přístupu, který umožňuje lepší využití poznatků z výzkumů při utváření politiky. Autorka Lucy Gilson (2012) velmi dobře a srozumitelně popisuje, jakým způsobem by tento přístup měl vypadat. Autorka se zaměřuje na to, jakým způsobem by se měly zlepšit vědecké výzkumy zaměřené na vývoj zdravotní politiky a zdravotnických systémů. Jejím cílem je upozornit na to, že hlavním problémem, proč mnohé výzkumy nejsou schopny přispět k utváření politiky je z toho důvodu, že obzvláště sociálně vědní výzkumy bývají mnohdy tvůrci politiky vnímané jako příliš závislé na kontextu, nerigorózní a produkující „měkká“ data. (Gilson 2012)

Tento problém je odrazem skutečnosti, že se zde vyskytují různé skupiny vědců a výzkumníků zastávající různá paradigmat. Na jedné straně jsou zde výzkumníci a vědci, kteří kladou důraz na klinické, biomedicínské výzkumy stojící na základech pozitivismu. Na straně druhé jsou výzkumníci a vědci, kteří podporují sociálně vědní výzkumy založené na paradigma relativismu. Mezi oběma těmito skupinami se nachází v současné době propast, která je dána zcela odlišnými principy a pohledy obou paradigmat. Pozitivismus stojí na předpokladu, že jistý jev je souhrnem sady faktů, pro něž existuje

jedna realita, která může být měřena a pozorována a cílem výzkumníka je testování hypotéz, které stojí na kauzálních mechanismech. (Gilson 2012)

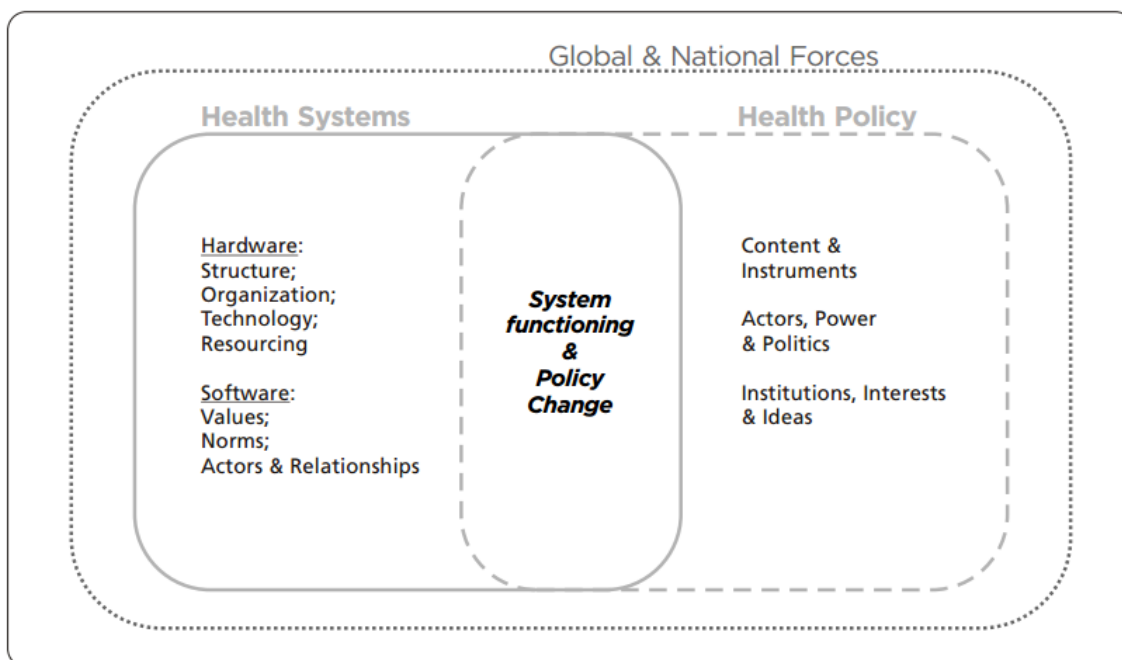
Relativismus oproti tomu stojí na předpokladech, že realita může být definována různými způsoby a že každý člověk ji může vnímat a interpretovat odlišně. Relativismus poukazuje na to, že existuje velké množství realit, které jsou sociálně konstruovány. V rámci relativismu se tak vědci snaží pochopit a porozumět tomu, jakým způsobem jsou různé jevy interpretovány a sociální jevy jsou konstrukty vytvořené společností. (Gilson 2012)

Mezi těmito přístupy se nachází kritický realismus, který chápe sociální realitu stejně jako pozitivismus nezávisle na sociálních aktérech. Na druhou stranu připouští roli sociálních aktérů v tom, jakým způsobem jejich interpretace reality ovlivňuje povahu sociální změny. Na jedné straně aktéři ovlivňují struktury a procesy ve společnosti, na druhé straně je lidské jednání ovlivněno sociálními, skupinovými nebo organizačními strukturami a procesy. Podobně jako v pozitivismu se kritický realismus snaží identifikovat kauzální mechanismy stojící za různými sociálními jevy, současně ale používá i interpretativní přístup. Jinými slovy kritický realismus odmítá představu, že kauzální mechanismy platí nezávisle na čase a kontextu. Naopak věří, že mezi příčinou a následkem se objevuje a probíhá široké spektrum procesů a mechanismů, do kterého vstupují nejrůznější aktéři a důležitou roli zde hraje kontext. Hlavním cílem výzkumů postavených na kritickém realismu je zjistit a identifikovat mechanismy vysvětlující efekty různých intervencí neboli „co funguje, pro koho a za jakých podmínek?“ (Gilson, 2012).

Přístup HPSR (Health policy and system research) stojí na tom, že zkoumání zdravotnických systémů není založeno pouze na biomedicínských a klinických výzkumech, ale naopak zdůrazňuje přínosy sociálních věd a sociálních výzkumů. Především se snaží podporovat multidisciplinární přístup v rámci HPSR a to z toho důvodu, že různé perspektivy mohou přinést nové pohledy na jisté kritické otázky ve zdravotnických systémech a zdravotní politice. (Gilson 2012)

Následující model (Obr. 10) ukazuje, jaké všechny komponenty přispívají k fungování systému a vedou k změně v politice. Jedním z těchto komponentů jsou ideje, které umožňují změnu v politice. (Gilson 2012)

Obr. 10 Model Health Policy and System research



Zdroj: Gilson 2012

### 3.3.2 Hodnotící rámec pro efektivnost zdravotnických systémů

Každý zdravotnický systém je specifický a mezi jednotlivými zdravotnickými systémy existují rozdíly v tom, jakým způsobem fungují, jak jsou financovány a řízeny. V následující části je pozornost věnována teoretickému rámci pro posuzování fungování jednotlivých zdravotnických systémů.

Cílem jakýchkoliv zdravotnických systémů neboli jakékoliv „zdravotnické akce“ (health action) je zlepšování zdraví populace, dále je to posilování „schopností reagovat“ (responsiveness) na potřeby a očekávání lidí a v neposlední řadě je to zajištění rovnosti ve finančním přispívání lidí do zdravotnického systému. „Schopnost reagovat“ (responsiveness) na potřeby a očekávání lidí stojí na dvou hlavních komponentách, a to na *respektu k lidem* a na *orientaci na klienta*. Rovnost ve finančním přispívání znamená, že každý člověk přispívá spravedlivým dílem (to může znamenat, že velmi chudí lidé neplatí nic). (Murray a Frenk 2000)

Předmětem výzkumu by tak mělo být posouzení toho, jakým způsobem různé zdravotnické systémy vedou k naplnění těchto cílů. Při hodnocení zdravotnických systémů by měla být pozornost věnována i průřezovým systémovým cílům. To znamená zaměřit se na to, jakým způsobem zdraví napomáhá například vzdělání, ekonomické

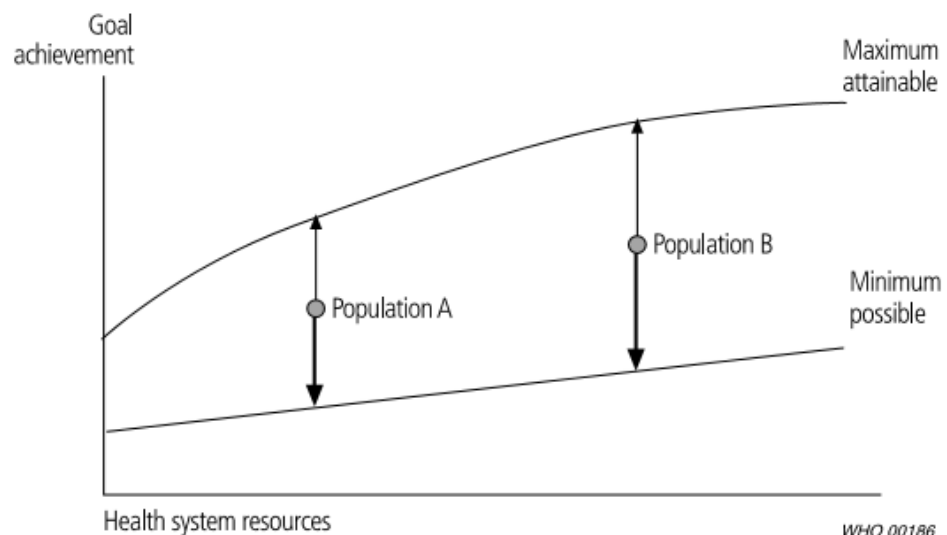
produkci nebo demokratické účasti lidí. Ukazuje se například, že zlepšení zdraví vede k podpoře nárůstu ekonomické produkce ve společnosti. (Murray a Frenk 2000)

Podle Murrayho a Frenka (2000) je zapotřebí rozlišovat mezi „skutečnými“ (intrinsic goals) cíli a instrumentálními cíli. V podstatě se jedná o to, že instrumentální cíle by ve výsledku měly vést ke „skutečným“ cílům. Například „skutečnými“ cíli jsou právě zlepšování zdraví, posilování „schopností reagovat“ (responsiveness) a zajištění rovnosti ve finančním přispívání. Na druhou stranu zlepšení přístupu ke zdravotnickému systému je poté „instrumentální“ cíl. (Murray a Frenk 2000)

Zdravotnické systémy by neměly být hodnoceny pouze z pohledu naplňování cílů, ale spíše z celkové „výkonnosti“ (performance) systému (Obr. 11). Koncept „výkonnosti“ (performance) představuje širší a komplexnější pojetí hodnocení zdravotnických systémů než pouhé posuzování úrovně „naplnění cílů“. Posouzení „výkonnosti“ (performance) systému znamená vztáhnout úroveň naplnění cíle k tomu, čeho mohlo být dosaženo v rámci dostupných zdrojů. Pojem „výkonnost“ tak představuje relativní koncept. (Murray a Frenk 2000)

**Obr. 11** Koncept výkonnosti ve zdravotnických systémech

**Fig. 3. The concept of performance**



Zdroj: Murray a Frenk 2000

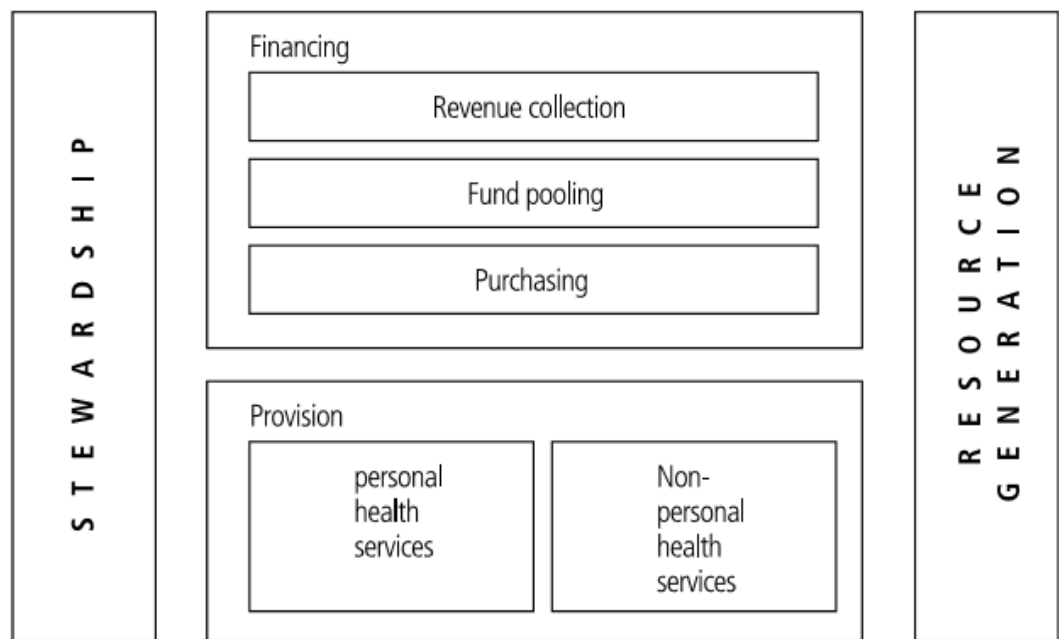
Výkonnost zdravotnických systémů se měří na základě toho, jakým způsobem jsou v systému organizovány tyto čtyři klíčové funkce (Murray a Frenk 2000):



- 1) **Stewardship:** stanovení, implementování a monitorování pravidel pro zdravotnický systém. Jedná se o širší koncept, než je regulace.
- 2) **Financování:** skládá se ze tří funkcí – získávání prostředků (revenue collection), vytváření fondů (fund pooling), purchasing (poskytování prostředků)
- 3) **Poskytování služeb:** zahrnuje jak osobní zdravotní služby (konzumované člověkem), tak ne-osobní zdravotnické služby (i.e. aplikované kolektivně)
- 4) **Generování zdrojů:** lidské zdroje, technické vybavení a znalosti

Zkoumáním těchto čtyř funkcí lze porozumět tomu, jaké determinanty ovlivňují výkonnost zdravotnických systémů, na základě čehož lze formulovat výzvy pro politiku zdravotního systému (Obr. 12). (Murray a Frenk 2000)

**Obr. 12** Funkce zdravotnických systémů



Stewardship concerns financing, provision and resource generation.  
Resource generation concerns financing, provision and stewardship.

WHO 00201

Zdroj: Murray a Frenk 2000

### 3.4 Paradigmatické přístupy v psychiatrii

Jak již bylo znázorněno v přehledu historického vývoje psychiatrie ve vstupní analýze, tak v současné psychiatrii existují tři základní paradigma – biologické, psychologické a sociální. Následující část stručně představuje jejich základní východiska a myšlenky.

Obr. 13 Přehled jednotlivých paradigmatických přístupů a jejich metod

Paradigm	Biological	Psychological	Social
<b>Team expert</b>	Doctor – psychiatrist	Clinical psychologist	Social worker
<b>Period of domination</b>	End of the 19 <sup>th</sup> century, re-emerging by the end of the 20 <sup>th</sup> century	First half of the 20 <sup>th</sup> century	Second half of the 20 <sup>th</sup> century
<b>Research method</b>	Clinical, directed towards neurochemical changes	Clinical, directed towards the experiential and developmental axes of the patient; projective tests, personality tests	Mostly quantitative and nomothetic, directed towards the community, the interpersonal, the social; qualitative analysis of the narrative
<b>Methods, techniques and means in remedial work</b>	Pharmacotherapy: antipsychotics, antidepressants, anxiolytics, psychostabilisers and other psycho-pharmaca	Psychotherapy: starting from psychodynamic, over behavioural, humanist/existentialist, to cognitive-behavioural	Socio-therapy; work in large groups, occupational therapy, tertiary prevention, community work

Zdroj: Decevic et al., 2016

#### 3.4.1 Biologická psychiatrie

Biologická psychiatrie stojí na představě, že psychiatrické nemoci mají organický (či biologický) původ. I když tento přístup dosáhl největších úspěchů ve druhé polovině 20. století, tak kořeny tohoto přístupu sahají již do starověkého Řecka, kdy Hippokrates řekl, že epilepsie (která tehdy byla považována za „posvátnou nemoc“) má stejně tak naturalistický původ jako jakékoliv jiné nemoci. (Trimble a George 2010)

V 17. století poté došlo opět k oživení ideji, že v mozku se skrývají příčiny duševních nemocí. V té době ovšem filozof René Descartes přišel s myšlenkou duality těla a mysli (do té doby byly tělo a mysl vnímány neoddělitelně), a začaly se tak objevovat

psychologické teorie zabývající se duševními nemocí. Od té doby spolu biologické a psychologické teorie soupeřily. (Trimble a George 2010)

Jak již bylo řečeno ve vstupní analýze historického vývoje. Biologická psychiatrie zaznamenala největší rozvoj na konci 19. století a poté ve druhé polovině 20. století, a to především s objevem psychofarmak a s rozvojem technologií, které umožnily zmapovat mozkovou činnost. (Gask 2004; Burns 2006)

Biologická psychiatrie se v dnešní době snaží především pochopit psychopatologii pomocí využití teroií a zjištění získaných z klinických studií zkoumající pacienty a efektivitu jejich léčby pomocí biologické léčby (především psychofarmak). (Trimble a George 2010) Při svém zkoumání vychází především z medicínského modelu nemocí. Tento pojem použil prvé Ronald Laing (1971) v knize „The Politics of the Family and other Essays“. Medicínský model nemocí vede výzkumníky a lékaře k tomu pojímat nemoce na základě jistých předpokladů o jejich příčinách a tím související možné nápravě. (Laing 1971)

Biologický přístup staví tak především na technologickém přístupu ke zkoumání a léčbě duševních nemocí. Je zde také patrný vliv pozitivistického myšlení. (Bracken 2012)

Technologický přístup stojí na těchto předpokladech (Bracken 2012: 430):

- Duševní poruchy vznikají při chybných mechanismech nebo procesech jakéhokoliv druhu včetně abnormálních fyziologických nebo psychologických událostí odehrávající se uvnitř jedince
- Tyto mechanismy nebo procesy mohou být modelovány na základě kauzálních vztahů a nejsou závislé na kontextu.
- Technologické intervence jsou instrumentální a mohou být nastaveny a studovány nezávisle na vztazích a hodnotách.

To znamená, že v technologickém přístupu jsou duševní nemoci chápány pomocí kauzálních mechanismů a různé intervence jsou zde pojímány jako série oddělených léčebných postupů zaměřených na specifické syndromy a příznaky. Biologická psychiatrie tak hledá příčiny duševních nemocí uvnitř lidského těla a na základě toho volí jistou léčbu. (Bracken 2012)

### ***3.5 Psychoterapie***

Počátky psychoterapie jsou velmi často spojovány se Sigmundem Freudem, který na konci 19. století přišel se zcela novou teorií o povaze a původu duševních nemocí. Sigmund Freud zastával myšlenku, že duševní poruchy mají co dočinění s fungováním

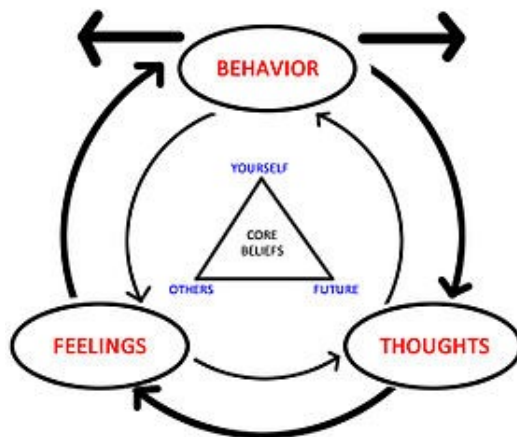
mysli. Svou teorii vyvinul na základě rozmlouvání se svými pacienty, kteří díky tomu, že našli k němu hluboký vztah jako k terapeutovi, tak se mu dokázali svěřit se zážitky a vzpomínkami z raného dětství. Ukázalo se, že tento přístup vedl k pozitivnímu zlepšení u jeho pacientů. První průkopníci psychoanalýzy v čele s Freudem tak přinesli dva důležité poznatky. Za prvé to byl nový pohled na původ a povahu duševních nemocí a za druhé to bylo odhalení hodnoty spočívající v terapeutickém rozmlouvání („therapeutic talking“) a odhalení významu vztahu mezi pacientem a terapeutem („therapeutic relationship“). Tito psychoanalytici tak byli první, kteří konceptualizovali tyto dva pojmy a položili tak základy psychoterapie. (Bowen 1976)

Ve 30. letech 20. století se psychoanalýza stala velmi vlivnou (Thomas 2005) a její myšlenky ovlivnily mnohé sociální vědy jako psychiatrii, psychologii, antropologii, sociologii a další jiné vědy (Bowen 1976). Psychoanalýza se dotkla i uměleckého světa a měla mnohé dopady na kulturu ve společnosti. (Gask 2004) Přesto mnozí následovníci Freuda měli problémy s tím nalézt logické pojitko mezi psychoanalýzou a medicínou a jinými základními vědami (biologie, chemie, fyzika). (Bowen, 1976) Mnozí lékaři tak postrádali u psychoanalýzy vědecké podložení a důkazy o její efektivnosti. Přesto se psychoanalýza ukázala jako velice funkční přístup pro léčbu duševních nemocí, který otevřel dveře nemedicínským pracovníkům vstoupit na bojové pole v léčbě duševně nemocných lidí. (Thomas 2005)

Psychoterapie je tak v současné době vnímaná jako: *„léčba narušené mysli a výsledného maladaptivního chování prostřednictvím použití slov v kontextu profesionálního terapeutického vztahu.“* (Thomas 2005: 2, překlad autorky) Psychoterapeuti se především zaměřují na osobnost člověka a na jeho duševní a emoční chování a fungování. (Thomas 2005) Jak uvádí Bowen (1976) teorie a praxe se v psychoterapii velmi často lišila, mohla za to především skutečnost, že mnozí psychoterapeuti se tolik neřídili teorií a své postupy si mnohdy upravovali a uzpůsobovali svým potřebám a možnostem. V psychoterapii je hodně důležitá role terapeuta a jeho vztah s pacientem. To ve velké míře ovlivňuje výsledky psychoterapie. V rámci psychoterapie zde existují tři hlavní přístupy (Dysch 2017) – *psychodynamické terapie, kognitivně-behaviorální terapie a humanistické terapie*. Dále je pozornost věnována především na popis kognitivně-behaviorální terapie, která v současnosti patří k jedné z nejužívanějších forem psychoterapie. (Hofmann et al. 2012)

**Kognitivně-behaviorální terapie (Cognitive-behavioral therapy – CBT)** vznikla v 80. letech 20. století spojením kognitivní terapie a behaviorální terapie. Za jejich spojením a vznikem CBT stály Aaron T. Beck a Albert Ellis, kteří se stali průkopníky této metody. CBT vychází z předpokladu, že „*nežádoucí chování přispívá k udržování emočního stresu a problémového chování.*“ (Hoffman et al., 2012: 427) Podle Becka (cit. v Hoffman et al. 2012) toto chybné smýšlení v sobě zahrnuje jistá přesvědčení a schémata o světě, o sobě samém a o budoucnosti, která vedou ve specifických situacích k vytvoření určitých automatických myšlenek. CBT tak pracuje s modelem, který stojí na tom, že prostřednictvím terapeutických strategií se snažíme změnit nežádoucí poznávání („maladaptive cognitions“) a dospět tak k odstranění emočního stresu a problematického chování. CBT spadá pod psychoterapii, ale sleduje stejný cíl jako medicínský model duševních nemocí, a to odstranění symptomů nemoci a zlepšení fungování jedince. Pacient se ale v tomto procesu stává aktivním účastníkem. Současná CBT využívá nejrůznějších intervencí, které v sobě spojují emoční, behaviorální a kognitivní techniky (Obr. 14). (Hoffman et al. 2012)

**Obr. 14 Model Kognitivně-behaviorální terapie**



Zdroj: Wikipedia. org

Existuje velké množství studií, které zkoumaly efektivnost CBT intervence. Výsledky těchto studií shrnují systematické rešerše Butler et al. (2006) a Hoffman et al., (2012). Z těchto systematických rešerší vyplývá, že v léčbě příznaků schizofrenie a jiných psychotických poruch je CBT účinná, ovšem v porovnání s jinými léčbami (jako rodinné intervence nebo psychofarmaka) nejsou účinky CBT o moc větší. V léčbě deprese některé

studie potvrzovaly účinnost CBT, některé zase naopak vykazovaly slabou účinnost. Podobně tomu bylo v léčbě lidí s bipolární afektivní poruchou, kde se účinnost CBT ukázala mála až střední v porovnání s obvyklou léčbou. (Hoffman et al. 2012) Z výsledků mnoha studií účinnosti CBT vychází poměrně rozporuplné výsledky.

### 3.5.1 Sociální psychiatrie

Sociální paradigma se v psychiatrii objevilo po druhé světové válce. Mezi hlavními tehdejšími průkopníky byly Maxwell Jones a Tom Main. Oba dva ve stejnou dobu došli k závěrům, že co se týče stavu nemocného, spíše než na nemoci samotné, záleží na tom, jakým je jedinec obklopen sociálním prostředím. Maxwell Jones se snažil tehdy pomáhat skupině vojákům se zvládnutím stresu a úzkosti a odhalil při tom terapeutické schopnosti, jež měla skupina samotná. Ke stejným závěrům došel i Tom Main, který zjistil, že duševní stav vojáků se značně lišil podle toho, z jaké organizační jednotky pocházeli. Usoudil tak, že rozdíly v duševních stavech tak byly výsledkem rozdílů v sociální organizaci daných jednotek, ze které jedinci pocházeli. Na základě zjištění Maxwella Jonese vznikl koncept „terapeutická komunita“ (therapeutic community). (Morgan a Bhugra 2010)

V roce 1952 pak Maxwell Jones napsal knihu, která nesla název „Sociální psychiatrie“. Psychiatri, kteří pomáhali vojákům za války, dospěli k závěru, že jakmile se vojáci dostali z válečného prostředí, kde byli vystaveni značnému stresu, do běžného prostředí, tak jejich příznaky se rapidně zlepšily. To vzbudilo tehdy optimismus u mnohých psychiatrů ohledně možného zotavení pacientů s duševním onemocněním. (Morgan a Bhugra 2010)

Na začátku druhé poloviny 20. století se medicína a stejně tak psychiatrie začala více otevírat sociálním vědám, především za účelem zvýšení efektivity terapeutického úsilí. V té době došlo ke propojení psychiatrie a sociální práce. Vzniku sociální psychiatrie předcházelo především zamítnutí medicínského modelu duševních onemocnění. Dále redukcionistický přístup medicínského modelu, který stojí na tom, že je zapotřebí hlavně vyléčit příznaky nemoci, byl nahrazen snahou vytvářet programy, jejichž cílem bude snaha znovu integrovat duševně nemocného jedince do společnosti. (Dečevič et al. 2016)

Sociální psychiatrii lze definovat následovně: „*sociální psychiatrie se zabývá vlivy sociálního prostředí na duševní zdraví jedince a zároveň působením duševně nemocného člověka na jeho sociální prostředí.*“ (Morgan a Bhugra 2010: 5) Představitelé

sociální psychiatrie byli mnohem častěji praktici než výzkumníci a pohybovali se spíše na té praktické než teoretické úrovni. (Morgan a Bhugra 2010) Sociální paradigma se v psychiatrii nejvíce rozvinulo, když psychiatrie zahrnula sociální práci do své teorie a praxe (Dečevič et al. 2016). Sociální psychiatrie ovšem nečerpala jen ze sociální práce, ale také využila poznatků z jiných disciplín jako psychoterapie, sociologie, sociální psychologie, sociální antropologie a rovněž také kognitivní psychologie. (Morgan a Bhugra 2010)

Sociální psychiatrie přinesla mnohé důležité poznatky pro psychiatrii. Na poli výzkumu to byly za poznatky ze studií zaměřených na zkoumání souvislostí mezi socio-ekonomickými proměnnými (jako vzdělání, ekonomický status, národnost, rodinné dysfunkce, migrace atd.) a duševními nemocemi. Jinými slovy se tyto studie zabývaly sociogenezí duševních poruch. Na základě vztahu mezi dvěma proměnnými se snažili určit jisté prediktivní proměnné, které jsou schopné předpovědět vznik duševních onemocnění. (Dečevič et al. 2016)

Další typy výzkumů v této oblasti se zaměřovaly na analýzu vztahů mezi duševně nemocným člověkem a společností. Jejich pozornost směřovala na roli duševně nemocného ve společnosti, postoje a předsudky ohledně lidí s duševním onemocněním a na to jakým způsobem společnost „označuje“ tyto lidi a snaží se nad nimi držet a uplatňovat svoji kontrolu. Takovéto typy výzkumů se mnohem více blížili sociologii než psychiatrii. (Dečevič et al. 2016)

Výzkumníci sociální psychiatrie se zabývali nejen vztahem mezi jedincem a společností, ale také vztahy mezi jedincem a jeho partnerem nebo jiným blízkým člověkem. Zajímalo je také vztah mezi jedincem a jeho terapeutem nebo lékařem. (Morgan a Bhugra, 2010)

Sociální paradigma oproti zbylým dvěma paradigmátům v psychiatrii stojí především na používání kvantitativních dat, na statistických analýzách a na zkoumání vztahů mezi proměnnými na velkých vzorcích. (Morgan a Bhugra 2010) Někdy používalo i kvalitativní metody jako například narativní analýzu, kterou využívala hodně předtím sociální práce. Z hlediska přístupu a metod ke zkoumání duševních nemocí, tak sociální paradigma přispělo k více holistickému pohledu na souvislosti mezi duševními nemocemi a socio-ekonomickými podmínkami. Stejně tak sociální paradigma přineslo větší porozumění zkušenostem lidí s duševním onemocněním. (Dečevič et al. 2016)

V oblasti praxe je sociální psychiatrie vykonávána především sociálními pracovníky, kteří většinou nemají medicínský titul. Podle Dečevič et al. (2016) existují v praktické rovině dvě základní orientace, a to „*na prevenci orientovaná psychiatrie*“ a „*sociálně-dynamicky orientovaná psychiatrie*“.

**Na prevenci orientovaná psychiatrie:** pod vlivem sociálního pohledu na duševní nemoci se začala prosazovat představa, že zdraví není záležitostí pouze jedince, ale celé společnosti. V posledních letech je tak místo na duševní *nemoc* kladen větší důraz na duševní *zdraví*. Duševní zdraví už není definováno pouze jako absence duševní nemoci, ale spíše jako „proces udržování“ duševního zdraví. (Dečevič et al. 2016)

Preventivní snahy v oblasti duševního zdraví se začaly objevovat již po druhé světové válce, kdy sociální psychiatrie vznikala. V té době se objevila myšlenka, že duševní poruchy se manifestují uvnitř komunity. (Dečevič et al. 2016) To lze vysvětlit tak, že uvnitř společnosti jsou definovány zvyky a chování, které jsou prezentovány za správné a žádoucí a snahou je podporovat lidi, aby se vyhnuli chování, které je nebezpečné a nežádoucí. Příčiny duševních nemocí tak nejsou spatřovány uvnitř lidského těla, ale ústí ze sociálních kontaktů a vztahů. (Henderson 2008) Pro aplikovatelnost prevence duševních nemocí v praxi vznikl koncept komunitní psychiatrie, jehož cílem je chránit a podporovat zdraví jednotlivců na komunitní úrovni. (Dečevič et al. 2016)

Lze rozlišit tři typy úrovně prevence duševních nemocí: (Dečevič et al. 2016)

- 1) Primární prevence
- 2) Sekundární prevence
- 3) Terciální prevence

**Sociálně-dynamicky orientovaná psychiatrie:** tento přístup je orientovaný především na pomoc v léčbě jedince s duševní poruchou. Stojí na představě, že sociální skupina a její jednotlivé elementy mohou mít velmi účinný terapeutický vliv na pacienta. V této oblasti především velmi dobře posloužily poznatky ze sociální psychologie. Sociální psychiatrie klade důraz na to, že je zapotřebí respektovat roli sociálních faktorů při propuknutí nemoci, stejně tak využít tyto faktory při léčbě duševních nemocí na širší frontě. (Dečevič et al. 2016)

V této oblasti se zde objevily různé aktivity, které v praxi vykonávají především sociální pracovníci jako pracovně-rehabilitační programy, denní stacionáře, skupinové terapie, rodinné terapie, terapeutická komunita. (Dečevič et al. 2016).



### 3.5.2 Bio-psycho-sociální model

Bio-psycho-sociální model v sobě spojuje všechny tři přístupy. Stojí na přesvědčení, že při onemocnění je zapotřebí brát v úvahu všechny tři aspekty – biologické, psychologické a sociální. Většina psychiatrů v současné době se přiklání k ideologii bio-psycho-sociálního modelu. Je to dáno především nespokojeností s medicínským/biologickým modelem nemocí představující značně redukcionistický přístup. Od bio-psycho-sociálního modelu se slibuje, že zabrání biologizaci psychiatrie a povede naopak k její větší humanizaci. (Ghaemi 2009)

S pojmem *bio-psycho-sociální* jako první přišel v 50. letech Roy Grinker, ale až v 70. letech jej dále konceptualizoval George Engel (1978), který je tak považován za zakladatele tohoto modelu tak, jak jej chápeme v současnosti. Tento model stojí na ideji, že *„fyzické zdraví a well-being je utvářeno prostřednictvím interakce mezi biologickými, psychologickými a sociálními faktory.“* (Suls a Rothman 2004: 121) Představa, že tyto jednotlivé subsystémy jsou spolu provázány a propojeny, vedla k vytváření nových intervencí a přístupů v péči o duševní zdraví. Díky tomuto modelu se podařilo mnoha profesionálům přijít s víceúrovňovým přístupem k péči o duševní zdraví. (Suls a Rothman, 2004)

Podle zastánců bio-psycho-sociálního modelu má tento koncept řadu výhod. Jedna z výhod je holistický přístup jako opak k redukcionismu. Bio-psycho-sociální model nemocí vychází ze systémové teorie. Základem je ideje, že „čím více, tím lépe“, to znamená, že díky využití více perspektiv se dostaneme blíže k pochopení komplexní reality. Druhá výhoda spočívá v heuristice modelu, která nás nabádá k tomu, abychom věnovali pozornost všem třem aspektům duševních nemocí. (Ghaemi 2009) Ve výzkumech tak má být věnována pozornost vztahům mezi čtyřmi druhy proměnných – biologických, psychologických, sociálních plus kulturních (Bracken 2012) nebo tzv. makro proměnných, kam patří kulturní, socioekonomické nebo etnické proměnné (Suls a Rothman 2004).

Koncept Bio-psycho-sociálního modelu se nadále vyvíjí. Podle Sulse a Rothmane (2004) je zapotřebí lépe definovat jednotlivé souvislosti a spojení mezi jednotlivými subsystémy v tomto modelu. Dále je zde potřeba, aby došlo k lepšímu převodu poznatků z výzkumu do praxe a politiky a naopak.

#### **Kritika bio-psycho-sociálního modelu**

Bio-psycho-sociální model má v dnešní době mnoho přívrženců, kteří v tomto modelu spatřují nejlepší způsob, jakým přistupovat k duševním onemocněním. Přesto jak uvádí Ghaemi (2009), tento model v sobě skýtá mnohá úskalí, která vyvěrají především z nedostatečného empirického a konceptuálního ukotvení. Stejně tak uvádí Suls a Rothman (2004), že tento model je zapotřebí nadále lépe konceptualizovat, především je zapotřebí lépe definovat souvislosti a spojení mezi jednotlivými subsystémy v tomto modelu.

Jeden z problémů tohoto modelu spočívá v eklectismu. Bio-psycho-sociální model vede k jisté „eklektické svobodě“, to znamená, že každý si v podstatě může dělat, co chce. Jeden může více zdůrazňovat „bio“ aspekt, jiný zase „psycho“ nebo sociální aspekty. Tato „eklektická svoboda“ do jisté míry hraničí s anarchií a anarchie může ve výsledku vést k tyranii. Otázka tedy zní, jakým způsobem pokritizovat jeden aspekt nad druhým? (Ghaemi 2009)

Ghaemi (2009) také poukazuje na fakt, že redukcionistický přístup nemusí vždy špatný. Například se ukázalo, že mnohé nemoci mají jednoduše biologické příčiny. Ghaemi (2009) tak říká, že vždy neplatí, že by využití více metod a postupů léčby najednou vedlo k lepším a efektivnějším výsledkům. Někdy může využití jedné metody přinést lepší a validnější výsledky, než používání mnoha metod a přístupů.

### **3.5.3 Otevřený dialog**

Jeden z přístupů, který reflektuje bio-psycho-sociální model, je *otevřený dialog*. Tento přístup byl vyvinut v 80. letech 20. století ve Western Lapland ve Finsku. Otevřený dialog byl vyvinut v kontextu a prostředí, kde fungovalo spojení a spolupráce mezi specializovanými psychiatry a pečovateli o duševní zdraví a které umožnilo změny v klinické a organizační sféře. Otevřený dialog se snaží reagovat a intervenovat v první fázi propuknutí psychózy. Lze jej charakterizovat jako „otevřená setkání, při kterých se sejdou profesionálové, klient, rodina a další podpůrný personál, aby řešili léčbu a plánování od prvního kontaktu“. (Brown et al. 2015:53) Tento přístup reagoval na frustraci vyvolanou medicínským modelem, kdy „monologický diskurz mnoha profesionálů byl ovlivněn tím, kdo definoval problém, jak byl problém definován, odlišnými závazky a odpovědnostmi a izomorfními procesy“. (Brown et al. 2015: 53) V praxi tento přístup vypadá zjednodušeně tak, že psychologové, sociální pracovníci a psychiatři nezkoumají pacienta jeden po druhém, ale všichni najednou se setkají s ním a jeho rodinou. Tento přístup tak pracuje s multidisciplinárním týmem. (Brown et al. 2015)

Podle finských terapeutů „Otevřený dialog“ není metoda, ale spíše se jedná o způsob myšlení a diskuze, kde si je každý roven a respektuje jeden druhého. Otevřený dialog se stále ještě vyvíjí. Zatím je používán především ve Finsku. Pracování s otevřeným dialogem představuje mnoho výzev. Za prvé je nutné, aby lékaři a psychiatři nezaujímalí nadřazené postavení a zapojili rodinné příslušníky do účasti na spolurozhodování o postupu a léčbě. Lékaři a psychiatři se tak musí naučit novým schopnostem, jak pracovat s rodinnými příslušníky. (Bowen, et al. 2015)

## 4 Empirická část

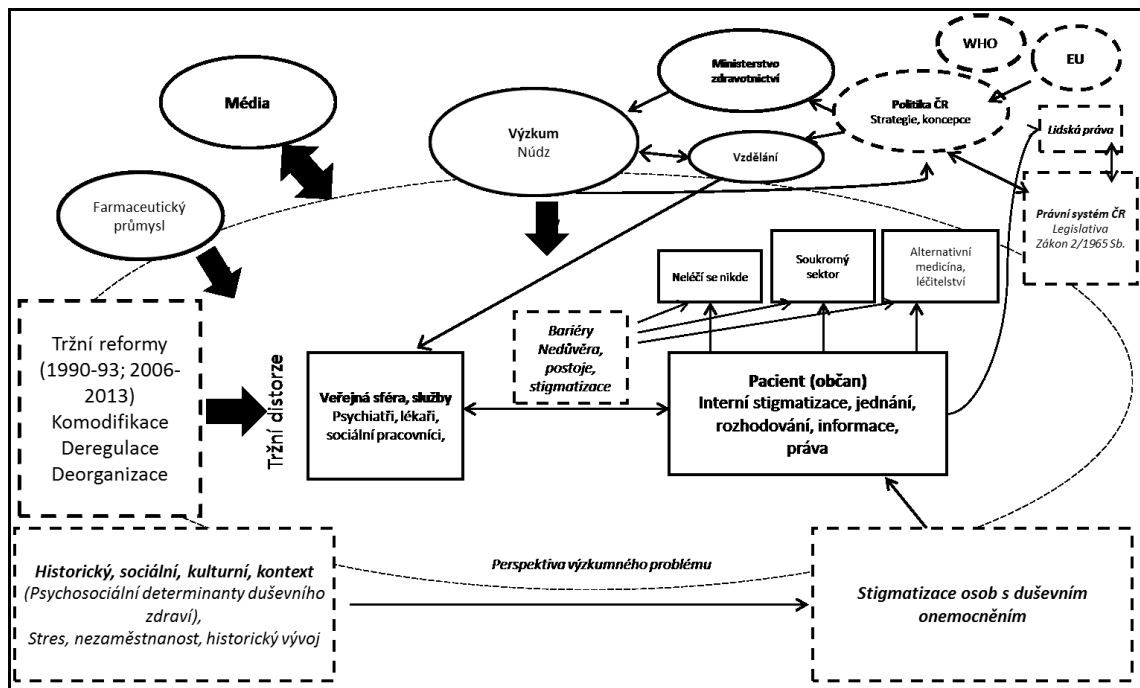
Cílem tohoto výzkumu je porozumět tomu, kam směřuje česká politika duševního zdraví, a to jak z pohledu ideových východisek uplatněných v dokumentu „Strategie reformy psychiatrické péče“ (Ministerstvo zdravotnictví 2013), tak z pohledu pacienta.

Empirická část je rozdělena na dvě hlavní podkapitoly, které korespondují se dvěma hlavními výzkumnými otázkami práce. **První část výzkumu (4.1)** je zaměřena na vývoj odborného diskurzu (4.1.1) v člancích ve vybraných psychiatrických časopisech vydaných v letech 2010-2016. Zde je sledován i vývoj situace v mezinárodních časopisech. Využita zde byla obsahová analýza. Dále v části (4.1.2) je sledován vývoj diskurzu a idejí v období 1993 až do vydání „Strategie reformy psychiatrické péče“ (Ministerstvo zdravotnictví, 2013). Pro zpracování dat zde byla využita tematická analýza. Pro jejich interpretaci byl uplatněn historický institucionalismus. V další části (4.1.3) je poté věnována pozornost kritické diskurzivní analýze dokumentu „Strategie reformy psychiatrické péče“ v porovnání s jinými zahraničními dokumenty (WHO 2013; WHO Europe 2013; Minas 2012; články Global Mental Health vydané v Lancetu 2007) Zde je zkoumáno především to, jaká ideová východiska se v dokumentu uplatňují a jaký se v dokumentu uplatňuje strategický přístup.

**Druhá podkapitola (4.2)** se zabývá biografickým výzkumem s cílem zachytit zkušenosti pacientky trpící duševní nemocí s psychiatrickou péčí v České republice. Pro interpretaci výsledků byly využity teoretické koncepty jako „Life-course approach“ a „Sociální determinanty zdraví“.

Následující obrázek (Obr. 15) znázorňuje model situace, ve kterém se pohybujeme v rámci politiky duševního zdraví. Je na něm znázorněn jak širší kontext situace (daný mezinárodními institucemi, médií, farmaceutickým průmyslem), tak mikroúroveň reprezentovaná vztahem pacienta k lékaři a k systému péče o duševní zdraví v ČR.

**Obr. 15 Model znázorňující situaci v oblasti péče o duševní zdraví v ČR**



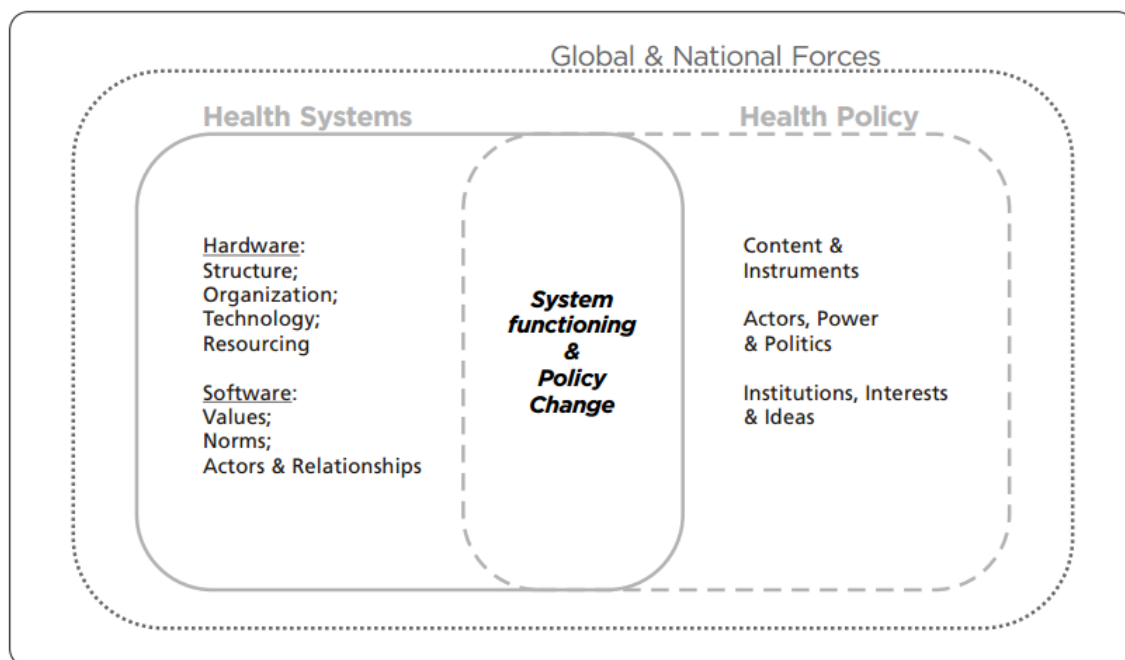
Zdroj: Autorka

#### 4.1 Česká a mezinárodní ideová východiska uplatněná v dokumentu „Strategie reformy psychiatrické péče v ČR“

Tato podkapitola je zaměřena na to, jaká ideová východiska jsou uplatňována v dokumentu „Strategie reformy psychiatrické péče“ (Ministerstvo zdravotnictví 2013). Nejprve je pozornost věnována vývoji odborného diskurzu v psychiatrických časopisech. Poté je sledován vývoj historického diskurzu před vydáním „Strategie reformy psychiatrické péče“, poté se pozornost soustřeďuje na kritickou diskurzivní analýzu ideových východisek uplatněných v tomto dokumentu.

Jako analytický rámec je zde využit následující model (Obr. 16), který vychází ze systémového přístupu a zabývá se zkoumáním výzkumů ve zdravotnických systémech. (Gilson 2012)

Obr. 16 Analytický rámec výzkumu zdravotnických systémů a zdravotní politiky



Zdroj: Gilson, 2012

#### 4.1.1 Vývoj v oblasti priorit výzkumu v České republice mezi lety 2010-2016

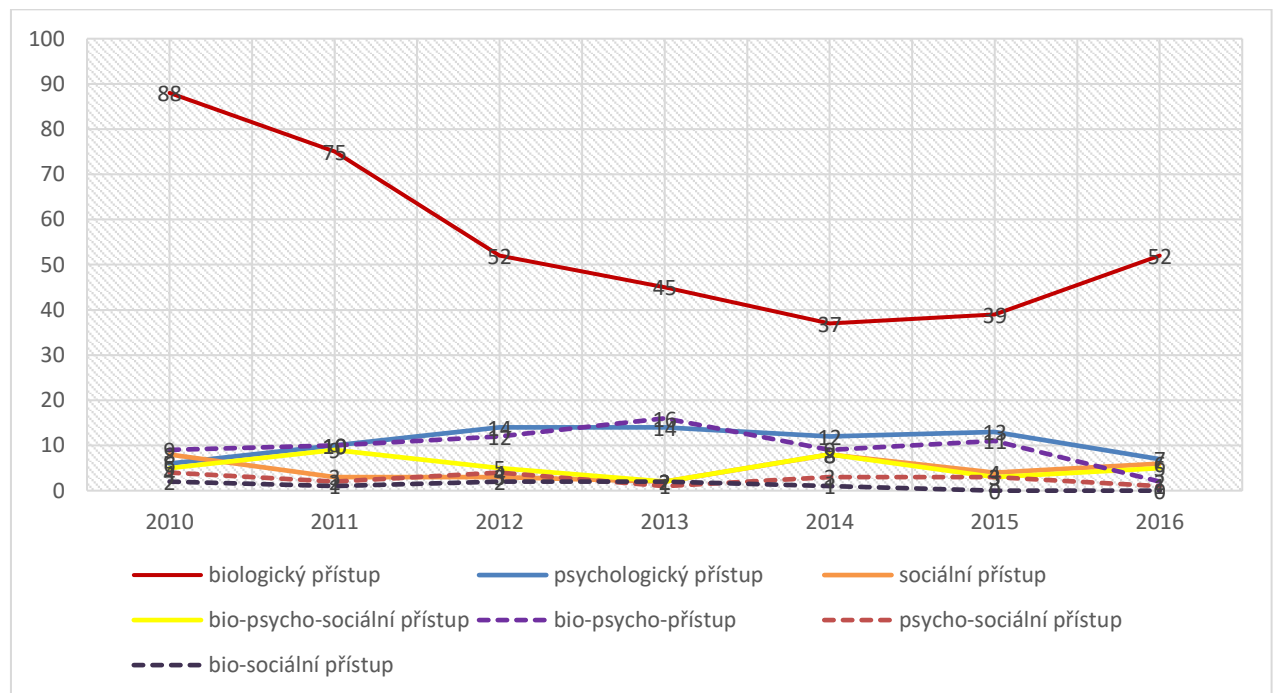
Zde je pozornost věnována vývoj priorit výzkumu v České republice, který byl zkoumán prostřednictvím obsahové analýzy českých psychiatrických časopisů (Česká a slovenská psychiatrie, Psychiatrie pro praxi a Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii). Tato část se zaměřuje na vývoj výzkumů zaměřených na biologickou, psychologickou nebo sociální psychiatrii v letech 2010-2016. Toto období bylo zvoleno z toho důvodu, aby zachytilo vývoj okolo roku 2013, kdy byla vydána „Strategie reformy psychiatrické péče“ (Ministerstvo zdravotnictví, 2013). Pro zkoumání vývoje priorit výzkumu byla zvolena metoda obsahové (kvalitativní) analýzy.

Z analytického rámce (Obr. 16) vyplývá, že jedním z komponentů, které ovlivňují institucionální změnu v systému jsou ideje. (Gilson 2012) V rámci Tangovi (2011b) všeobecné teorii institucionální změny hrají ideje jednu z klíčových rolí. To znamená, že vývoj idejí ukazuje, jakým způsobem se pravděpodobně bude vyvíjet politika v dané zemi. Zde vycházíme z toho, že jednou z cest, kde jsou produkovány ideje, je oblast výzkumu.

Za účelem reflexe vývoje priorit výzkumu v oblasti psychiatrie byly zkoumány počty biologicky, psychologicky a sociálně zaměřených článků publikovaných

v psychiatrických časopisech jako Česká a slovenská psychiatrie, Psychiatrie pro praxi a Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii. Odborné zaměření těchto článků ukazuje, jaké paradigma bylo v letech 2010 až 2016 v české psychiatrii nejvíce sledováno a kam směřoval největší zájem psychiatrů a odborníků. Tento vývoj nám tak ukazuje kontext, v jakém jsou současné politiky a opatření uskutečňovány.

**Obr. 17** Přehled vývoje článků vydaných v českých časopisech v letech 2010-2016 podle jejich paradigmatického zaměření



Zdroj: Autorka

Graf výše (Obr. 17) zobrazuje přehled počtu článků vydaných v českých odborných časopisech podle toho, jaké bylo jejich paradigmatické zaměření. Sledované období bylo mezi lety 2010 a 2016. Z grafu vyplývá, že se jednalo převážně o články zaměřené **na biologickou psychiatrii**, tedy především na **účinky a klinické výsledky farmakoterapie** v léčbě duševních onemocnění. Mezi lety 2010 a 2014 je zde možné sledovat jistý klesající trend v počtu biologicky-orientovaných článků, který je patrný i v relativním poklesu v podílu biologicky-orientovaných článků na celkovém počtu. Ukazuje se zde totiž, že celkový počet vydaných článků v těchto časopisech v průběhu let klesal. To může být vysvětleno tím, že výzkumníci a odborníci jsou motivováni a tlačeni k publikování článků především v zahraničních časopisech.

Kolem roku 2013, kdy byla schválena reforma psychiatrické péče se podíl biologicky orientovaných článků (Tab. 3) nepatrně snížil ku prospěchu ostatních článků,

ovšem od roku 2014 je zde opět patrný narůstající trend biologicky orientovaných článků. V roce 2016 téměř tři čtvrtiny článků (70 %) byly biologicky-orientované. Množství článků zaměřených jinak, než čistě biologicky je v celku malé. Jejich počet se v průběhu let pohybuje kolem stejného čísla a jejich vývoj je vcelku stabilní a neměnný. Z ostatních tematických přístupů se nejvíce objevuje psychologický přístup anebo kombinace biologického a psychologického přístupu. Počet sociálně zaměřených článků je spíše minimální. V posledních letech se začínají více objevovat bio-psycho-sociálně zaměřené články a také sociálně zaměřené články. Tyto články produkovalo především sociální oddělení v Českém psychiatrickém centru, která se později přesídlilo do Národního ústavu duševního zdraví v roce 2015.

**Tab. 3 Přehled vývoje podílu jednotlivých zaměření na celkovém počtu článků**

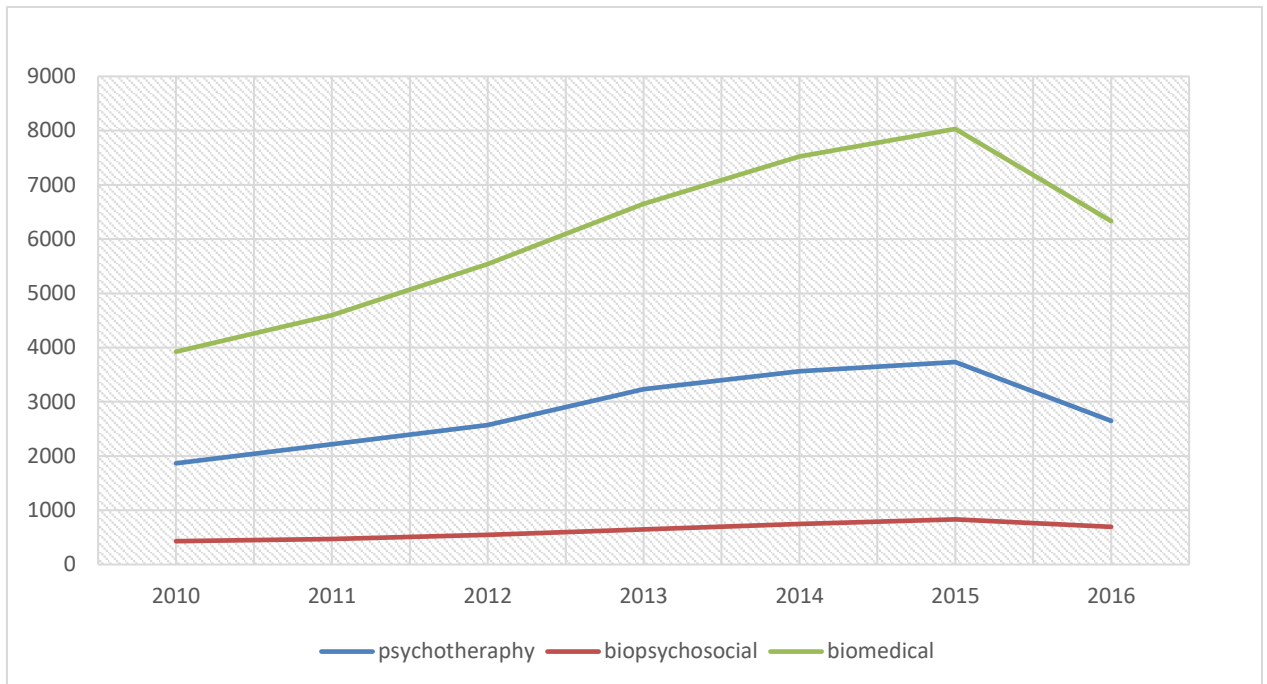
podíl (%)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
biologický přístup	72	68	57	55	47	53	71
psychologický přístup	5	9	15	17	15	18	10
sociální přístup	7	3	3	2	10	5	8
bio-psycho-sociální přístup	4	8	5	2	10	4	7
bio-psycho-přístup	7	9	13	20	12	15	3
psycho-sociální přístup	3	2	4	1	4	4	1
bio-sociální přístup	2	1	2	2	1	0	0

Zdroj: Autorka

Při porovnání toho, jakým způsobem se vyvíjejí počty různě paradigmaticky zaměřených článků vydaných v českém prostředí s vydanými články v zahraničních časopisech, tak na následujících grafech x a x můžeme vidět, že i v zahraničí převažují značně biomedicínsky orientované články. Počet biomedicínsky zaměřených článků od roku 2010 značně narostl. Jen tak pro představu časopis „Biological psychiatry“ měl podle Journal citation report v roce 2008 impact faktor 8.93 (Krystal 2011) a v roce 2015 již měl impact faktor 11.212. (Thomson Reuters 2015) Počet článků zmiňujících biopsychosociální model od roku 2010 také nepatrně narostl, ale jejich počet je oproti biomedicínským článkům stále poměrně malý. Poměr biomedicínských a biopsychosociálních článků je tak stále nevyrovnaný i v mezinárodním diskurzu. To potvrzuje zjištění Kleinama (2012), že psychiatrie se stále ubírá úzkým směrem v provádění výzkumů v oblasti biologické psychiatrie. Je patrné, že ČR se drží trendu ve světě a snaží se tak držet krok s výzkumnými centry v zahraničí.



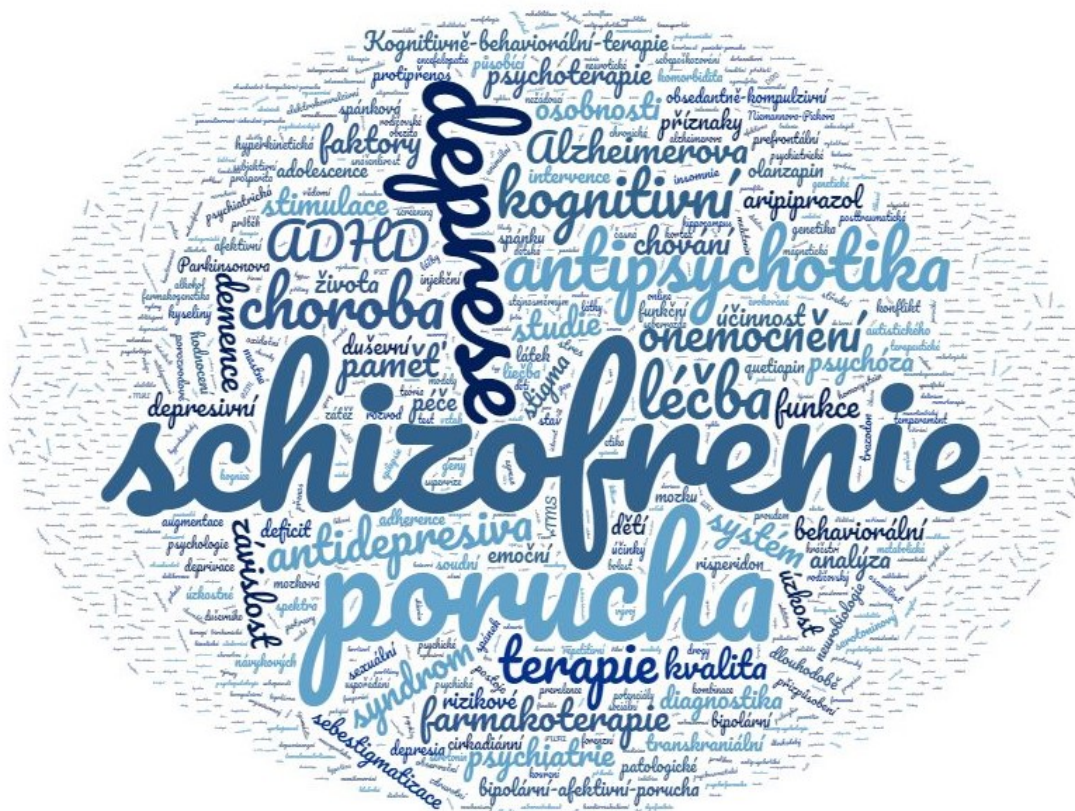
**Obr. 18** Přehled vývoje počtu článků v PubMed v letech 2010-2016 podle jejich zaměření



Zdroj: Autorka

Analýza klíčových slov z odborných článků (Obr. 19) vydaných v časopisech Česká a Slovenská psychiatrie a Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii v letech 2010-2016 ukázala, že nejčastějším klíčovým slovem byla **schizofrenie**, ale rovněž se velmi často objevovaly klíčová slova jako antipsychotika, antidepressiva a farmakoterapie. V menší míře se zde pak vyskytuje psychotherapie a také kognitivně-behaviorální terapie. Tento obrázek tak potvrzuje, že v českém odborném diskurzu stále dominuje biologické paradigma. Pozornost není tolik věnována méně závažným duševním onemocněním.

Obr. 19 "Word cloud" klíčových slov u článků ve vybraných českých psychiatrických časopisech



Zdroj: Autorka

#### 4.1.2 Dílčí závěry a diskuze k části 4.1.1

Z těchto zjištění vyplývá, že v České republice (stejně tak v zahraničí) je značný deficit výzkumu, orientovaného na přístup (HPSR – Health Policy and System Research – Gilson 2012). Na poli výzkumu zde zcela dominují a převažují biologicky-orientované výzkumy a počet výzkumů orientovaných na psychoterapii, sociální psychiatrii, a hlavně pak na výzkum HPSR je velmi nízký. Je zde také patrné, že převažuje především **jedno-disciplinární přístup** ke zkoumání duševních nemocí a její léčby. Je zde nedostatek **multidisciplinárních výzkumů**, které prosazuje mnoho autorů (Kleinam 2012; Bracken 2012; Gilson 2012).

V českém prostředí existují časopisy zaměřené na psychoterapii (např. časopis Psychoterapie) a sociální práci a (např. časopis Sociální práce), které nabízejí poznatky z těchto oborů pro oblast duševních nemocí. Pro rozvoj bio-psycho-sociálního přístupu je ovšem zapotřebí rozvinout multidisciplinární přístup.

Z této situace je patrné, že zde velkou roli sehrává vliv farmaceutického průmyslu, který je reflektován jako řídicí faktor nejen biologicky orientovaného výzkumu, ale výzkumu přímo orientovaného na hodnocení psychofarmaky (Singh 2007; Paris 2010; Moncrieff 2002). Farmaceutické firmy a komodifikace zdravotnictví přispívají k distorzi priorit výzkumu.

Z uvedených zjištění také vyplývá, že významný zájem oboru je směřován především na schizofrenii a není už taková pozornost věnována méně závažným duševním nemocem a prevenci, případně sociálním determinantám duševního zdraví v ČR, jež hrají klíčovou roli pro politiku duševního zdraví.

#### **4.1.3 Vývoj odborného diskurzu před vznikem dokumentu „Strategie reformy psychiatrické péče v ČR“ po roce 1993**

V této části je pozornost věnována historickému vývoji odborného diskursu od roku 1993 až do roku 2013, kdy byl vydán dokument „Strategie reformy psychiatrické péče“ (Ministerstvo zdravotnictví, 2013). Český odborný diskurz byl realizován především v rámci představitelů komunity pracovníků, poskytujících zdravotní služby. Primární data, zachycující tento diskurz byla využita prostřednictvím aktivit České psychiatrické společnosti ČLS JEP. Veřejně politickým analytickým rámcem výzkumu je zde teoretický rámec historického institucionalismu. V rámci historického institucionalismu jsou zde sledovány klíčové dokumenty a koncepce, které byly vydané mezi lety 1993 až 2013. Jako metoda zpracování dat je zde uplatněna tematická analýza.

Po rozpadu Československa v roce 1992 a po vzniku samostatného státu České republiky se politika ČR orientovala především na tržní reformy, které se v ČR začaly rozebíhat od 90. let. Vláda ČR se tehdy zabývala hlavně politickou a hospodářskou transformací země. V politice České republiky se začaly především uplatňovat principy neoliberalismu (Washingtonský konsensus 1989, cit. ve Fiala 2016). Pro zdravotní politiku a praxi zdravotnického systému to znamenalo významné organizační změny v postavení poskytovatelů zdravotních služeb. Došlo ke zvýšení autonomie těchto poskytovatelů a k tvorbě smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami. V oblasti ambulantních služeb došlo celkově ke zdvojnásobení počtu lékařů a v podmínkách neregulovaného systému úhrad k rychlému růstu výdajů a spotřeby služeb (Raboch a Wenigová 2012). Dominantním faktorem, ovlivňujícím jednání lékařů, se v podmínkách komodifikovaného zdravotnictví stala finanční zainteresovanost. K rychlému růstu

výdajů došlo také v oblasti léčiv. Zájmy a navazující problémy v oblasti financování a úhrad zdravotních služeb začaly v české zdravotní politice dominovat a potlačovat ostatní podpůrné funkce zdravotnického systému, jakými jsou řízení kvality, specializační a kontinuální vzdělávání.

Důsledky silné deregulace byly řešeny až po změnách dvou ministrů zdravotnictví (Petr Lom, Luděk Rubáš) třetím ministrem zdravotnictví (Jan Stráský) v období vlády Václava Klause (1992-96). V době působení ministra Stráského byl významně posílen výkon státní správy na MZ ČR a byly vytvořeny potřebné regulační nástroje. Funkce zdravotních pojišťoven jako samoobsluhy na finanční zdroje pro poskytovatele zdravotních služeb tak byla omezena-regulována. Ministr Stráský sice v období svého dalšího působení na MZ ČR po roce 1996 podlehl tlaku České lékařské komory na zvýšení úhrad služeb, ale v této fázi došlo z iniciativy Všeobecné zdravotní pojišťovny k uplatnění dalších regulačních nástrojů v oblasti ambulantních služeb a k vynucenému limitování růstu výdajů na nemocniční péči.

V roce 1998 se ministrem zdravotnictví stal Ivan David, jenž byl psychiatr. V době svého působení na ministerstvu zdravotnictví dal podnět a výzvu k tvorbě koncepcí rozvoje všech oborů v rámci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, tedy také v oboru psychiatrie. Šlo o oživení předchozího přístupu MZ ČR před rokem 1990 k tvorbě zdravotní politiky, využívající koncepce jednotlivých oborů. Tvorba těchto koncepcí navazovala před rokem 1990 také na výsledky výzkumu Ústavu pro sociální lékařství a organizaci zdravotnictví. Pracoviště tohoto výzkumného zaměření však bylo v roce 1992 ministrem Lomem zrušeno. Nicméně podnět ministra Davida ke koncepční činnosti odborných společností se stal významnou výzvou pro Českou psychiatrickou společnost. Po několika letech tak došlo k modifikaci a rozšíření pohledu na zdravotnický systém od přístupu zredukovaného pouze na peníze a úhrady.

V roce 1999 I. David byl ze své funkce odvolán premiérem Milošem Zemanem na nepřímý nátlak České lékařské komory, která ve spolupráci s poslanci zablokovala legislativní proces v Poslanecké sněmovně.

Úkolem následujícího ministra zdravotnictví Bohumila Fišera bylo zklidnit proces tvorby zdravotní politiky, který stál před úkoly harmonizace právního prostředí v rámci přístupu ČR do EU. V té době také probíhaly legislativní práce na reformě veřejné správy.

V roce 2000 Česká psychiatrická společnost formulovala „Koncepci psychiatrie“, která byla schválena vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 2002.

Hlavním záměrem koncepce bylo přesunout akutní psychiatrickou péči z psychiatrických nemocnic na psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic.

Koncepce psychiatrie z roku (2000) (ke které dal podnět I. David) reagovala především na problémy, jimiž jsou stárnutí populace a tím pádem zvyšující se riziko výskytu demence, zvýšené konzumace alkoholu a návykových látek, riziko medicinizace životních problémů z důvodu rozšíření „malé psychiatrie“ do primární zdravotní péče, nekoordinovaná spolupráce mezi některými oblastmi psychiatrie a sociální sférou. (Koncepce psychiatrie 2000) Koncepce čerpala z výsledků studie Škoda et al. (1996).

Koncepce psychiatrie (2000: 29) přinesla následující doporučení:

- a) Další funkční integraci psychiatrie do společnosti
- b) Odstranění stigmatizovaného postavení psychiatrie ve zdravotnictví a ve společnosti
- c) Humanizace a zlepšení materiálních podmínek v některých oblastech psychiatrie (léčebny)
- d) Posílení role uživatelů péče – jejich podíl na rozhodování o poskytované péči, respektování důstojnosti a práv uživatelů, podpora svépomocných skupin
- e) Rozvoj psychiatrických lůžkových oddělení při všeobecných nemocnicích
- f) Rozvoj tzv. intermediární péče (denní stacionáře, domácí péče, návštěvní služba, chráněné dílny a bydlení, kluby, svépomocné organizace)
- g) Důraz na spolupráci mezi jednotlivými profesemi i mezi jednotlivými typy psychiatrických zařízení a tím posílit kontinuitu a aktivní přístup v péči o duševně nemocné. Součinnost psychiatrických služeb se sociálním sektorem a otevření prostoru k další mezioborové spolupráci.
- h) Výzkum účinnosti psychiatrických léčebných metod spolu s výzkumem etiologických činitelů a faktorů ovlivňujících průběh duševních onemocnění.
- i) Sledování ekonomických ukazatelů a jejich vývoje ve vztahu k psychiatrické péči a k psychiatricky nemocným.

Od roku 2002 až do roku 2006 se vystřídal v ČR tři vlády (Špidla, Gross a Paroubek), na postu ministra zdravotnictví se vystřídal čtyři ministři a ministryně – M. Součková, J.Kubinyi, M. Emmerová a D. Rath. Velmi časté střídání ministrů a ministryň na ministerstvu zdravotnictví přispělo k tomu, že se nepodařilo pokračovat v koncepčním a strategickém přístupu zdravotní politiky. Ministryně Emmerová sice předložila v roce 2004 Návrh koncepce rozvoje zdravotnictví v ČR a současně také návrhy na řešení problémů s pokračujícím růstem výdajů na léčiva a na problémy s přerozdělováním pojistného v rámci pluralitního systému veřejného zdravotního pojištění. I když byly všechny tyto návrhy vládou ČR po předchozím projednání v tripartitě přijaty, premiér Paroubek podlehl nátlaku Davida Ratha, odvolal ministryni Emmerovou a jmenoval ministrem zdravotnictví D. Ratha. Tato změna znamenala pro další koncepční a strategický vývoj rychlý konec a návrat opět jenom k financování.

Zatímco komodifikace českého zdravotnictví pokračovala ještě poměrně dlouho po roce 2000 a její intenzita se naopak následně zvýšila v letech 2006-2013, z hlediska mezinárodního vývoje došlo k významným kritickým reflexím tohoto vývoje především díky aktivitám Světové zdravotnické organizace. Roční zpráva WHO v Ženevě byla zaměřena na otázky fungování zdravotnických systémů a plnění jejich základních cílů. S podporou WHO tak byl formulován významný paradigmatický posun k systémovému přístupu, WHO publikovala také metodiku pro rámcové hodnocení zdravotnických systémů a tato metodika byla také prakticky aplikována pro rozsáhlé mezinárodní srovnání. V následujícím roce 2001 vydává WHO v Ženevě ve stejné řadě ročních zpráv další, která je tematicky zaměřena na duševní zdraví (Mental Health Report, WHO 2001). Z iniciativy WHO byl formulován koncept pro měření nemocnosti (Burden of disease), uplatněný především pro hodnocení zátěže v důsledku chronických onemocnění. Tento koncept byl také použit ve zprávě o duševním zdraví a poprvé taky upozorněno na význam do té doby dlouhodobě podceňované skupiny psychických onemocnění. Z hlediska zátěže touto skupinou chronických nemocí jde o důsledek na úrovni zcela srovnatelné se skupinou srdečních a cévních nemocí. Tento vývojový milník se stal výzvou pro navazující přístupy a konkrétní zdravotní politiky k zátěži duševních onemocnění nejen v EU, na mezinárodní úrovni, ale postupně také v globální formě.

Není tedy žádným překvapením, že již v roce 2004 byl na základě výzev z Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví (CMHCD) ustanoven výbor pro implementaci koncepce rozvoj psychiatrie, resp. Péče o duševní zdraví. Výbor se skládal ze zástupců z nejrůznějších oblastí. V roce 2005 tato skupina v čele s Mudr. Janem Pffeiferem vydala dokument „Politika péče o duševní zdraví v ČR – cesty k její realizaci“ (CMHCD 2005). Tento dokument vznikl v přímé spolupráci s WHO a zároveň byl financován neziskovou organizací Open Society Fund, Praha. Zde je vidět jasný posun, že se místo o koncepci psychiatrie, mluví o „politice o péči o duševní zdraví“. Dokument „Politika péče o duševní zdraví v ČR – cesty k její realizaci“ (CMHCD 2005) uváděl, že jejich snahou je navázat na Koncepci psychiatrie (2000) za účelem držet jistou kontinuitu. Podle CMHCD (2005) byla Koncepce psychiatrie (2000) již krokem k modernější péči o lidi s duševním onemocněním, ovšem stále byla založena na „klasickém“ systému psychiatrické péče, kde psychiatři mají dominantní roli a postavení.

Dále podle CMHCD (2005) Koncepce psychiatrie (2000) pojímala psychiatrickou péči roztržštěně v rámci třech segmentů – lůžková, ambulantní a semimulární, bez toho,

aby byly stanoveny jasné principy fungování této sítě. Zapojení primární péče je v Koncepci psychiatrie (2000) pojímáno spíše okrajově. Koncepce psychiatrie (2000) rovněž stále přikládala velkou roli psychiatrickým léčebnám a zcela jasně neuváděla, jakým způsobem by měla probíhat jejich transformace. Koncepce psychiatrie (2000) již nastínila jisté změny v postavení pacientů, ale nebylo zde řečeno, jakým způsobem budou do procesu rozhodování zapojeni. Dále ochrana lidských práv je v dokumentu Koncepce psychiatrie pojímána spíše okrajově. (CMHCD 2005)

Dokument „Politika péče o duševní zdraví v ČR – cesty k její realizaci“ (CMHCD 2005) se více se přiblížit moderním trendům v oblasti péče o duševní zdraví ve světě.

Tento dokument navrhoval tři varianty řešení transformace psychiatrické péče pro převod akutní a dlouhodobé péče do přirozeného prostředí (CMHCD 2005: 24):

- 1) varianta s “rozdělením” péče v psychiatrických léčebnách
- 2) varianta se zachováním jen některých oddělení psychiatrických léčeben
- 3) varianta se zachováním jen některých psychiatrických léčeben

Dokument „Politika péče o duševní zdraví – cesty k její realizaci“ již navrhoval jisté konkrétní kroky pro transformaci psychiatrické péče. Jeho cílem bylo: *„cílem péče o osoby s duševními poruchami je co nejvíce podpořit schopnosti pacienta a jeho přirozeného zázemí tak, aby nemocný byl schopen se sám co nejvíce vypořádat se svými obtížemi. Snahou je napomoci osobám s duševní poruchou k dosažení produktivního a subjektivně uspokojivého života v co nejvíce přirozenějších podmínkách. Poskytovaná péče a podpora musí být vždy v co nejméně restriktivních, omezujících podmínkách.“* (CMHCD 2005: 8) Přesto cíle tohoto dokumentu zůstaly pouze na papíře. Bylo to především z toho důvodu, že nedošlo ke konsenzu mezi CMHCD (Janem Pffeifrem) a Českou psychiatrickou společností ČLS JEP.

V témže roce se na mezinárodním poli udály mnohé důležité události v oblasti duševního zdraví. Za prvé v roce 2005 proběhla konference evropských ministrů v Helsinkách. V roce 2005 také Evropská unie vydala „Zelenou knihu“, tematicky zaměřenou na politiku duševního zdraví. V roce 2005-2006 byl ministrem zdravotnictví D. Rath, ten však nejevil příliš zájmu o tuto oblast.

V roce 2007 Česká psychiatrická společnost ČLS JEP ve spolupráci s regionální kanceláří WHO ČR vyhláší „Národní psychiatrický program 2007“, který byl reakcí na dva důležité dokumenty WHO - “Mental Health Action Plan” (WHO Europe 2005) a „Zelenou knihu“ (EC 2005) Evropské unie a mnohé další.

Cílem „Národního psychiatrického programu 2007“ bylo<sup>8</sup>:

- Zlepšení kvality péče a kvality života pacientů s psychickými poruchami – zrovnoprávnění úrovně péče s ostatními medicínskými obory. Důraz na hummání podmínky péče a destigmatizaci
- Zajištění dostupnosti psychiatrické péče – se zaměřením na její nízkoprahovost a redukci skryté nemocnosti
- Redukci rizik vyplývajících z psychických onemocnění – suicidia, závažná psychická i tělesná poškození, sociální izolace, invalidizace

„Národní psychiatrický program 2007“ určil následující úkoly<sup>9</sup>:

- podpora primární psychiatrické péče
- rozvoj komunitní péče
- modernizace lůžkového fondu

V roce 2007 došlo také k důležitému momentu v ČR, kdy byly spuštěny evropské fondy. Evropské fondy fungují v rámci programovacích období, které trvá vždy 7 let. V roce 2007 začalo programovací období 2007-2013 (kdy byla vydána strategie reformy psychiatrické péče). V rámci tohoto programovacího období EU stanovuje, jakých cílů a úkolů mají země dosáhnout.

Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek rozpustil výbor pro realizaci koncepce. Česká psychiatrická společnost poté ustanovila nový výbor, jehož úkolem bylo vytvořit revidovanou koncepci psychiatrie. V roce 2008 poté psychiatrická společnost schválila revidovanou verzi koncepce psychiatrie. Tato revidovaná koncepce byla zaměřená na popis jednotlivých oblastí psychiatrické péče. Snažila se prosazovat především tzv. vyvážený model péče. (balanced care model) (Revidovaná koncepce psychiatrie, 2008) Tuto koncepci se také nepodařilo prosadit. To bylo dáno i tím, že v letech 2009-2010 vládla v ČR úřednická vláda Jana Fischera.

V letech 2010-2013 byl ministrem zdravotnictví Leoš Heger, který byl o něco více tolerantní k otázce reformy psychiatrické péče. Leoš Heger byl rovněž nejdéle působícím ministrem zdravotnictví od vzniku samostatné České republiky. Byl zde tak největší prostor pro realizaci nějakých změn. Leoš Heger v roce 2011 prosadil zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., který opět vedl spíše k tržně pojaté reformě zdravotnictví. (viz. Řezníčková 2015)

---

<sup>8</sup> Národní psychiatrický program. (2007) [online]. *Ceskapsychiatrie.cz*, [cit. 04-05-2017]. Dostupné z: <http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php/strategie-koncepce-reformy/35-narodni-psychiatricky-program-2007>

<sup>9</sup> Národní psychiatrický program. (2007) [online]. *Ceskapsychiatrie.cz*, [cit. 04-05-2017]. Dostupné z: <http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php/strategie-koncepce-reformy/35-narodni-psychiatricky-program-2007>



V roce 2012 proběhl mezinárodní kongres WHO, na jehož základě pak byl v ČR spuštěn projekt „Mapování stavu psychiatrické péče a jejího dalšího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí).“ (Raboch a Wenigová 2012)

Podle tohoto dokumentu je zapotřebí počítat s následujícími opatřeními: (Raboch a Wenigová 2012: 118)

- změnami v úhradách ze zdravotního pojištění, které podpoří nové, především extramurální formy péče a budou redistribuovat finanční toky směrem k akutní a komunitní péči (nutnost prosazení příslušných výkonů do sazebníku)
- změnami v platbách pacientů, např. v případě rezidenčních služeb
- transformačními náklady, které v ideálním případě by měly být z velké části uhrazeny z fondů EU.

Tento projekt přišel s těmito návrhy na transformaci psychiatrické péče: (Raboch a Wenigová 2012: 94) V návrhu svých variant vycházely z projektu CMHCD (2005).

- 1. Varianta s „rozředěním“ péče v psychiatrických léčebnách
- 2. Varianta se zachováním jen některých oddělení psychiatrických léčeben
- 3. Varianta se zachováním jen některých psychiatrických léčeben
- 4. Varianta zachování stávajícího stavu
- 5. Varianta zrušení všech léčeben
  - a) bez transformace do jiných typů služeb
  - b) s transformací do jiných typů služeb

Prosazuje se zde trend k utváření komplexního a integrovaného systému. A dále k diferenciaci a specializaci služeb péče o duševní zdraví

V roce 2012 Platforma pro transformaci systému péče o duševní zdraví v ČR, která je seskupením zástupců odborných společností, poskytovatelů služeb, patientských a rodičovských organizací i jednotlivců<sup>10</sup>, přijala deklaraci, ve které vyzývala vládu ČR, aby formulovala národní plán pro transformaci systému péče o duševně nemocné. Podle všeho tato platforma sehrála velmi důležitou roli v tom, aby se celá reforma rozhybala a odstartovala<sup>11</sup>.

V roce 2013 ministr zdravotnictví Martin Holcát schválil „Strategii reformy psychiatrické péče ČR“. Ta má za cíl především posunout systém péče o duševní zdraví směrem k deinstitucionalizaci systému, a především rozvoji komunitní péče, která má být posílena vznikem tzv. Center duševního zdraví, která tak budou představovat novou

---

<sup>10</sup> Lidémezilidmi.cz. (2016). Prohlášení platformy pro transformaci péče o lidi s duševním onemocněním [online]. *Lidémezilidmi.cz*, 30.6.2016. [cit. 04-05-2017]. Dostupné z: <http://www.lidemezilidmi.cz/mise-pro-dusevni-zdravi/prohlaseni-platformy-pro-transformaci-pecce-o-lidi-s-dusevnim-onemocnenim>

<sup>11</sup> Lidémezilidmi.cz. (2016). Platforma hlídá platformu [online]. *Lidémezilidmi.cz*, 28.6.2016. [cit. 04-05-2017]. Dostupné z: <http://www.lidemezilidmi.cz/well-being/platforma-hlida-reformu>

komponentu celého systému. Od těchto center se slibuje, že vytvoří jakýsi mezičlánek mezi primární (včetně ambulantní) péčí a lůžkovou, a tím se podaří celý systém více propojit a vytvořit tak více integrovaný a koordinovaný systém (Ministerstvo zdravotnictví 2013).

V další části již bude věnována větší pozornost dokumentu Strategie reformy psychiatrické péče ČR (Ministerstvo zdravotnictví 2013) a rovněž jejímu porovnání s jinými dokumenty.

Následující přehled (Obr. 20) znázorňuje kontext, ve kterém se vyvíjel (nebo nevyvíjel) přístup k politice péče o duševní zdraví v České republice. Tento přehled napomůže lépe se zorientovat v jednotlivých souvislostech. Jedná se samozřejmě o zjednodušený obrázek, který znázorňuje pouze omezený (politický) pohled na situaci.

Obr. 20 Morfologický přehled vývoje kontextu politiky péče o duševní zdraví v ČR

Vybrané dokumenty a události		1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Mezinárodní diskurz	Evropa													Zelená kniha (EU)													
	WHO								WHO Report 2000 a 2001					Konference Helsinky							Health 2020 (WHO)		Mental Health Action Plan 2013-2020				
	CMHCD													Politika péče o duševní m zdraví – cesty k její realizaci								Politika péče o duševní zdraví – Zpráva o současném stavu					
	Psych. spol. ČLSJEP								Koncepce psychiatrie 2000						Národní psychiatrický program		Revid. Koncepce psychiatrie					Raboch a Wenigová 2012					
	Ministerstvo zdravotnictví																					Zdraví 2020		Strategie reformy psychiatrické péče			
Evropské fondy																Programovací období 2007-2013					Programovací období 2014-2020						
Období vládnutí		{2. 7. 1992 - 4. 7. 1996}			{4. 7. 1996 - 2. 1. 1998}		{22. 7. 1998 - 12. 7. 2002}				{15. 7. 2002 - 4. 8. 2004}		{4. 8. 2004 - 25. 4. 2005}	{25. 4. 2005 - 16. 8. 2006}	{4. 9. 2006 - 9. 1. 2007}	{9. 1. 2007 - 8. 5. 2009}	{9. 4. 2009 - 13. 7. 2010}			{13.07.2010 - 10.07.2013}		{29.01.2014 - trvá}					
Vláda (vládní program)		V. Klaus (pravice orientovaná vláda, tržně orientované reformy)			V. Klaus (prav.orient vláda, tržní reformy)		M. Zeman (lev.orient. Vláda)				V. Špidla (lev. orient. Vláda)		S. Gross	J. Paroubek	M. Topolánek	M. Topolánek	J. Fišer (úřednická vláda)			P. Nečas (tržní reformy)		B. Sobotka					
Ministerstvo zdravotnictví		Petr Lom	Luděk Rubáš	Jan Stránský	Jan Stránský	I. David	B. Fišer		M. Součková	J. Kubinyi	M. Emmrová	D. Rath	T. Julíněk	T. Julíněk	D. Jurásková			L. Heger		S. Němeček		M. Ludvík					

Zdroj: Autorka

#### **4.1.4 Dílčí závěry a diskuze k části 4.1.3 českého odborného diskurzu před rokem 2013**

Z využití metody tematické a kontextuální analýzy historického vývoje přístupu politiky k oblasti duševního zdraví vyplývá, že před vydáním dokumentu „Strategie reformy psychiatrické péče“ bylo v ČR vydáno několik koncepcí – Koncepce psychiatrie (2000), Národní psychiatrický program (2007), Koncepce psychiatrie (2008), které byly vydány pod záštitou České psychiatrické společnosti ČLS JEP. To znamená, že všechny tyto dokumenty byly zaměřeny především na psychiatrickou péči a zabývaly se tak především psychiatrií. Hlavní úlohu tak zde hráli psychiatři.

V roce 2005 zde byl patrný „světly okamžik“, a to v podobě dokumentu „Politika péče o duševní zdraví v ČR – cesty k její realizaci“ (CMHCD 2005). Tento dokument byl zásadní v tom, že se nezaměřoval na psychiatrii, ale zaměřoval se na politiku péče o duševní zdraví. To představovalo důležitý posun v myšlení. Tento dokument byl také vytvářen za přímé spolupráce s WHO, což ostatní dokumenty vydané ve zkoumaném období 1993-2013 nebyly, ty se případně pouze odvolávaly na jisté mezinárodní dokumenty včetně dokumentů WHO.

Z historického přehledu (Obr. 20) vyplývá, že ministerstvo zdravotnictví až do roku 2013 nevydalo žádný plán nebo politiku v oblasti duševního zdraví. Z výše popsaných zjištění za tím především stál politický nezájem na vládní úrovni. Od 90. let 20. století se velmi dlouhou dobu ČR zabývala především tržními reformami, které způsobily značnou dezorganizaci v systému psychiatrické péče a vedly k jeho roztržitosti.

Česká republika měla v letech 1990-2013 možnost si v praxi přímo ověřit efekty tržně orientovaných reforem zdravotnictví v neoliberálním kontextu. Snahy o vlastní kritickou reflexi těchto výsledků byly v ČR potlačovány. Významným poznatkovým posunem byl v roce 2000 podnět ze strany WHO k systémovému přístupu (WHO 2000). Tento přístup byl reakcí na celosvětově se rozšiřující tržně pojaté reformy zdravotnictví, podporované Světovou bankou a Mezinárodním měnovým fondem v neoliberálním kontextu ekonomické globalizace. Tržně orientované reformy však bohužel nevedly k rozvoji zdravotní politiky, založené na vývoji nezávislého poznání, ocitaly se v rozporu s lidskými právy se vztahem ke zdraví a pacienti začaly měnit na klienty.

#### 4.1.5 Kritická diskursivní analýza ideových východisek v dokumentu „Strategie reformy psychiatrické péče v ČR“ v porovnání s jinými zahraničními dokumenty

Tato část je zaměřena na porovnání ideových východisek, z nichž vychází dokument **Strategie reformy psychiatrické péče** (Ministerstvo zdravotnictví 2013) v ČR s mezinárodním/globálním diskursem politiky duševního zdraví. Cílem je zjistit, jakým způsobem se v české strategii uplatňují současné ideje v mezinárodním diskursu, a především to, jakým způsobem je reflektován současný stav psychiatrické praxe?

Hlavní východiska pro reformu psychiatrické péče spočívají *„na základě rigidnosti stávajícího systému institucionální psychiatrické péče, který má své těžiště v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích/léčebnách, jejichž dostupnost není v mnoha regionech optimální, a také kvůli absenci služeb v přirozeném prostředí pacienta a nízké míře koordinace jednotlivých složek psychiatrické péče.“* (Ministerstvo zdravotnictví 2013:10) Cílem strategie tak bylo sledovat **trend deinstitucionalizace ve světě a rozvoj komunitní péče směrem k vyváženému modelu péče (tzv. balanced-care model)**, který již v mnoha zemích započal. Bohužel proti tomuto trendu stále stojí mnoho bariér jako potřeba dvojího financování, nedostatek kvalifikované síly, odpor od provozovatelů institucí (Saxena et al. 2007).

Strategie české reformy vychází z některých evropských a národních dokumentů, které *„doporučují podpořit rozvoj komunitní a semimurální péče, zvýšit roli primární péče a všeobecných nemocnic, transformovat psychiatrické nemocnice/léčebny a v neposlední řadě podporovat vzdělávání odborných pracovníků“*. (Ministerstvo zdravotnictví 2013: 10)

Strategie se rovněž snaží reagovat na situaci, kdy převážná část péče stojí na léčbě pomocí farmakoterapie, která podle strategie je na *„kvalitní úrovni, zůstává však jednostranná – biologická, nikoliv bio-psycho-sociální, jak postulují standardy moderní psychiatrické péče.“* (Ministerstvo zdravotnictví 2013: 10) Cílem strategie, jak lze vidět, je posunout péči o duševně nemocné směrem k biopsychosociálnímu modelu. Toho chce reforma docílit především prostřednictvím výstavby tzv. „Center duševního zdraví“, kde budou multidisciplinární týmy, které budou poskytovat bio-psycho-sociální péči.

Podle dokumentu **Strategie reformy psychiatrické péče** má nově vzniklý systém péče stát na čtyřech pilířích (Obr. 21), které budou tvořit: psychiatrické léčebny,

ambulace, psychiatrická oddělení nemocnic a centra duševního zdraví. (Ministerstvo zdravotnictví 2013)

Nově vzniklou komponentou jsou tak tzv. „Centra duševního zdraví“ (CDZ), která jsou zde definována takto: „*centrum duševního zdraví je soubor vzájemně propojených služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi zajišťujících v daném regionu služby osobám s vážným psychickým onemocněním – Severe mental illness (SMI). Primárním posláním CDZ je poskytování psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb s cílem maximální podpory začlenění klientů do jejich sociálního prostředí.*“ (Ministerstvo zdravotnictví 2013: 35)

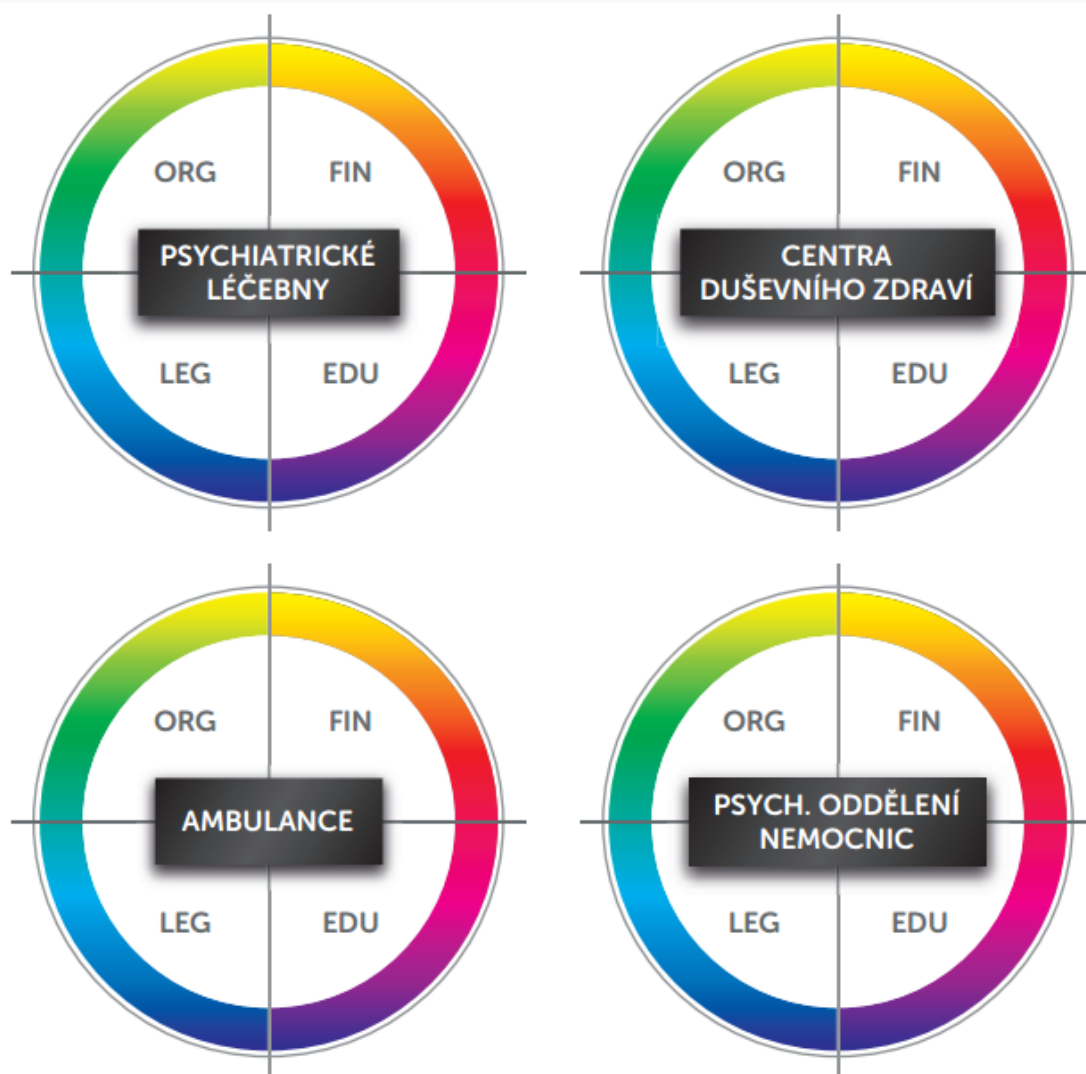
Jak již bylo řečeno, CDZ mají představovat i jakýsi pojící komponent mezi jednotlivými pilíři, který má současný roztržštěný systém více propojit. V dokumentu strategie je stanoveno, že koordinaci mezi jednotlivými pilíři bude vykonávat ambulance psychiatrické péče za podpory CDZ. (Ministerstvo zdravotnictví 2013: 38)

Centra duševního zdraví v sobě spojují mnoho idejí, na které je kladen důraz i na mezinárodním poli: **1) individualizovaná péče 2) přirozené prostředí 3) začleňování rodin do péče 4) začleňování uživatelských organizací do podpory CDZ 5) multidisciplinární týmy. 6) terénní tým.** CDZ tak představují ideji, že léčba lidí s duševním onemocněním má být multidisciplinární.

V rámci CDZ mají být poskytovány následující služby (Ministerstvo zdravotnictví 2013: 42):

- Psychiatr
- Klinický psycholog
- Psychiatrická sestra
- Sociální pracovník
- Case manager (osobní asistent)
- Krizová centra
- Mobilní týmy
- Denní stacionáře
- Asertivní komunitní služba
- Týmy pro léčbu duálních diagnóz.

Obr. 21 Čtyři pilíře na nichž stojí reforma psychiatrické péče ČR



Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví 2013

V této části je podrobena kritické diskurzivní analýze „Strategie reformy psychiatrické péče“ s ohledem na jiné zahraniční strategické dokumenty, články a akční plány, konkrétně se jedná o **Mental Health Action Plan 2013-2020** (WHO 2013), **The European Mental Health Action Plan** (WHO Europe 2013), poté článek **CIMH Approach to Mental Health Systems development** Australana Harryho Minase (2012), dále série šesti článků **Global Mental Health** vydaných v *Lancetu* v roce 2007.

V první řadě jsou zde stručně shrnuty jednotlivé zkoumané dokumenty:

**Mental Health Action Plan 2013-2020** byl vydán Světovou zdravotnickou organizací (WHO), který byl přijat ministry zahraničí ze 194 členských států. Dokument byl schválen v Ženevě. Jedním z těchto států byla i Česká republika. Jednalo se o velmi důležitý historický milník v oblasti politiky duševního zdraví, ve kterém se jednotlivé

členské státy zavázaly, že povedou aktivity směřující ke zlepšení péče o duševní zdraví a přispějí tak k dosažení stanovených globálních cílů. (Saxena 2013)

**The European Mental Health Action Plan** vydala regionální komise pro Evropu v rámci WHO v roce 2013. Tento dokument byl schválen v Kodani. Vyzýval evropské státy, aby přijaly opatření, které povedou ke zlepšení duševního zdraví populace a snížily společenskou zátěž duševních nemocí. (WHO Europe 2013)

**CIMH Approach to Mental Health Systems development** (Minas 2012) je článek australského autora H. Minase z roku 2012, který se zabývá přístupem k vývoji systému péče o duševní zdraví vyvinutého Centrem pro mezinárodní duševní zdraví (Centre for International Mental Health – CIMH). Toto centrum bylo založeno v roce 1996 v Austrálii a od té doby se snaží poskytovat odbornou a výzkumnou podporu pro rozvoj systémů duševního zdraví. Podle tohoto centra stojí správný rozvoj systému péče o duševní zdraví především na trvalém a rozloženém vedení.

**Global Mental Health** (6 článků) je platforma, která se zabývá nejrůznějšími oblastmi duševního zdraví, a to z globálního pohledu. Jejich cílem je poukazovat na nerovnosti v poskytované péči duševně nemocných mezi jednotlivými zeměmi. (Patel a Prince, 2010) V roce 2007 vyšla v Lancetu série šesti článků zaměřených na *Global Mental Health* – 1) *No health without mental health*, 2) *Resources for mental health*, 3) *Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries* 4) *Mental health system in countries*. 5) *Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries* 6) *Mental health systems in countries: where are we now?*

Přístup CDA pracuje s daty výše uvedených dokumentů a odborných publikací a jejich cílů a ideových východisek. Jejich detailní přehled znázorňuje (Tab. 4)



Tab. 4 Použité primární zdroje pro CDA

Název	Autor/Instituce	Rok vydání	Cíle/Doporučení dokumentu	Indikátory měření cíle
<b>Strategie reformy psychiatrické péče</b>	Ministerstvo zdravotnictví ČR	2013	<p>(Ministerstvo zdravotnictví 2013: 9)  <i>„Cílem strategie je zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním.</i></p> <p><i>Specifické cíle strategie jsou:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování</b></li> <li>2) <b>Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.</b></li> <li>3) <b>Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí</b></li> <li>4) <b>Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.</b></li> <li>5) <b>Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.)</b></li> <li>6) <b>Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.</b></li> <li>7) <b>Humanizovat psychiatrickou péči</b></li> </ol>	<p>Zdroj: (Ministerstvo zdravotnictví 2013: 61-63)  <b>Indikátory kvality života</b> – rozvíjen CESES FSV UK (zahrnuje 12 domén – zdraví a zdravotní péče, vztahy v rodině, zaměstnání a pracovní podmínky, život v komunitě, sociální participace, bydlení, lidská práva a aktivity volného času.)  <b>Indikátory k cíli 1:</b> monitoring změn organizace psychiatrické péče v návaznosti na měření její kvality pomocí definovaných indikátorů.  <b>Indikátory k cíli 2:</b> kvalitativní data (focus groups, hloubkové rozhovory, audit legislativy) a kvantitativní data (dotazníková šetření, obsahová analýza)  <b>Indikátor k cíli 3:</b> budou vyvinuty indikátory pro měření spokojenosti uživatelů a jejich rodin. Vyhodnocováním monitoring spokojenosti, definování postupů a opatření vedoucí k jejímu zlepšování.  <b>Indikátory k cíli 4:</b> a) longitudinální epidemiologické studie – jak se zvýšil podíl léčené populace díky opatřením b) počet vytrénovaných praktických lékařů a úroveň jejich znalosti před a po výcviku c) workshopy pro děti ve školách – úroveň znalostí před a po d) počet proškolených profesionálů v určitém sektoru (věznice, bezdomovectví, úřad práce) + hodnocení služeb v daném sektoru – evaluační dotazníky + analýza služeb e) analýza nabídky a dostupnosti nízkoprahových služeb (jako e-mental health)  f) výuka psychiatrie v rámci pregraduálního vzdělávání a u somatických oborů  <b>Indikátory k cíli 5:</b> budou vyvíjeny indikátory pro měření kvantity a kvality začleňování osob s duševní poruchou (viz koncept kvality života)  <b>Indikátory k cíli 6:</b> budou definovány indikátory, které budou měřit roveň meziřesortní spolupráce  <b>Indikátory k cíli 7:</b> podle konceptu lidských práv (jak subjektivní, tak objektivní hlediska – technická materiální vybavení služeb</p>

<p><b>Mental Health Action Plan 2013-2020</b></p>	<p>World Health organization (WHO, 2013)</p>	<p>2013 Ženeva</p>	<p>Hlavním cílem je: „<i>podporovat duševní pohodu, prevence duševních poruch, poskytovat péči, zlepšit uzdravení, podporovat lidská práva a redukovat úmrtnost, chorobnost a disabilitu u lidí s duševní poruchou.</i>“ (WHO 2013: 9, překlad autorky)  <i>Specifické cíle jsou:</i> (WHO 2013: 10, překlad autorky)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Posílit efektivnost vedení a řízení pro duševní zdraví</i></li> <li>2) <i>Poskytovat komplexní, integrované a citlivé (přizpůsobivé) služby duševního zdraví a sociální péče v komunitním prostředí</i></li> <li>3) <i>Implementovat strategie na podporu a prevenci duševního zdraví</i></li> <li>4) <i>Posílit informační systémy, evidence a výzkumy o duševním zdraví</i></li> </ol>	<p>(WHO 2013: 20-22)  <b>Globální cíl 1.1:</b> „80 % zemí bude mít rozvinutou nebo aktualizovanou politiku/plán pro duševní zdraví v souladu s mezinárodní a regionálními nástroji lidských práv (do roku 2020).“  <b>Indikátor:</b> „Existence národní politiky nebo plánu pro duševní zdraví, který je v souladu s mezinárodními a regionálními nástroji lidských práv (ANO/NE).“  <b>Globální cíl 1.2:</b> „80 % zemí bude mít rozvinutou nebo aktualizovanou jejich národní zákon pro duševní zdraví v souladu s mezinárodní a regionálními nástroji lidských práv (do roku 2020).“  <b>Indikátor:</b> „Existence národního zákona pro duševní zdraví, který je v souladu s mezinárodními a regionálními nástroji lidských práv (ANO/NE).“  <b>Globální cíl 2:</b> „pokrytí služeb pro závažná duševní onemocnění se zvýší o 20 % (do roku 2020).“  <b>Indikátor:</b> „podíl osob s vážným duševním onemocněním (psychóza, bipolární afektivní porucha, středně vážná deprese) využívajících služeb (%)“.  <b>Globální cíl 3.1:</b> „80 % zemí bude mít alespoň dva fungující národní, multiresortní programy na podporu a prevenci duševních nemocí.“  <b>Indikátor:</b> „Existence fungujících multiresortních programů na podporu a prevenci duševního zdraví. (ANO/NE)“  <b>Globální cíl 3.2:</b> „Míra sebevraždnosti se v zemích sníží o 10 % (do roku 2020).“  <b>Indikátor:</b> „Počet sebevražd na rok na 100 000 obyvatel.“  <b>Globální cíl 4:</b> „80 % zemí bude pravidelně sbírat a reportovat přinejmenším základní soubor indikátorů duševního zdraví a to každé dva roky skrze jejich národní zdravotní a sociální systém (do roku 2020).“  <b>Indikátor:</b> „základní soubor identifikovaných a odsouhlasených indikátorů duševního zdraví pravidelně sbíraných a reportovaných každé dva roky.“ (s. 20-22)</p>
---	--	------------------------	---	--

<p><b>The European Mental Health Action Plan</b></p>	<p>World Health organization (WHO)</p>	<p>2013 Kodaň</p>	<p>Čtyři klíčové cíle jsou (WHO Europe 2013: 4, překlad autorky):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Každý má rovné šance, jak uskutečňovat duševní pohodu v průběhu jejich života, zvláště ti nejvíce zranitelní nebo ohrožení</i></li> <li>2) <i>Lidé s problémy s duševním zdravím jsou občané, jejichž lidská práva jsou plně respektována, chráněna a podporována</i></li> <li>3) <i>Služby duševního zdraví jsou přístupné a cenově dostupné, k dispozici v komunitě podle potřeby; a</i></li> <li>4) <i>Lidé mají nárok na důstojnou, bezpečnou a účinnou léčbu.</i></li> </ol> <p>Tři průřezové cíle jsou u (WHO Europe 2013: 4, překlad autorky):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) <i>Zdravotní systémy poskytují dobrou fyzickou a duševní péči pro všechny</i></li> <li>6) <i>Systémy duševního zdraví pracují v dobře koordinovaných partnerství s ostatními sektory; a</i></li> <li>7) <i>Řízení a poskytování péče o duševní zdraví jsou řízeny pomocí kvalitních informací a znalostí.</i></li> </ol>	<p>Žádné nejsou uvedeny</p>
<p><b>CIMH Approach to Mental Health</b></p>	<p>Harry Minas</p>	<p>2012</p>	<p>(Minas 2012:40, překlad autorky)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Zlepšit duševní zdraví populace</i></li> <li>2) <i>Snížit <b>disabilitu</b> spojenou s duševním zdravím</i></li> <li>3) <i>Zlepšit <b>sociální a ekonomickou participaci</b></i></li> <li>4) <i>Zvýšit <b>ochranu lidských práv</b></i></li> </ol>	

Systems development			<p>5) <i>Snížení chudoby</i></p> <p>Specifické cíle jsou:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Zvyšování služeb duševního zdraví prostřednictvím projektů na rozvoj systému duševního zdraví zahrnující <b>edukaci/školení, výzkum a výměnu znalostí.</b></i></li> <li>2) <i>Zlepšit <b>kapacitu pro rozvoj, implementaci, monitorování a hodnocení</b> politiky duševního zdraví, legislativy, financování, rozvoje lidských zdrojů, a poskytování služeb</i></li> </ol>	
Global Mental Health 1 – No health without mental health	(Prince et al., 2007) Lancet 2007	2007	<p>Doporučení (Prince et al. 2007: 859, překlad autorky):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <i>Rozvíjet a evaluovat <b>psychosociální intervence</b>, které mohou být integrovány do managementu přenositelných i nepřenositelných nemocí.</i></li> <li>b) <i><b>Zdravotnické systémy</b> by měly být <b>posíleny</b> za účelem zlepšení poskytování péče o duševní zdraví, a to zaměřením se na <b>existující programy a aktivity</b>, takové jako jsou ty, které se zaměřují na prevenci a léčbu HIV, tuberkulózu a malárii; genderové násilí, postnatální péči, integrované řízení dětských nemocí a dětské výživy; a inovativní řízení chronických nemocí. Pro tyto činnosti by měl být vyčleněn speciální rozpočet pro duševní zdraví.</i></li> <li>c) <i>Oblast duševního zdraví by měla být <b>začleněna do všech aspektů zdravotní a sociální politiky, do plánování zdravotního systému a do</b></i></li> </ol>	

			<i>poskytování primární a sekundární všeobecné zdravotní péče.“</i>	
<b>Global Mental Health 2 – Resources for mental health</b>	(Saxena et al., 2007) Lancet 2007	2007	Doporučení (Saxena et al. 2007): a) Zlepšit <b>dostupnost</b> zdrojů v poskytování péče o duševní zdraví b) Odstranit <b>nerovnosti v rozložení</b> péče o duševní zdraví c) Dosáhnout <b>efektivního využívání</b> zdrojů péče o duševní zdraví	
<b>Global Mental Health 3 – Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries</b>	(Patel et al. 2007) Lancet 2007	2007	Doporučení (Patel et al. 2007): a) Navýšit <b>pokrytí intervencí</b> v oblasti duševního zdraví, pro které existují <b>věrohodné důkazy o jejich efektivnosti</b> . b) Provádět <b>výzkumy</b> , které budou poskytovat informace při navyšování intervencí v oblasti duševních nemocí v nízké a středně příjmových zemích. Tyto výzkumy by se neměly zaměřovat pouze na klinické výsledky intervencí pro jedince a jejich rodiny, ale také na jejich <b>efekty pro celou komunitu</b> . Je zapotřebí brát v úvahu výdaje na duševní zdraví jako sociální investici.	
<b>Global Mental Health 4-</b>	(Jacob et al., 2007) Lancet 2007	2007	Doporučení (Jacob et al. 2007): a) Oblast duševního zdraví by měla dostat větší <b>prioritu</b> v mnoha zemích	

<b>Mental health system in countries.</b>				
<b>Global Mental Health 5 – Barriers to improvement of mental health services</b>	(Saraceno et al., 2007) Lancet 2007	2007	Doporučení (Saraceno et al. 2007): Při překonávání překážek při implementaci reformy péče o duševní zdraví je zapotřebí věnovat pozornost: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Politice – generování politické vůle pro vytvoření organizací poskytující humánní a snadno dostupnou péči o duševní zdraví</li> <li>b) Leadership</li> <li>c) Plánování</li> <li>d) Advokační skupiny</li> <li>e) Participace</li> </ul>	
<b>Global Mental Health 6- Scale up services for mental disorders</b>	Lancet group (Lancet 2007)	2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Navýšit pokrytí služeb péče o duševní zdraví</li> <li>2) Navýšení služeb založených na evidenci</li> <li>3) Posílení ochrany lidských práv pacientů a jejich rodin.</li> </ul>	

Při porovnání dokumentu **Strategie reformy psychiatrické péče** (Ministerstvo zdravotnictví 2013) s ostatními dokumenty vidíme již velký rozdíl v názvu těchto dokumentů. Jak lze vidět dokumenty **Mental Health Action Plan 2013-2020** (WHO 2013) a **European Mental Health Action Plan** (WHO Europe 2013) jsou prezentovány jako akční plány pro *duševní zdraví*, oproti tomu český dokument Strategie reformy psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví 2013) je jak z názvu vyplývá zaměřen „pouze“ na psychiatrickou péči, což neodpovídá současným mezinárodním ideím v oblasti politiky duševního zdraví.

Hlavním cílem „Strategie reformy psychiatrické péče“ je zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Ve „Strategii reformy psychiatrické péče“ je koncept kvality života definován následovně: *„je založen na širokém multidimenzionálním pojetí kvality života jako celkového úrovně blaha (well-being) jednotlivců v dané společnosti. Zahrnuje 12 výchozích domén kvality života, jako jsou například zdraví, zdravotní péče, zaměstnání, pracovní podmínky, vztahy v rodině, život v komunitě, sociální participace, bydlení, aktivity volného času, lidská práva apod.“* (Ministerstvo zdravotnictví, 2013: 63) V České republice se rozvíjením tohoto konceptu zabývá „Centrum pro sociální a ekonomické strategie FSV UK (CESES FSV UK)“. (Ministerstvo zdravotnictví 2013) Z dokumentu Strategie reformy psychiatrické péče vyplývá, že se snaží klást důraz na lidská práva. Ve strategii zatím není přesně řečeno, jakým způsobem bude kvalita života vyhodnocována a na jaké aspekty bude klást důraz.

Při porovnávání cílů strategie ČR s ostatními dokumenty je vidět, že jejich hlavní cíle jsou formulovány více konkrétněji a obsáhleji (viz. **Mental Health Action Plan 2013-2020; European Mental Health Action Plan; Minas, 2012**) Například strategie **Mental Health Action Plan 2013-2020** má *„podporovat duševní pohodu, prevenci duševních poruch, poskytovat péči, zlepšit uzdravení, podporovat lidská práva a redukovat úmrtnost, chorobnost a disabilitu u lidí s duševní poruchou.“* (WHO 2013: 9) Místo na zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním jsou jejich hlavní cíle zaměřeny celkově na zlepšování duševního zdraví a pohody (well-beingu) populace, prevenci duševních nemocí, na ochranu lidských práv (především u těch nejvíce zranitelných skupin), snižování disability, chorobnosti a úmrtnosti, zlepšení uzdravení, snižování chudoby, poskytování kvalitní, dostupné, účinné, důstojné a bezpečné péče, zlepšování sociální a ekonomické participace.

Při pohledu na způsob formulace jednotlivých cílů těchto dokumentů si lze všimnout, že cíle formulované v **European Mental Health Action Plan** (WHO Europe 2013) jsou orientované na jednotlivce (občana) – „*každý má rovné šance, ...*“, „*lidé s problémy s duševním onemocněním jsou občané, ...*“. Naopak dokumenty **Mental Health Action Plan 2013-2020** (WHO 2013) a **Minas** (2012) pracují s cíli orientovanými na společnost. **Strategie reformy psychiatrické péče** (Ministerstvo zdravotnictví 2013) v ČR je orientována především na osoby s duševním onemocněním a není tedy ani tak orientována na občana jako takového a ani na společnost. **Strategie reformy psychiatrické péče** je zaměřena především a pouze na oblast psychiatrické péče vedenou Ministerstvem zdravotnictví. V dokumentu je poznamenáno, že oblast duševního zdraví vyžaduje plošnější strategii a reformu, do které by měly být zapojeny a zainteresovány ostatní resorty a ministerstva (Ministerstvo zdravotnictví 2013).

Dílními specifickými cíli **Strategie reformy psychiatrické péče** (Ministerstvo zdravotnictví 2013) je provést systémovou změnu psychiatrické péče s cílem zvýšit její kvalitu, dále snížit stigmatizaci lidí s duševním onemocněním a oboru psychiatrie, zvýšit spokojenost lidí s poskytnutou péčí, zvýšit efektivnost psychiatrické péče prostřednictvím včasné diagnostiky, zvýšit úspěšnost plnohodnotného začlenění do společnosti, zlepšit provázanost služeb a humanizování psychiatrické péče. Všechny tyto cíle jsou relevantní a mají svoji podstatu. Až na třetí cíl strategie: „*zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí*“ (Ministerstvo zdravotnictví 2013:9), který je trochu komplikovaný. Jak se ukazuje (viz. vstupní analýza – zkušenosti pacientů) tak uživatelé vcelku vyjadřují spokojenost s poskytnutou péčí, i když občas narazí na špatného doktora, tak vcelku jsou ale spokojeni. Lidé jsou mnohdy především vděční, že jim někdo pomůže a už nejsou schopni řešit, zdali ta péče mohla být jiná a lepší. Vysvětloval jsem to tím, že lidé ty své zkušenosti nejsou schopni zasadit do kontextu fungování toho systému. I když se tak jedná zajisté o důležitý ukazatel, není možné podle tohoto ukazatele hodnotit kvalitu systému psychiatrické péče. K tomu je zapotřebí vycházet především z evidence a důkazů.

Téměř ve všech ostatních zkoumaných dokumentech je kladen důraz na vývoj a rozvoj výzkumů, na politiku založenou na evidenci, na zlepšení výměny znalostí, na rozvoj takových intervencí, pro které existuje dostatek důkazů a evidence o jejich efektivnosti v oblasti duševního zdraví. Tak například **Mental Health Action Plan 2013-2020** má za cíl: „*posílit informační systémy, evidenci a výzkumy o duševním zdraví*“.



Podle **European Mental Health Action Plan** má *„řízení a poskytování péče o duševní zdraví být řízeno pomocí kvalitních informací a znalostí.“* (WHO Europe 2013:4) Rozvoj systém duševního zdraví na základě výzkumu je hlavním úkolem **CIMH Approach to Mental Health Systems development** (Minas 2012: 40), kde jsou stanoveny tyto cíle: a) *„Zlepšit kapacitu pro rozvoj, implementaci, monitorování a hodnocení politiky duševního zdraví, legislativy, financování, rozvoje lidských zdrojů, a poskytování služeb.“* b) *„Zvyšování služeb duševního zdraví prostřednictvím projektů na rozvoj systému duševního zdraví zahrnující edukaci/školení, výzkum a výměnu znalostí.“* Rovněž v článkách **Global Mental Health** (Patel et al. 2007; Lancet Group 2007) je doporučeno, aby došlo k navýšení takových služeb, pro které existují důkazy o jejich efektivnosti. Podle (Patel et al. 2007) je důležité, aby byly realizovány výzkumy, které nebudou zaměřené pouze na klinické výzkumy, ale budou se také zabývat společenskými a komunitními efekty. Tyto výzkumy by měly být založeny na přístupu HPSR (Health Policy and System Research), které jsou založené na multidisciplinárním pohledu na danou problematiku. (Gilson 2012) V článku **Global Mental Health** (Patel et al. 2007) je na druhou stranu upozorňováno na to, aby neexistence dostatečné evidence a důkazů o efektivnosti intervencí nebyla brána jako výmluva pro politiku k tomu, že nebude realizovat žádné intervence.

**Strategie reformy psychiatrické péče** zmiňuje oblast výzkumu a evidence-based přístupu spíše okrajově. Neklade důraz na navýšování takových služeb, pro které existuje dostatek evidence a důkazů. Ostatní dokumenty ovšem mají tyto otázky explicitně stanoveny ve svých cílech. V cílech dokumentu také schází otázka prevence duševních nemocí a podpora duševního zdraví populace. Dokument **Mental Health Action Plan 2013-2020** (WHO 2013:10) má co se týče prevence za cíl: *„Implementovat strategie na podporu a prevence duševního zdraví.“* V dokumentu **European Mental Health Action Plan** (WHO Europe 2013:4) je stanoveno, že *„Zdravotní systémy poskytují dobrou fyzickou a duševní péči pro všechny.“* Podobný přístup je vidět i v článku **Global Mental Health** (Prince et al. 2007), který doporučuje, aby psychosociální intervence v oblasti duševního prostupovaly veškerými zdravotními a sociálními politikami. Podle (Prince et al. 2007) by se v rámci podpory duševní pohody a prevence duševních nemocí měly zdravotní systémy zaměřit již na stávající programy a politiky (zaměřené například na HIV/AIDS, závislosti). Duševní zdraví je totiž spojeno s fyzickými problémy (Prince et

al. 2007), zároveň se pojí i s jistými událostmi v životě (bezdomovectví, rozvod) proto by se otázkami duševního zdraví měla zabývat i sociální politika.

Jakákoliv reforma vyžaduje koordinované vedení a řízení neboli „leadership“. Na to je pamatováno v **Mental Health Action Plan 2013-2020** (WHO 2013:10), který má za cíl: „*posílit efektivnost vedení a řízení pro duševní zdraví.*“ Naplnění tohoto cíle stojí především na vládách, které mají pravomoc a moc provést zásadní změny. Efektivní politika ovšem nezávisí pouze na vládě, ale důležité je zde zapojení i dalších zájmových skupin. I v **CIMH Approach to Mental Health Systems development** (Minas 2012) je kladen velký důraz na „leadership“, který koordinuje spolupráci a infrastrukturu mezi výzkumem, vzděláním a školením, výměnou znalostí a vytváří tak spolupracující partnerství. Ve **Strategii reformy psychiatrické péče** (Ministerstvo zdravotnictví 2013) je uvedeno, že hlavním nositelem a koordinátorem reformy je Ministerstvo zdravotnictví. Pod jeho záštitou vznikne několik různých pracovních skupin pro jednotlivou oblast. (Ministerstvo zdravotnictví 2013)

Podle **Global Mental Health** (Saraceno et al. 2007) je při překonávání překážek v implementaci různých systémových změn důležité klást pozornost následujícím činitelům: politické vůli, advokačním skupinám, leadershipu, participaci občanů a neziskového sektoru a plánování. **Strategie reformy psychiatrické péče**, jak je z tabulky vidět, tak si uvědomuje mnohá rizika, pro která má naplánován jistý způsob jejich řešení. Je zde zdůrazněna potřeba politické vůle, důležitost projektového řízení. (Ministerstvo zdravotnictví, 2013)

Pro naplnění jakéhokoli cíle musí být stanoveny indikátory měřící úroveň jeho naplnění. (Murray a Frenk 2000) Tabulka (**Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.**) nabízí přehled indikátorů, se kterými pracují jednotlivé dokumenty. Ukazuje se, že ze zkoumaných dokumentů, jsou indikátory pro měření naplnění cíle stanoveny ve **Strategii reformy psychiatrické péče** a **Mental Health Action Plan 2013-2020**, naopak v dokumentu **European Mental Health Action Plan** (WHO Europe 2013) nejsou uvedeny žádné indikátory. Indikátory uvedené ve **Strategii reformy psychiatrické péče** jsou definované spíše velmi volně, s tím že pro většinu cílů je v dokumentu uvedeno, že indikátory budou teprve definovány a určeny, a to v rámci pracovní skupiny pro tvorbu standardů a metodik. Naopak v dokumentu **Mental Health Action Plan 2013-2020** (WHO 2013) jsou definovány indikátory již velmi konkrétně. Jedná se ovšem pouze o objektivní indikátory. Indikátory v **Mental Health Action Plan 2013-2020** (WHO 2013)

jsou zaměřené především na kvantitativní hledisko a nezabývají se kvalitativními indikátory. Strategie reformy psychiatrické péče chce při měření naplňování cílů pracovat jak se subjektivními, tak objektivními indikátory, které jsou v dokumentu pouze orientačně nastíněny.

Dokument Strategie reformy psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví, 2013) odpovídá správnému strategickému řízení ve veřejných politikách. V dokumentu je stanoven detailní harmonogram, přístup k řízení rizik. Chybí zde sice formulování různých variant řešení.

#### **4.1.6 Dílčí závěry části 4.1.5 a jejich diskuse (CDA)**

Z obsahového a cílového srovnání českého dokumentu „Strategie reformy psychiatrické péče“ (Ministerstvo zdravotnictví 2013) a několika vybraných zahraničních dokumentu ze stejného časového období vyplývá zásadní rozdíl v předmětném zaměření. Český přístup je zúžen na oblast psychiatrické péče a pomíjí širší významový a politický přístup k duševnímu zdraví. V českém dokumentu také chybí větší propojenost s aktuálním evropským strategickým dokumentem Health 2020. Česká zdravotní politika dlouhodobě nevěnovala mezinárodnímu vývoji a dění ve WHO odpovídající pozornost. Tento rozdíl je vysvětlitelný odlišným přístupem k prioritám a cílům české zdravotní politiky, která byla a stále je zaměřena na témata financování, změny vlastnictví. Pacient a jeho zdraví nebo občané a jejich lidská práva se vztahem ke zdraví rozhodně nepatří v ČR k významným tématům. V roce 2015 Ministerstvo zdravotnictví ale schválilo v rámci „Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“ akční plán, který je věnovaný „Duševnímu zdraví“. Tento akční plán není již zaměřen pouze na „psychiatrickou péči“, ale již se zabývá oblastí duševního zdraví. (Ministerstvo zdravotnictví 2015)

Jiným problémem všech zde použitých dokumentů politické praxe jsou otázky vývoje a problémů samotné praxe psychiatrie. Politické dokumenty zde nejsou vnímány jako vhodné „prostředí“ pro otevřenou kritickou diskusi problémů psychiatrie. S kritickým přístupem a důležitými otázkami se však můžeme setkat např. v diskusích a článcích odborných časopisů *British Journal of Psychiatry* (Kleinman 2012; Patel 2012) nebo také v knižních monografiích (Moncrieff 2009 a 2013).

Je otázkou nakolik by měla být předmětem politického diskurzu politiky duševního zdraví také tato témata? Jde totiž evidentně o zásadní otázky, týkající se směřování priorit samotného budoucího základního a systémově-politicky zaměřeného výzkumu nejen

v oblasti samotné psychiatrie, ale i v souvisejících neurovědách a také v okruhu společenských věd. Je totiž zcela evidentní, že dominantní řídicí proměnnou je v této oblasti již poměrně delší dobu farmaceutický průmysl, který díky cenové distorzi a chybným řízením jednotlivých oblastí disponuje značným množstvím finančních a tím i mocenských prostředků, jimiž korumpuje jednání nejen samotných poskytovatelů zdravotních služeb, ale i ostatních aktérů, participujících na tvorbě politiky duševního zdraví. Otevřená kritická reflexe těchto problémů by nejen neměla být opomíjena v dokumentech politické praxe, ale ani v samotném výzkumu, založeném na přístupu „Health policy and system research“ (HPSR).

## **4.2 Zkušenosti a očekávání pacienta**

Tato část výzkumu se zabývá otázkou toho, jakým způsobem funguje systém péče o duševní zdraví v ČR z pohledu pacienta. Pro zodpovězení této otázky byl proveden biografický výzkum s pacientkou paní J. Zde jsou popsány výsledky výzkumu.

### **4.2.1 Výsledky biografického výzkumu**

**Biografie (Paní J.):** pojednává o ženě ve věku 46 let, která je rozvedená, má dvě dospělé děti (dcera - 25 let a syn - 22 let). V současné době žije sama v bytě v Praze. Její nejvyšší dokončené vzdělání je středoškolské vzdělání na gymnáziu. V současné době ji stále trápí duševní potíže, i přesto dokázala velmi otevřeně hovořit o svém životě.

Narodila se v roce 1970 v Praze. Na svět přišla předčasně na konci 7 měsíce s porodní váhou 2,55 Kg. Vyrůstala v úplné rodině s o dva roky starším bratrem. Její otec pracoval jako stavební inženýr a její matka pracovala jako mzdová účetní. Na své dětství vzpomíná ráda, i když nebylo úplně ideální. Rodiče o ni a jejího bratra projevovali velký zájem, ovšem jejich výchova byla spíše autoritativní. V jejich rodině bylo zvykem neprojevat své city a nemluvit o svých problémech a starostech. Dnes Paní J. o svém dětství a o svých rodičích říká: „*z mé strany dnes cítím, že jsem postrádala jejich bližší kontakt jako obětí, pohlazení, povídání...*“. V období dětství tak byl jejím nejbližším člověkem její bratr, se kterým měla krásný sourozenecký vztah. „*Své zážitky jsem spíše sdílela se svým bratrem, se kterým jsme si blízcí dodnes.*“

Její dětství bylo ovšem poznamenáno častými hádkami jejích rodičů, které byly občas velmi vyhrcoené. „*Velmi často se moje rodiče hádali a rozváděli*“. Podnětem hádek byl otcův příležitostný návrat domů ve značně podnapilém stavu. „*Zhruba jednou do měsíce, pakliže táta nebyl doma kolem šesté hodiny, jsem věděla, že bude zle. Trásla*

*jsem se pod peřinou do jeho pozdního příchodu.*“ V té době její máma řešila tuto situaci tak, že zamykala byt, když se otec dlouho nevracel. To nakonec ještě více podnítilo agresivitu otce, který, když byl v podnapilém stavu, býval velmi vznětlivý. Svůj alkoholický stav si tak otec velmi často „hojil“ na mámě. *„Máma nás pak s bratrem často volala o pomoc a my tak museli být účastni ošklivých scén.*“ Paní J. říkala, že na ni ovšem otec nikdy nezakřičel a ani jí nikdy neuhodil. Naopak byla pro otce tou, kterou mnohdy oslovil v nouzi o podání pomocné ruky. *„Tyto momenty vzájemného pouta jsem si uchovávala jako nejsilnější.*“ Paní J. ovšem zažívala stresové okamžiky nejen ze strany svého otce, ale také za strany své matky, které musela poctivě hlásit každou horší známku, kterou máma řešila křikem a vysypáním šuplíků na zem. *„Přišlo mi to ponižující, navíc jsem skoro vždy měla prospěch s vyznamenáním.*“ I přesto všechno ke svým oběma rodičům vždy cítila lásku a úctu. A je si vědoma toho, že láska jejich rodičů k ní i bratrovi byla evidentní. *„Jejich oporu cítím dodnes, i když asi nikdy nepochopí, jak se cítím.“*

Na základní škole se učila nadprůměrně. V kolektivu byla celkem oblíbená, i když se příliš neprojevovala. Byla velmi tichá a klidné povahy. V té době potkala svoji nejlepší kamarádu, se kterou se přátelí dodnes. Poté se hlásila na prestižní gymnázium, kdy u přijímacího řízení zažila své první „totální okno“. Na gymnázium byla přijata na základě odvolání. Na gymnáziu, kde byla obklopena větším počtem schopných spolužáků, se však začala více projevovala její nervozita, se kterou bojuje celý svůj život. Její prospěch na gymnázium byl spíše odvislý dle sympatií k učitelům. V průběhu puberty se ale v zásadě neprojevovaly vážnější problémy.

V den jejích 18 narozenin (v roce 1988) se seznámila se svým budoucím manželem. Po půlroční známosti, kterou spolu měli, jí oznámil, že plánuje postgraduální studium v USA a zároveň ji nabídl, aby odcestovala s ním. *„Což pro něho znamenalo žádost o ruku.“* V té době tato situace byla impulsem ke svatbě. Ona tak souhlasila, protože k němu i tak cítila velkou lásku. Oba se tak vzali a v roce 1989 odjeli do USA.

V USA poté nečekaně otěhotněla a narodila se jim dcera, což označuje jako své největší štěstí. Následně se jim po třech letech narodil na její přání také syn. Před odjezdem do USA neuměla ani slovo anglicky, učit anglicky se začala až v Americe. V USA trávila čas spíše sama doma, kde se starala především o děti a domácnost. *„Cítila jsem se osaměle, byla jsem daleko od domova, od rodiny a kamarádů.“* Její manžel především studoval, ale ve volném čase se věnoval dětem a rodině. V USA strávili celkem

pět let. Po dokončení doktorského studia jejího manžela se následně vrátili zpět do České republiky.

Po návratu do České republiky v roce 1995 pokračovala Paní J. v rodičovské dovolené. Její manžel po návratu u USA začal pracovat ve firmě založené jeho otcem, kde převzal hlavní iniciativu. To znamenalo velké pracovní vytížení a časté služební cesty. *„Nemohu však popřít manželovu odpovědnost vůči nám, rodině. Při návratu domů se vždy zapojil k chodu domácnosti a k péči o děti.“* Ovšem večery trávil programováním a prací. *„To byla jeho největší záliba“*. Její osamění tak pokračovalo a prohlubovalo se.

Po sedmi letech strávených na rodičovské dovolené se rozhodla, že se chce zapojit znovu do „opravdového“ života, toužila po větším kontaktu s lidmi. Našla si tak práci jako asistentka ředitelky v jednom výzkumném centru. *„Kolotoč obyčejné matky však pokračoval. Ba hůře“*. Bohužel neměla nikoho, kdo by jí mohl děti pohlídat. Její i manželovi rodiče byli značně vytíženi (měli na starost vlastní firmy). Paní J. a její manžel tak neměli žádnou možnost vyjít si do společnosti. V té době začali stavět rodinný dům, pořídili si tak hypotéku, čímž přibyly další stresy pro ně oba.

V té době zřejmě její ukryvaný a potlačovaný temperament nenacházel úlev. *„Jak já bych tančila, hrála tenis, bruslila, jezdila po krásách českých, jezdila k milovanému moři. Ale já si na nedostatek cestování nechci stěžovat, manžel se vždy snažil, abychom jen na pár dní odjeli, ale asi mi to připadalo málo jednou v roce.“*

V té době se její pocity sociální izolace začaly projevovat, čemuž napomohla i fyzická vyčerpanost, neboť celý chod domácnosti velmi často spadal jen na ní. Manželská nespokojenost pokračovala. Ve společnosti narážela především na muže (pro muže byla většinou atraktivní), kteří projevovali náklonnost k ní, tak že ji spíše ponižovali, čímž její sebevědomí neustále klesalo. V jejích 28 letech pocítila první úzkost a následné příznaky jako třes, pocení, vyhýbání se lidí a „tlaky v hlavě“. Svému stavu tehdy nerozuměla. Skončilo to v té době tak, že podala výpověď.

*„Svěřila jsem se manželovi, ke kterému jsem i přes naše problémy, měla nejblíže. Dočkala jsem se naprostého nepochopení až ponižení. Zůstala jsem tak uzavřená se svým „tajemstvím“ doma. Prožila jsem nejhorší rok svého života.“* Duševní nemoc a vyčerpání se projevilo i na jejím tělesném stavu, kdy velmi výrazně zhubla. *„V té době jsem vážila při výšce 170 cm asi 45 kg.“*

Následně někdy v roce 1999 především kvůli svým dětem se rozhodla vyhledat pomoc sama. Pomohla jí paní doktorka na psychiatrii, které jí předepsala léky (Xanax a

Neurol) a dala jí brožurku „Sociální fóbie“. *„Poznala jsem tak svou nemoc, ale tím boj zdaleka neskončil“.*

Bohužel lék Xanax jí příliš otupoval, i když uvádí, že *„bylo příjemné se najíst v klidu v restauraci“*. Tento lék byl poté změněn na Fevarin, který následně roky užívala. *„Vždy jsem ale měla při sobě neurol, kterému jsem v určitých nepříjemných situacích věřila nejvíce, bohužel je ale návykový.“*

Brzy na to v roce 2000 sehnala poměrně prestižní práci na jedné Vysoké škole jako studijní referentka pro zahraniční studenty studující v angličtině. *„V této práci jsem se doslova „našla“, mohla jsem pracovat s lidmi, využít svoje znalosti angličtiny z Ameriky, možnost poznávat lidi různých národností. Ovšem stín fóbie mě nepřestával stíhat.“* Paradoxem bylo, že byla schopna reprezentovat fakultu – hovořit s reprezentanty, velvyslanci ze zahraničí, ovšem jít společně na oběd v ní vyvolával stále velký pocit úzkosti. *„V těchto situacích při mně stál neurol“.*

V té době se její vztah s manželem začal rozpadat. To bylo někdy kolem roku 2005 a 2006. V té době se také přestěhovali celá rodina do nově postaveného rodinného domu. V roce 2007 ji její psychiatricka poslala do psychiatrické léčebny v Kroměříži. Zde pobyla 6 týdnů. Svůj pobyt v psychiatrické léčebně v Kroměříži popisuje jako náročný, ale zároveň jako velký zážitek.

*„Pobyt spočíval hlavně v nastartování životní energie, v disciplíně, i v poznání sama sebe i ostatních členů „komunity“.* V jejím případě jí odebrali neurol, ale ponechali jí antidepresiva. *„Myslím, že zdejší pobyt a jeho program (nácvik sociálních situací, skupinová sezení) bylo na vysoké úrovni.“* Přesto jí nadále dělalo velké potíže přiznat, že trpí tímto stavem, tedy problémem sociální fóbie. *„Velmi těžko se vysvětloval můj problém s kontaktem s lidmi. Problém komunikovat s jednotlivci až tak závažný nebyl, ale například na komunitě před větším počtem lidí a personálem, tehdy nastal kolaps.“* Dále dodává, že: *„ostatní pacienti a personál mě ke konci pobytu obvinili, že jsem se se svým opravdovým trápením měla otevřít mnohem dříve.“*

Po návratu z Kroměříže se ovšem velmi brzo vše vrátilo do původních kolejí. Vztah s manželem se nadále rozpadal. Ani návštěva manželské poradny nepomohla. Její manžel se následně odstěhoval ze společné domácnosti. V roce 2008 došlo k rozvodu, kdy dostala do péče obě své děti a rodinný dům zůstal jí a jejím dětem, ve kterém zůstali bydlet. Po rozvodu přišly další deprese. Navíc rodinný dům, ve kterém bydleli, nebyl zcela dodělaný a jeho provoz byl nákladný. *„Měla jsem pocit, že na mě všechno padá*

v tom domě. *Starala jsem se o děti a celý barák sama.*“ Následně se objevily i problémy s alkoholem, který ve spojitosti s léky dělal mnohdy potíže (o problému s alkoholem se jí nechtělo příliš hovořit).

V roce 2010 poté na vlastní žádost odešla z práce na studijním oddělení VŠ. Poté co její psychiatricka, ke které chodila, odešla do penze, její ordinaci převzal jiný doktor, se kterým si nesympatizovala. *„Nebyla jsem s ním spokojená, myslím, že často považoval moje problémy za zábavné.“* Z toho důvodu k němu přestala docházet. V témže roce se poté u ní objevily i menší zdravotní problémy, a to cukrovka a vysoký krevní tlak. Se svými problémy se svěřila svému internistovi, který jí doporučil jiného ambulantního psychiatra, ke kterému chodí dodnes. Její léčba byla nadále NeuroL a Triticco, které používá spíše na spaní.

V letech 2012-2015 poté pracovala na finančním úřadě, kde bylo ovšem prostředí pro ni i ostatní velmi stresující, a s její nemocí tato práce nebyla slučitelná. Po odchodu z finančního úřadu opět měla potíže s depresemi. *„U svého doktora jsem ovšem našla důvěru a pochopení“.* Doktor se jí snažil najít další antidepresiva, například Asantru, která jí ovšem nedělala dobře. *„Přestože je známo, že se léky mohou zprvu špatně snášet, tak mé tělo je ale naprosto odmítalo.“* Paní J. uvedla, že se lékům vždy snažila spíše vyhýbat a chtěla vědět, co se opravdu v její mysli děje, ale na druhou stranu si myslí, že léky nakonec bývají záchranou před tím nejhorším. Její psychiatr se jí ale stále snaží nabízet nějaké léky. Ke svému psychiatrovi dochází pravidelně každý měsíc, kde u něj stráví zhruba 15-20 minut. Paní J. uvádí, že se jí většinou zeptá, jak se jí daří a předepíše jí další léky. *„Většinou má hodně plno, ale když je člověku opravdu špatně, tak člověka přijme hned.“*

V roce 2016 se jí podařilo prodat rodinný dům, ve kterém žila se svými dětmi. Přestěhovala se tak do bytu. Nedávno ovšem obě její děti odešly do samostatného bydlení a ona tak žije sama v bytě. Od roku 2016 je na nemocenské, bere léky NeuroL, Triticco a Deniban a její deprese a špatné stavy ji nadále způsobují potíže. Chtěla by si najít nové zaměstnání, ráda by pomáhala jiným lidem a ráda by dělala sociální pracovníci. Moc by si přála, aby se její život dal opět dohromady.

Z analýzy výpovědí z rozhovoru, informací z deníku a vlastního pozorování vyplývá, že nemoc paní J. ovlivnila její život v mnoha aspektech, a to jak pracovním, osobním, rodinném i zdravotním. Paní J. vypověděla, že po celý její život jí především trápilo její nízké sebevědomí, které způsobovalo, že se v mnoha situacích v životě cítila



nejistá a nervózní. Paní J. také uvedla, že v době, kdy u ní propukly první příznaky úzkosti, tak nenacházela pochopení nikde ve svém okolí, a to jak u manžela, tak ani u rodičů, kteří nechápali, že šlo o duševní nemoc a pouze si mysleli, že je „líná“ a „vymýšlí si“. Duševní nemoc tak u ní vedla k prohloubení sociální izolace. V té době to podle ní bylo horší než dnes – „*tehdy když někdo šel k psychiatrovi, tak byl za blázna.*“ Dnes už cítí, že může o svých problémech veřejně mluvit, protože už se o duševních nemocech ve společnosti více mluví a více se toho ví. Paní J. rovněž přiznala, že ji tížily sebevražedné myšlenky. Z jejího vyprávění a z dat rovněž vyplývá, že její život poznamenalo několik nevydařených vztahů s muži. V současné době žije bez partnera. Říká, že je těžké žít sama, ale bohužel již ze svých zkušeností mužům příliš nevěří.

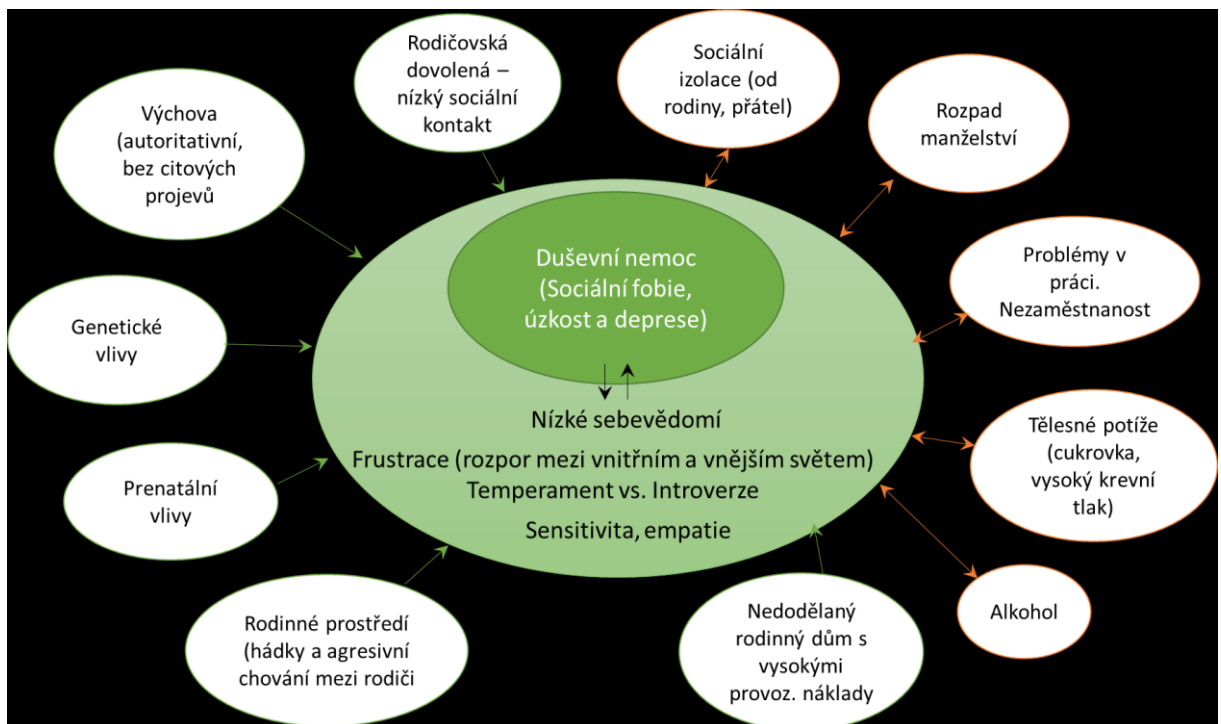
#### **4.2.2 Interpretace výsledků z biografického výzkumu**

Na základě zjištění z biografického výzkumu lze dokumentovat mnohé problémy skutečnosti, které se odehrávají v současném systému péče o duševní zdraví. V tomto případě nešlo o pacienta s vážnou duševní nemocí (jako je schizofrenie), ale jednalo se méně závažnější duševní nemoc, která nemusí být na člověku hned patrná, může tak vést k nepochopení tohoto stavu ostatními, kteří tak mohou na člověka pohlížet jako na „neschopného“ a nemusejí jeho stav přisuzovat duševní nemoci. Tím se může nadále prohlubovat sociální izolace, která může v konečném důsledku mít neblahé dohry. Z toho důvodu je zapotřebí věnovat pozornost i méně závažným duševním onemocněním, které se dají skrýt před ostatními, ale mohou mít neblahý vliv na kvalitu života jedince. Pozornost by tak v rámci politiky neměla být věnována pouze vážným duševním onemocněním.

Na tomto případě lze ilustrovat, že na duševní stav dotyčné mohlo mít vliv mnoho různých faktorů – ať to bylo mnohdy vyhocené rodinné prostředí, ve kterém vyrůstala, nebo předčasné narození, které mohlo způsobit neúplné vyvinutí nervového systému. Na jejím duševním zdraví se mohla podepsat i přísná výchova její matky a celkově spíše autoritativní vztah k rodičům (bez citových projevů). V pozdějších letech se na jejím duševním stavu podepsala především sedm let dlouhá rodičovská dovolená, během které byla povětšinou sama s dětmi doma, což prohlubovalo její sociální izolaci. Poté to byla práce na plný úvazek spojená s výchovou dvou malých dětí bez velké podpory. Všechny tyto okolnosti přispěly k propuknutí duševní nemoci, která se v pozdějších letech spojila i s problémy s prací, s rozpadem manželství, s problémy ve vztazích s rodiči, a vedla k další sociální izolaci a rovněž k problémům s alkoholem, a i ke zdravotním potížím. To

vše probíhalo ve vztahu k osobnosti Paní J. – nízké sebevědomí, (rozpor mezi vnitřním a vnějším světem), emoční labilita, sensitivní a empatická, inteligentní, ale také vztahovačná (často přisuzovala vše vlastní osobě). Z pohledu konceptu „**sociální determinanty zdraví**“ (Wilkinson a Marmot 2003) postupně jednotlivé faktory a determinanty gradovaly a oslabovaly (znevýhodňovaly) její postavení ve společenském životě.

**Obr. 22 Faktory a determinanty ovlivňující duševní zdraví u paní J.**



Zdroj: Autorka

Z perspektivy „**Life-course**“ přístupu je zde vidět několik kritických bodů v životě paní J., které se projeví na oslabení jejího duševního i fyzického zdraví. Na jejím duševním zdraví se za jisté projevilo rodinné prostředí, ve kterém vyrůstala a rovněž to byla striktní a autoritativní výchova. Dále zde byl kritický moment, kdy přecházela ze základní školy na střední školu, kde se začala cítit více „nesvá“ a nejistá v obklopení „více schopných“ spolužáků. Další kritický moment se zdá být odjezd z České republiky do USA, kdy opustila rodinu a přátele a jela do cizí země. Sama paní J. říká, že tento odjezd zvládala celkem dobře, že ji naopak lákala ta představa dobrodružství. Celý pobyt v USA probíhal v zásadě bez vážných problémů (až na občasnou samotu), ale během tohoto

pobytu se jí narodili dvě děti, což jí naplňovalo obrovskou radostí. Zásadní kritický moment přišel až po návratu do ČR, kdy zhruba tři roky byla „zavřená s dětmi“ v bytě a nebyl nikdo, s kým by si mohla popovídat. Zde se začínají projevovat první pocity „osamělosti“. Dalším kritickým bodem byl přechod do zaměstnání po rodičovské dovolené, kdy brzy nastal jakýsi „syndrom vyhoření“ a „zhroucení“ a objevily se první příznaky nemoci. Následným velkým kritickým bodem byl rozpad manželství, ne kterém se ve velké míře zapříčinila duševní nemoc (to z toho důvodu, že nemohla mluvit o své nemoci se svým manželem, nepochopení). Dalším kritickým bodem byl odchod ze zaměstnání. Začaly se objevovat problémy v pracovní sféře. V poslední době je to nezaměstnanost a samota, která opět stupňuje její depresi. Do budoucna je zde otázka, zda se jí podaří najít zaměstnání, které bohužel kvůli sociální fobii je pro ni velmi obtížné najít („u pohovoru jsem strašně nervózní, klepu se a třesu se“).

Pro politiku duševního zdraví zde vyplívá několik věcí:

- 1) **Rodičovská dovolená** – V rámci rodinné politiky by měl být kladen důraz na oblast zdraví u žen, které jsou dlouho na rodičovské dovolené. Zapojit oblast duševního zdraví do stávajících politik (zkracování rodičovské dovolené, podpora péče o děti, zlepšování komunity, duševní hygieny proti syndromu vyhoření).
- 2) **Stigmatizace** – větší informovanost o duševním zdraví a snižovat tak nepochopení a sociální izolaci lidí s duševním onemocněním. Upozorňovat lidi, že lidé někdy mohou velmi trpět, i když to na první pohled není na nich patrné, a že jim je třeba taky pomoci (podivné chování, fyzické projevy).
- 3) **Oblast práce** – v tomto případě se dá usuzovat, že sociální fobie značně znemožňuje šance dotyčné na nalezení práce, což ve výsledku může vést k invalidnímu důchodu, i přes evidentní zájem o práci. (Snažit se předejít invalidnímu důchodu, zapojit úřady práce)
- 4) **Převažuje biologická léčba** – není kladen důraz na psychoterapii nebo jiné další služby

#### 4.2.3 Dílčí závěry z biografického výzkumu a jejich diskuze

Z výsledků biografického výzkumu vyplívají tyto dílčí závěry. Za prvé je to skutečnost, že v léčbě paní J. značně **převažoval biologický přístup**, který spočíval především v předepisování různých antidepresiv, u kterých si pacientka stěžovala mnohdy na negativní vedlejší účinky. Dále je zde zřejmý **deficit v léčbě pomocí psychoterapie**. Paní J. byla poskytnuta psychoterapie a skupinová terapie pouze v rámci jejího pobytu v psychiatrické léčebně v Kroměříži. Přičemž efekty z pobytu v psychiatrické léčebně byly krátkodobé, paní J. se brzy po návratu z psychiatrické

léčebny vrátily její úzkostné stavy. Péče, kterou dostávala paní J. **neodpovídá bio-psycho-sociálnímu modelu**, na který je kladen důraz v současné psychiatrické péči (viz např. Praško a spol. 2011).

Dále z výsledků vyplývá, že je zde značný **deficit v řízení péče o chronicky nemocné**. Podle modelu, který přinesl Wagner (1998), pro řízení péče o chronicky nemocné je především zapojit více pracovníků do práce s nemocným. Jeho model stojí především na multidisciplinárním týmu, tedy na spolupráci více pracovníků. Impulsem pro vznik Wagnerova modelu v USA byla kritická dezintegrace systému zdravotní péče, která vedle k neefektivnímu přístupu péče zejména o chronicky nemocné. Wagner a další se snažili situaci zlepšit cestou organizační změny, spočívající ve zlepšení integrace koordinace péče, tj. ve spolupráci zúčastněných poskytovatelů zdravotních služeb. Tento model byl také předmětem jednání WHO na konferenci v Tallinu v roce 2008 a byl nabídnut členským státům Evropského regionu WHO.

Zjištění z výše realizovaného výzkumu poukazují na problém dezintegrace péče v konkrétním případě péče o duševně nemocnou pacientku. Po 25 letech proběhlých organizačních změn, které kladou důraz na autonomní jednání poskytovatelů zdravotní péče se tak nabízí otázky ohledně příčin a možností řešení. Jako významná příčina je v ČR reflektován vliv neoliberalismu na tržně zaměřené reformy zdravotní péče (viz . Řezníčková 2015).

## Závěr

Přístup k tvorbě politiky duševního zdraví v ČR v rámci dokumentu „Strategie reformy psychiatrické péče“ v ČR (Ministerstvo zdravotnictví 2013) se v porovnání s podobnými zahraničními strategickými dokumenty vedle shodných témat a cílů (integrace psychiatrické péče, větší význam psychiatrické péče ve vztahu k významu celkové zátěže psychickými nemocemi) také **významně odlišuje**. Odlišnosti spočívají v redukovaném českém pohledu na význam duševního zdraví, na lidská práva se vztahem ke zdraví a vztahy k dlouhodobým strategickým dokumentům WHO pro oblast zdravotní politiky (např. Health 2020).

**Z celkově pojaté politiky duševního zdraví se tak v českém provedení (Ministerstvo zdravotnictví 2013) stala podstatně obsahově zúžená strategie reformy psychiatrické péče.** Důvody jsou evidentní. O duševní zdraví všech občanů zde nejde. Primárním cílem je rozvoj samotné psychiatrické péče. Ani v rámci navrhovaných ukazatelů nejde o kvalitu života všech 10 milionů obyvatel, ale jenom o kvalitu života psychiatrických pacientů. Je tomu tak snad proto, že pacienti jsou zdrojem finančních příjmů, zatímco ostatní občané ještě nejsou a podpora rozvoje jejich duševního zdraví by naopak mohla být finanční ztrátou pro poskytovatele psychiatrické péče?

Česká zdravotní politika je dlouhodobě redukována na bio-medicínské paradigma a opomíjí psycho-sociální paradigma, což má zásadní význam v přístupech k léčbě ve vztahu k jednotlivým pacientům. V oblasti samotné psychiatrie jsme svědky obdobného jevu. Ačkoliv české učebnice psychiatrie formulují význam psychoterapeutické podpůrné léčby (Praško 2011), v realitě je zjevně pro řadu psychiatrů snadnější předepisovat psychofarmaka i přes jejich zatěžující vedlejší účinky.

Příčiny odlišného přístupu tvůrců české zdravotní politiky spočívají v dlouhodobém dominantním zaměření tvorby zdravotní politiky na procesy komodifikace v neoliberálním kontextu při výrazném odmítnutí systémového přístupu a při potlačení významu výzkumu v oblasti zdravotnických systémů a zdravotní politiky. Pokud participují na tvorbě zdravotní politiky pouze nebo převážně jenom samotní poskytovatelé zdravotní péče, dochází k důrazu na otázky finančních zdrojů a jim se pak eventuálně sekundárně podřizují v nutném rozsahu i změny organizační. Takový přístup k tvorbě zdravotní politiky vede k riziku negace právní legitimacy a tím tedy sociální odpovědnosti.

V praxi psychiatrické péče v ČR existují zjevně variace v přístupu k pacientům a k samotné léčbě. Jistě ne všichni poskytovatelé psychiatrické péče postupují v rozporu s doporučenými postupy strategie WHO. Problém takových variací je obecně známým fenoménem zdravotnických systémů. Vedle spíše pozitivně zpracovaných kazuistik vybraných pacientů v odborných publikacích lze s využitím údajů z internetového kritického diskursu (Gabriel et al. 2016) a z provedeného vlastního výzkumu doložit aktuální existenci takových problémů v rozdílech poskytované péče o české psychiatrické pacienty. Jde o převahu jednoduššího biologicky zaměřeného terapeutického přístupu nad pracnějším psychoterapeutickým přístupem. Z hlediska alokace zdrojů si zde konkurují podstatně větší výdaje na psychofarmaka v porovnání s personálními výdaji, a tedy i výdaji na psychoterapii. Je také zřejmé, že z prodeje psychofarmak plynou vyšší finanční zisky oproti prostředkům směřujícím do personálních výdajů psychoterapie.

## Summary

The research problem of this work is the fact that the care and treatment of the patients with mental illness in Czech Republic is mainly focused on the biological approach, which consist mostly of pharmacotherapy. In the contemporary psychiatry, the attention is also paid to the development of psychosocial interventions. The international discourse is reflecting the deficits in the development of knowledge in the field of psychiatry. That puts many challenges on the policy makers in Czech Republic, which are planning the care for mentally ill people. The first goal of this work is to find out, which Czech and international ideas were applied in the document “Strategy of psychiatric care reform” (Ministry of health 2013) and the second goal is to reflect the experiences of mentally ill people with the system of mental health care in the Czech Republic.

The used methods were “content qualitative analysis”, “thematic analysis” and “critical discourse analysis”. The reflection of the experiences of the patient with mental illness was provided through the biographical research. The theoretical frameworks were “historical institutionalism”, “general theory of institutional change”, “life-course approach”.

The main findings showed that the “Strategy of psychiatric reform” compared to the international documents (WHO 2013; WHO Europe 2013), which were issued in the same year, is mainly focused on psychiatric care instead on the “mental health” in general. That could unfortunately lead to the situation that the funds are directed only on psychiatric care. The biographical research showed a very strong biological approach and the deficits in the psychotherapy and the deficit in the chronical disease management.

## Zdroje:

- AMENTA, E., RAMSEY, K.M. (2010). Institutional theory *In.: Handbook of politics: state and society in global perspective*. New York: Springer, 2010. ISBN 9780387689302.
- BELL, Stephen. (2002). Institutionalism: Old and New. Online. Dostupné z : <https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:9699/Institutionalism.pdf>
- BODNÁR, Jan. (2009). *Systémová stigmatizace psychiatricky nemocných*. Praha, 2009. Diplomová práce.
- BOWEN, M. (1976). Theory in the practice of psychotherapy. In P. J. Guerin Jr. (Ed.), *Family therapy: Theory and practice* (pp. 42–90). New York: Garner Press.
- BRACKEN, P; et al. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry*. United Kingdom, 201, 6, 430-434, Dec. 1, 2012. ISSN: 0007-1250.
- BRAUN, V. and CLARKE, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101. ISSN 1478-0887 Available from: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>
- BROWN, Judith M., Mia KURTTI, Timo HAARANIEMI, Elina LÖHÖNEN a Päivi VAHTOLA. (2015). A North-South Dialogue on Open Dialogues in Finland: The Challenges and the Resonances of Clinical Practice. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 2015, 36(1), 51-68. DOI: 10.1002/anzf.1089. ISSN 0814723x. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1002/anzf.1089>
- BURNS, Tom. (2006). *Psychiatry: a very short introduction*. New York: Oxford University Press. ISBN 978-019-2807-274.
- BUTLER, AC; et al. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*. 26, 1, 17-31, Jan. 2006. ISSN: 02727358.
- CMHCD (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví). (2012). Politika péče o duševní zdraví v ČR: Zpráva o současném stavu. [online]. [cit. 27-01-2016]. Dostupné z: [http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/cast\\_1\\_1\\_3\\_05.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/cast_1_1_3_05.pdf)
- CMHCD (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví). (2005). Politika péče o duševní zdraví v ČR – cesty k její realizaci [online]. [cit. 27-01-2017]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/3504608-Politika-pece-o-dusevni-zdravi-v-cr.html>
- CORRIGAN, P. W. (2004). How stigma interferes with mental healthcare. *American Psychologist*, 59, 614–625.
- ČABANOVÁ, A. Velká reforma psychiatrie je ve skluzu. Poslanci se bojí o dotační miliardy [online]. *E15.cz*, 21.12.2016 [cit. 04-05-2017] Dostupné z: <http://zpravy.e15.cz/domaci/politika/velka-reforma-psychiatrie-je-v-skluzu-poslanci-se-boji-o-dotacni-miliardy-1326940>
- DAVIDSON, Larry. (2009). *A practical guide to recovery-oriented practice: tools for transforming mental health care*. New York: Oxford University Press, 2009. ISBN 01-953-0477-2.
- DOBIÁŠOVÁ, Karolína, Eva TUŠKOVÁ, Pavla HANUŠOVÁ, Olga ANGELOVSKÁ a Monika JEŽKOVÁ. (2016). The Development of Mental Health Policies in the Czech Republic and Slovak Republic since 1989. *Central European Journal of Public Policy*. 2016-01-1, 10(1), -. DOI:



- 10.1515/cejpp-2016-0022. ISSN 1802-4866. Dostupné také z:  
<http://www.degruyter.com/view/j/cejpp.2016.10.issue-1/cejpp-2016-0022/cejpp-2016-0022.xml>
- DEČEVIĆ, Mehmed, Uglješa JANKOVIĆ a Ana ČEKEREVA. (2016). The social paradigm in psychiatry as a link between social work and psychiatry in theory and practice. *Annual of Social Work*. 2016, **22**(3), 371-392. DOI: 10.3935/ljsr.v22i2.79. ISSN 18465412. Dostupné také z:  
<http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak>
- DVOŘÁKOVÁ, I. (2010). Obsahová analýza a / formální obsahová analýza / kvantitativní obsahová analýza. *ANTROPOWEBZIN*, 2, 95–99.
- DYSCH, H. (2017). Brief history of psychotherapy [online]. [cit. 27-01-2017]. Dostupné z:  
<http://www.hettidysch.co.uk/content/brief-history-psychotherapy>
- ENGEL, George. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann N Y Acad Sci* 1978; **310**: 169-87
- EC (European commission). (2005). *Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels.
- FIALA, Jaroslav. (2016). *JAK SE ZBAVIT CASTRA : Kuba, Spojené státy a Československo ve studené válce* 1. vyd. Praha : Rybka Publishers, 2016. ISBN 978-80-87950-32-6. Kapitola XIII, s. 261. (česky)
- FISCHER, Frank, Gerald. MILLER a Mara S. SIDNEY. (2007). *Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods*. Boca Raton: CRC/Taylor. ISBN 978-157-4445-619.
- FOUCAULT, Michel. (1994). *Dějiny šílenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. Edice 21. ISBN 80-710-6085-2.
- GABRIEL, Josef, Marcela KRYLOVÁ a Kateřina MÁLKOVÁ. (2016). *Problémy a potřeby lidí s duševním onemocněním* [online]. Praha: Dobré místo, [cit. 2017-05-04]. Dostupné z:  
[http://www.lidemezilidmi.cz/pdf/dm\\_reforma.pdf](http://www.lidemezilidmi.cz/pdf/dm_reforma.pdf)
- GASK, Linda. (2004). *A short introduction to psychiatry*. London: SAGE, 2004. ISBN 07-619-7138-6.
- GHAEMI, S. N. (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. *The British Journal of Psychiatry*. 2009, **195**(1), 3-4. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.063859. ISSN 0007-1250. Dostupné také z:  
<http://bjp.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/bjp.bp.109.063859>
- GILSON, Lucy. (2012). *Health policy and systems research a methodology reader*. Geneva, Switzerland: Alliance for Health Policy and Systems Research, 2012. ISBN 978-924-1503-136.
- HENDERSON, Julie. (2008). Biological psychiatry and changing ideas about mental health prevention in Australian psychiatry: Risk and individualism. *Health Sociology Review*. 2008, **17**(1), 4-17.
- HENDL, Jan. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HOFMANN, Stefan G., Anu ASNAANI, Imke J. J. VONK, Alice T. SAWYER a Angela FANG. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and*

*Research*. 2012, **36**(5), 427-440. DOI: 10.1007/s10608-012-9476-1. ISSN 0147-5916. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1007/s10608-012-9476-1>

JACOB, K S, P SHARAN, I MIRZA, M GARRIDO-CUMBRERA, S SEEDAT, JJ MARI, V SREENIVAS a Shekhar SAXENA. (2007). Mental health systems in countries: where are we now? *The Lancet*. 2007, **370**(9592), 1061-1077. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61241-0. ISSN 01406736. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673607612410>

JANOUSHKOVÁ, Miroslava, Petr WINKLER a Ladislav KÁŽMÉR. (2014). Vývoj nově přiznaných invalidních důchodů z důvodu duševních a fyzických onemocnění v letech 2001 až 2011. *Psychiatrie*. 2014, **18**(4), 161-165.

Joint action. (2016). European framework for Action on Mental Health and Well-being [online]. [cit. 27-01-2017]. Dostupné z: [http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework%20for%20action\\_19jan%20\(1\)-20160119192639.pdf](http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework%20for%20action_19jan%20(1)-20160119192639.pdf)

KAPLAN. Towards a common definition of global health. (2009). *Lancet*. **373**, 1993-5. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60332-9.

KLEINMAN, A. (2012). Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen - and soon. *The British Journal of Psychiatry*. 2012, **201**(6), 421-422. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.118695. ISSN 0007-1250. Dostupné také z: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/bjp.bp.112.118695>

KNAPP, M. (2007). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*. [Online-Ausg.]. Maidenhead: Open Univ. Press, 2007. ISBN 03-352-1467-3.

Koncepce psychiatrie. (2000). Koncepce oboru psychiatrie [online]. [cit. 27-01-2017]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/004-koncepce-oboru-psychiatrie.pdf>

Koncepce psychiatrie. (2008). Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008 [online]. [cit. 27-01-2017]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/005-koncepce-oboru-psychiatrie2008.pdf>

KRYSTAL, John H. Biological Psychiatry: A Time of Opportunity, a Time of Challenge. *Biological Psychiatry*. 2011, **70**(1), 3-4. DOI: 10.1016/j.biopsych.2011.04.020. ISSN 00063223. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322311004380>

LAING, R. D. (1971). *The politics of the family and other essays*. London: Tavistock Publications, 1971. World of man. ISBN 04-227-3870-0.

Lancet. (2007). Scale up services for mental disorders: a call for action. *The Lancet*. 2007, **370**(9594), 1241-1252. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61242-2. ISSN 01406736. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673607612422>

Lidemezilidmi.cz. (2016). Prohlášení platformy pro transformaci péče o lidi s duševním onemocněním [online]. *Lidemezilidmi.cz*, 30.6.2016. [cit. 04-05-2017]. Dostupné z: <http://www.lidemezilidmi.cz/mise-pro-dusevni-zdravi/prohlaseni-platformy-pro-transformaci-pece-o-lidi-s-dusevnim-onemocnenim>

Lidemezilidmi.cz. (2016). Platforma hlídá platformu [online]. *Lidemezilidmi.cz*, 28.6.2016. [cit. 04-05-2017]. Dostupné z: <http://www.lidemezilidmi.cz/well-being/platforma-hlida-reformu>

- McDAID, D. (2005). Policy Brief: Mental Health I-Key issues in the development of policy and practice across Europe [online]. [cit. 27-01-2017]. Dostupné z: [http://enil.eu/wp-content/uploads/2012/07/Mental-Health-I\\_Key-issues-in-the-development-of-policy-and-practice-across-Europe.pdf](http://enil.eu/wp-content/uploads/2012/07/Mental-Health-I_Key-issues-in-the-development-of-policy-and-practice-across-Europe.pdf)
- McDAID, D., THORNICROFT, G. (2005). Policy Brief: Mental Health II: Balancing institutional and community-based care [online]. [cit. 27-01-2017]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/mental-health-ii-balancing-institutional-and-community-based-care>
- McDAID, D., KNAPP, M., CURRAN, C. (2005). Policy brief: Mental health III: Funding mental health in Europe [online]. [cit. 27-01-2017]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/108955/E85489.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/108955/E85489.pdf)
- MEYER, M; WODAK, R. (2001). *Methods of Critical Discourse Analysis*. London : SAGE Publications Ltd, 2001. (Introducing Qualitative Methods). ISBN: 9780761961536.
- MINAS, H. (2012). CIMH Approach to Mental Health System development. *Harv Rev Psychiatry*. 2012, **20**(1), 37-46.
- Ministerstvo zdravotnictví. (2013). Strategie reformy psychiatrické péče [online]. [cit. 29-01-2017]. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP\\_publikace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf)
- Ministerstvo zdravotnictví. (2015). Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Akční plán č. 3: Duševní zdraví.[online]. [cit. 06-12-2015]. Dostupé z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2015/10/AP-03\\_dusevni-zdravi\\_.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2015/10/AP-03_dusevni-zdravi_.pdf)
- Ministerstvo zdravotnictví. (2017). Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz) .[online]. [cit. 05-05-2017]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2016/12/170206-Principy-p%C3%A9%C4%8De-v-CDZ.pdf>
- MONCRIEFF, J. (1997). P: The medicalisation of modern living [online]. *Critical psychiatry network* [cit. 29-01-2017]. Dostupné z: <https://www.academyanalyticarts.org/moncrieff-psychiatric-imperialism>
- MONCRIEFF, Joanna. (2009). *The myth of the chemical cure: a critique of psychiatric drug treatment*. New York: Palgrave Macmillan, 2009. ISBN 978-0-230-57432-8.
- MONCRIEFF, Joanna. (2013). *The bitterest pills: the troubling story of antipsychotic drugs*. ISBN 978-113-7277-435.
- MORGAN, Craig a Dinesh. BHUGRA. (2010). *Principles of social psychiatry*. Hoboken, NJ. ISBN 978-0-470-69713-9.
- MURRAY, Heather. (2014). My place was set at the terrible feast. *The journal of american culture*. 2014, **37**(1), 37-51.
- MURRAY, Christopher J.L. a Julio FRENK. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000, **78**(6), 717-731.
- Národní psychiatrický program. (2007) [online]. *Ceskapsychiatrie.cz*, [cit. 04-05-2017]. Dostupné z: <http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php/strategie-koncepce-reformy/35-narodni-psychiatricky-program-2007>
- NEKOLA, M., VESELÝ, A. (2007). ANALÝZA A TVORBA VEŘEJNÝCH POLITIK. PŘÍSTUPY, METODY A PRAXE. PRAHA: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ.

- NORTH, Douglass C. (1991). "Institutions." *Journal of Economic Perspectives*, 5(1): 97-112. DOI: 10.1257/jep.5.1.97
- OSN. (1966). Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech [online]. [cit. 29-01-2017]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/mezinarodni-pakt-o-hospodarskych-socialnich-a-kulturnich-pravech.pdf>
- PATEL, Vikram. Global Mental Health: From Science to Action. *Harvard Review of Psychiatry*. 2012, 20(1), 6-12. DOI: 10.3109/10673229.2012.649108. ISSN 1067-3229. Dostupné také z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>
- PATEL, Vikram, Ricardo ARAYA, Sudipto CHATTERJEE, et al. (2007). Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 2007, 370(9591), 991-1005. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61240-9. ISSN 01406736. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673607612409>
- PARIS, Joel. (2010). *The use and misuse of psychiatric drugs: an evidence-based critique*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell,
- Psycholog Praha. Klasifikace duševních poruch. Dostupné z: <http://www.psycholog-praha.cz/klasifikace-dusevnich-poruch>
- POTŮČEK, Martin. *Veřejná politika*. V Praze: C.H. Beck, 2016. ISBN 978-80-7400-591-6.
- POWELL, Walter W. a Paul J. DIMAGGIO (eds.). (1991). *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press, 1991. ISBN 02-266-7709-5.
- PRAŠKO, Ján, ed. (2011). *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis. ISBN 978-80-87323-00-7.
- PRINCE, Martin, Vikram PATEL, Shekhar SAXENA, Mario MAJ, Joanna MASELKO, Michael R PHILLIPS a Atif RAHMAN. (2012). No health without mental health. *The Lancet*. 2007, 370(9590), 859-877. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0. ISSN 01406736. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673607612380>
- Příbáň, J. (1997). Legitimita práva, intimita a „infikce“ *Sociologický časopis 1997, Vol. 33 (No. 2: 145-156)*
- RABOCH, J., WENIGOVÁ, B. (2012). MAPOVÁNÍ STAVU PSYCHIATRICKÉ PÉČE A JEJÍHO SMĚŘOVÁNÍ V SOULADU SE STRATEGICKÝMI DOKUMENTY ČESKÉ REPUBLIKY (A ZAHRANIČÍ). ODBORNÁ ZPRÁVA Z PROJEKTU. PRAHA: ČESKÁ PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST O.S.
- RAITER, T., STEM/MARK, a.s. (2009). Kvalita očima pacientů [online]. [cit. 29-01-2017]. Dostupné z: [http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/download/KOP\\_MZ\\_09\\_N\\_I.dil\\_public.pdf](http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/download/KOP_MZ_09_N_I.dil_public.pdf)
- RUBIN, Eugene H. a Charles F. ZORUMSKI. (2012). Perspective. *Academic Medicine*. 2012, 87(3), 261-265. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182441697. ISSN 1040-2446. Dostupné také z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>

ŘEZNÍČKOVÁ, L. Česká zdravotní politika po roce 2010 v kontextu Hegerovy reformy zdravotnictví. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky, 2015. 92 s.

SARACENO, Benedetto, Mark VAN OMMEREN, Rajaie BATNIJI, Alex COHEN, Oye GUREJE, John MAHONEY, Devi SRIDHAR a Chris UNDERHILL. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 2007, **370**(9593), 1164-1174. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61263-X. ISSN 01406736. Dostupné také z:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067360761263X>

SAXENA, Shekhar, Graham THORNICROFT, Martin KNAPP a Harvey WHITEFORD. (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *The Lancet*. 2007, **370**(9590), 878-889. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61239-2. ISSN 01406736. Dostupné také z:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673607612392>

SAXENA, Shekhar, Michelle FUNK a Dan CHISHOLM. (2013). World Health Assembly adopts Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020. *The Lancet*. 2013, **381**(9882), 1970-1971. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61139-3. ISSN 01406736. Dostupné také z:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613611393>

SCHEFFLER, Richard M. a Martin POTŮČEK, ed. (2008). *Mental health care reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the present*. Prague: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1466-3.

SHORT, M; LE, T. (2009). *Critical Discourse Analysis : An Interdisciplinary Perspective*. Hauppauge, NY : Nova Science Publishers, Inc, 2009. (Languages and Linguistics Series). ISBN: 9781607413202.

SINGH, A.R. (2007), Biological Psychiatry, Research and Industry. In: Guidelines, Editors, Pharma and The Biological Paradigm Shift. *The Academia-Industry Symposium MSM 2007: Medical practice and the pharmaceutical industry. And Ever the duo shall meet (A.R. Singh and S.A. Singh eds.), MSM, 5*, p116-120

SIROVÁTKA, Tomáš a Marie VALENTOVÁ. (2002). Legitimita redistribuce: ČR v mezinárodním srovnání. *Finance a úvěr Czech Journal of Economics and Finance*, Praha: UK FSV Praha, roč. 52, č. 1, s. 23-35. ISSN 0015-1920.

STEINMO, S. (2008). What is historical institutionalism? Online. *Approaches in social sciences*. Cambridge UK: Cambridge University press. Dostupné z:

[http://www.dfpe.net/uploads/5/3/9/8/53982981/steinmo\\_sven\\_-\\_what\\_is\\_historical\\_institutionalism.pdf](http://www.dfpe.net/uploads/5/3/9/8/53982981/steinmo_sven_-_what_is_historical_institutionalism.pdf)

Strategy Survival Guide. (2004). Strategy Survival Guide Overview [online]. [cit. 04-05-2017]. Dostupé z:

[http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/http://www.cabinetoffice.gov.uk/strategy/downloads/survivalguide/downloads/ssgv2.1\\_overview.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/http://www.cabinetoffice.gov.uk/strategy/downloads/survivalguide/downloads/ssgv2.1_overview.pdf)

STURDY, S., R. FREEMAN a J. SMITH-MERRY. (2013). Making Knowledge for International Policy: WHO Europe and Mental Health Policy, 1970-2008. *Social History of Medicine*. 2013, **26**(3), 532-554.

DOI: 10.1093/shm/hkt009. ISSN 0951-631x. Dostupné také z: <https://academic.oup.com/shm/article-lookup/doi/10.1093/shm/hkt009>

SULS, Jerry a Alex ROTHMAN. (2009). Evolution of the Biopsychosocial Model: Prospects and Challenges for Health Psychology. *The British Journal of Psychiatry*. 2009, **195**(1), 3-4. DOI: 10.1037/0278-6133.23.2.119. ISBN 10.1037/0278-6133.23.2.119. ISSN 0007-1250. Dostupné také z:

<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0278-6133.23.2.119>

ŠKODA, Ctirad. (1996). *Duševní zdraví obyvatel ČR z pohledu spotřeby zdravotnických služeb včera, dnes a zítra*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-851-2176-X.

SZASZ, Thomas. (1961). *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct*. New York: Hoeber-Harper, 1961.

- TANG, Shiping. *A general theory of institutional change*. (2011a). New York, NY: Routledge, 2011. Routledge studies in the modern world economy, v. 86. ISBN 02-038-3472-0.
- TANG, Shiping. (2011b) A General Theory of Institutional Change. SSRN Electronic Journal. , -. DOI: 10.2139/ssrn.2199709. ISSN 1556-5068. Dostupné také z: <http://www.ssrn.com/abstract=2199709>
- THOMAS, Timothy. (2005). A brief history of psychotherapy [online]. [cit. 04-05-2017]. Dostupé z: [http://works.bepress.com/timothy\\_thomas/25/](http://works.bepress.com/timothy_thomas/25/)
- Thomson Reuters. (2015). Journal Citation Reports. Web of science (Science ed).
- TRIMBLE, Michael R. a Mark S. GEORGE. (2010). *Biological psychiatry*. 3rd ed. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell, 2010. ISBN 978-0-470-68894-6.
- UCHTENHAGEN, Ambros A. (2009). Which future for social psychiatry? *International Review of Psychiatry*. 2009, **20**(6), 535-539. DOI: 10.1080/09540260802565471. ISSN 0954-0261. Dostupné také z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540260802565471>
- VÁLKOVÁ, H. (2015). Každý pátý chce invalidní důchod kvůli duševní nemoci, žadatelů přibývá [online]. *Idnes.cz*, 19.2.2015 [cit. 04-05-2017] Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/invalidni-duchod-dusevni-nemoc-nudz-db8-/domaci.aspx?c=A150216\\_140450\\_domaci\\_hv](http://zpravy.idnes.cz/invalidni-duchod-dusevni-nemoc-nudz-db8-/domaci.aspx?c=A150216_140450_domaci_hv)
- VENTRIGLIO, A., S. GUPTA a D. BHUGRA. (2016). Why do we need a social psychiatry? *The British Journal of Psychiatry*. 2016, **209**(1), 1-2. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.175349. ISSN 0007-1250. Dostupné také z: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/bjp.bp.115.175349>
- WAGNER, E. H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clin Pract* 1998;1(1):2-4.
- WALLACE, Edwin R. a John. GACH. (2008) *History of psychiatry and medical psychology: with an epilogue on psychiatry and the mind-body relation*. New York: Springer. ISBN 978-0-387-34707-3.
- WHO (World Health organization). (2000). A Life course approach to health [online]. [cit. 04-05-2017]. Dostupé z: [http://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc\\_lifecourse\\_training\\_en.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc_lifecourse_training_en.pdf)
- WHO (World Health Organization) (2001). The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/whr/2001/e/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/e/whr01_en.pdf), accessed 21 December 2004).
- WHO (World Health Organization) (2001b). Atlas: Mental health resources in the world 2001. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/database.htm](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/database.htm), accessed 21 December 2004).
- WHO (2001c). Basic documents. 43rd ed. Geneva, World Health Organization:1
- WHO (2001d). Strengthening mental health promotion. Geneva, World Health Organization (Fact sheet, No. 220).
- WHO (World Health Organization). (2004a). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. Geneva: WHO, 2004. ISBN 92-415-9159-5.
- WHO (World Health Organization). (2004b). World Report on Knowledge for Better Health: Strengthening health systems. WHO Report
- WHO (World Health Organization). (2003). Organization of services for mental health. (Mental health policy and service guidance package). Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/entity/mental\\_health/resources/en/Organization.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/resources/en/Organization.pdf), accessed 21 December 2004).

- WHO (World Health Organization). (2008). The global burden of disease: 2004 update [online]. [cit. 04-05-2017]. Dostupné z: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1)
- WHO (World Health Organization). (2009). Improving health systems and services for mental health [online]. [cit. 04-05-2017]. Dostupné z: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44219/1/9789241598774\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44219/1/9789241598774_eng.pdf)
- WHO (World Health Organization). (2012). *Changing mindsets: Strategy on Health Policy and Systems Research* [online]. 2012 [cit. 2017-05-13]. ISBN 9789241504409. Dostupné z: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77942/1/9789241504409\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77942/1/9789241504409_eng.pdf?ua=1)
- WHO (World Health Organization). (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020 [online]. [cit. 04-05-2017]. Dostupné z: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf)
- WHO (World Health Organization). (2017). World report on Health policy and system research [online]. [cit. 04-05-2017]. Dostupné z: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255051/1/9789241512268-eng.pdf?ua=1>
- WHO Europe. (2005). Mental Health Action Plan for Europe: Facing the challenges, Building solutions [online]. [cit. 04-05-2017]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0013/100822/edoc07.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf)
- WHO Europe. (2013). The European Mental Health Action Plan [online]. [cit. 04-05-2017]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/194107/63wd11e\\_MentalHealth-3.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf)
- WHO Europe. (2013b). Resolution: The European Mental Health Action Plan [online]. [cit. 04-05-2017]. Dostupné z: <https://www.mindbank.info/item/3130>
- WILKINSON, R., MARMOT, M. (2003). *The solid facts: social determinants of health*. 2nd ed. Copenhagen: Centre for Urban Health, World Health Organization, 2003. ISBN 92-890-1371-0.
- WINKLER, Petr a Miroslava JANOUŠKOVÁ. (2013). Systémy psychiatrické péče v Evropě I: popis reformních procesů ve 12 zemích EU. *Psychiatrie*. 2013, **17**(2), 65-69.
- WINKLER, Petr., CSÉMY, L., JANOUŠKOVÁ, M., BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L. (2014). Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. *Psychiatrie* 2014; **18**(2): 54-59.
- ZEPF, S; et al. (2008). Trauma and traumatic neurosis: Freud's concepts revisited. *The International Journal of Psychoanalysis*. United Kingdom, **89**, 2, 331-353, Apr. 2008. ISSN: 0020-7578.

## **Další zdroje:**

### **Internetové stránky a odkazy:**

Vláda české republiky:

<https://www.vlada.cz/cz/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2007-cr/>

Česká a slovenská psychiatrie: Archiv časopisu

<http://www.cspychiatr.cz/archiv.php>

Psychiatrie pro praxi: Archiv časopisu

<https://www.psychiatriepropraxi.cz/archive.php>

Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii

<http://www.tigis.cz/casopisy/pro-lekare/psychiatrie11>

Generátor word cloudů:

<http://www.wordclouds.com/>

Portál lidé mezi lidmi:

<http://www.lidemezilidmi.cz/>

Wikipedia:

<https://www.wikipedia.org/>

Nacchocommunique.com

<https://nacchocommunique.com/tag/social-determinants-of-health/>



## Seznam obrázků:

Obr. 1 Model výzkumného problému	14
Obr. 2 Nejčastější globální příčiny YLD podle pohlaví, data z roku 2004.	15
Obr. 3 Podíl výdajů na duševní zdraví na celkových výdajích ve zdravotnictví	24
Obr. 4 Vývoj spotřeby léčiv používaných v psychiatrii v období let 1995-2008 v ČR ve finančním vyjádření	27
Obr. 5 Klíčové komponenty zdravotnického systému	41
Obr. 6 Sociální determinanty zdraví (model)	44
Obr. 7 Cyklus duševního zdraví a pohody	46
Obr. 8 Vztah strategie a veřejné politiky	54
Obr. 9 Prvky strategického řízení	55
Obr. 10 Model Health Policy and System research	58
Obr. 11 Koncept výkonnosti ve zdravotnických systémech	59
Obr. 12 Funkce zdravotnických systémů	60
Obr. 13 Přehled jednotlivých paradigmatických přístupů a jejich metod	61
Obr. 14 Model Kognitivně-behaviorální terapie	64
Obr. 15 Model znázorňující situaci v oblasti péče o duševní zdraví v ČR	71
Obr. 16 Analytický rámec výzkumu zdravotnických systémů a zdravotní politiky	73
Obr. 17 Přehled vývoje článků vydaných v českých časopisech v letech 2010-2016 podle jejich paradigmatického zaměření	74
Obr. 18 Přehled vývoje počtu článků v PubMed v letech 2010-2016 podle jejich zaměření	76
Obr. 19 "Word cloud" klíčových slov u článků ve vybraných českých psychiatrických časopisech	77
Obr. 20 Morfologický přehled vývoje kontextu politiky péče o duševní zdraví v ČR	86
Obr. 21 Čtyři pilíře na nichž stojí reforma psychiatrické péče ČR	90
Obr. 23 Faktory a determinanty ovlivňující duševní zdraví u paní J.	109

## Seznam tabulek:

Tab. 1 Vývojové fáze tvorby systému psychiatrické péče	28
Tab. 2 Výzkumný plán – výzkumný problém, cíl, výzkumné otázky, použitá data a metody jejich zpracování	39
Tab. 3 Přehled vývoje podílu jednotlivých zaměření na celkovém počtu článků	75
Tab. 4 Použité primární zdroje pro CDA	92

## Seznam zkratk:

CBT – Kognitivně behaviorální terapie

CDA – Kritická diskurzivní analýza (*critical discourse analysis*)

CDZ – Centra duševního zdraví

CIMH – *Centre for international mental health*

CMHCD – Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (*Centre for Mental Health Care Development*)

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

DALYs – počet let ztracených kvůli neschopnosti (*Disability Adjusted Life Years*)

EBM – na evidenci založená politika (*Evidence-based medicine*)

EC – Evropská Komise

ECT – Elektrokonvulzivní terapie

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

RCT – randomizované kontrolované studie (*Randomized controlled studie*)

WHO – Světová zdravotnická organizace (*World Health Organization*)

ICMHC – mezinárodní klasifikace pro péči o duševní zdraví (*International classification for mental health care*)

SDH – sociální determinanty zdraví

SMI – závažná duševní onemocnění (*Severely mental illness*)

# Přílohy

## Příloha č. 1: Přístup k vývoji systému péče o duševní zdraví

<b>GOALS</b>				
The goals of the CIMH Mental Health System Development Program are broader than to develop mental health services. Many other areas of development activity contribute to the program's development goals.				
<b>Improved population mental health</b>	<b>Reduced mental illness-related disability</b>	<b>Improved social and economic participation</b>	<b>Enhanced human rights protections</b>	<b>Poverty reduction</b>
<b>OBJECTIVES</b>				
Strengthened mental health system governance, leadership, and development capacity				
Scaling up of mental health services through mental health system development projects involving education/training, research, and knowledge exchange Improved capacity to develop, implement, monitor, and evaluate mental health policy, legislation, financing, human resource development, and service delivery				
<b>ACTIVITIES</b>				
Interlinked activities form the program architecture for the CIMH mental health system development program				
<b>EDUCATION</b>	<b>RESEARCH</b>	<b>KNOWLEDGE EXCHANGE</b>		
Effective leadership for, and management of, mental health system development, skilled mental health and general health professionals, informed and involved communities	Improved capacity for mental health systems research for strengthening mental health systems, evaluating population mental health impact of system reform, and tracking progress of mental health system development	Dissemination of lessons learned, knowledge exchange, and mental health system development networking		
<b>PROGRAM ELEMENTS/STRUCTURES</b>				
The CIMH mental health system development program is organized into a number of program elements/structures				
<b>Mental health system development projects at national, provincial, or district levels</b>				
Carried out in partnership with Ministries of Health, universities, and local and international NGOs				
<b>The International Mental Health Leadership Program</b>	<b>International Observatory on Mental Health Systems</b>	<b>International Journal of Mental Health Systems</b>		
iMHLP has been a base since 2001 for mental health system development projects, for a network to build research capacity, and for activities to promote knowledge dissemination and exchange.	Established in 2009, a platform for mental health systems research capacity building. Collaborating research groups are located in India, Indonesia, Malaysia, Pakistan, Philippines, and Vietnam.	Established in 2007, the journal has attracted first authors of mental health system research papers from Africa, Asia, Europe, the Middle East, North and South America, and Oceania.		
<b>Master of International Mental Health and PhD programs</b>	<b>Movement for Global Mental Health</b>	<b>International Mental Health System Development Conferences</b>		
A number of iMHLP alumni have gone on to complete the University of Melbourne Master of International Mental Health or PhD. The iMHLP alumni network in Asia and the Pacific is strong, active, and influential.	CIMH will host the Secretariat of the Movement for Global Mental Health for three years, 2011–13.	Seven IMHS development conferences have been held since 2002.		

Figure 1: Structure of the CIMH mental health system development program.

Zdroj: Minas 2012

## Příloha č. 2: Problémy a výzvy v systému péče o duševní zdraví

### Mental Health System Issues and Challenges

#### Context

- Little understanding of mental health as an important public health and social and economic development issue
- Little understanding that effective and affordable interventions and service models are available
- Mental health is a low political and social priority
- Weak investment
- Weak drive for mental health system reform and development
- Low levels of skill in policy development and implementation
- Weak governance and management arrangements
- Low population “mental health literacy”

#### System elements

- Inadequate infrastructure, facilities, equipment, drug distribution systems
- Shortage of skilled mental health workers
- Geographic maldistribution of available workforce
- Disciplinary imbalance: dominated by physicians and nurses
- Hospital centered
- Undeveloped information systems, with lack of high-quality local information to support planning
- Poorly developed mental health systems research capacity
- No culture of evaluation or continuous quality improvement
- Poorly organized and marginalized consumers, carers, civil society

#### Outcomes

- Narrow population coverage: wide “treatment gap”
- Very wide gap between best (usually in major urban centers) and worst (usually in poor rural areas) mental health services
- Low and inequitable access (geographic, economic, linguistic, cultural) to mental health services
- Stigma, discrimination, social and economic exclusion
- Mental health training is unattractive for most disciplines
- Inadequate protection of rights, with widespread human rights abuses
- Lack of locally relevant evidence for policy and practice
- Poorly developed advocacy by civil society and groups

Zdroj: Minas 2012

### Příloha č. 3: Rámec pro vývoj systému duševního zdraví

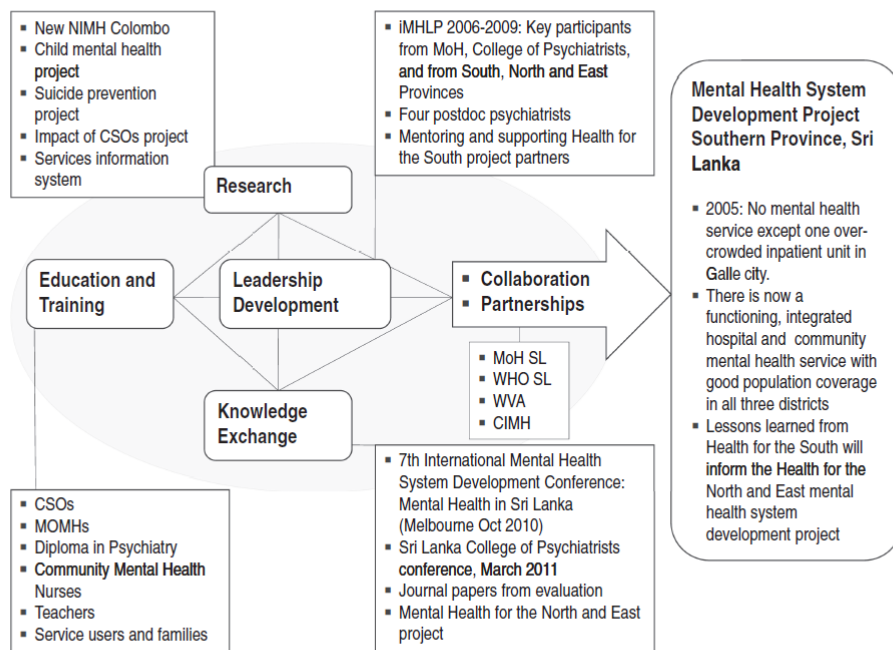


Figure 2. Structure of the CIMH mental health system development program and outcomes of the Health for the South project. CIMH, Centre for International Mental Health; CSO, community service officer; iMHLP, International Mental Health Leadership Program; MoH, Ministry of Healthcare and Nutrition; MOMH, medical officers of mental health; NIMH, National Institute of Mental Health; SL, Sri Lanka; WHO, World Health Organization; WVA, World Vision Australia.

Zdroj: Minas 2012