

Psychiatrie— věc veřejná

Program duševního zdraví pro Prahu do roku 2000 na sebe upozornil rozruchem, který kolem sebe v kružích odborných vyvolal. Jedná se o koncepční studii rozvoje péče o duševní zdraví. Byl sice zpracován pro Prahu, protože ta má řadu specifíků, ale jako možný trend má význam obecnější. Zadavatelem byl Ústav národního zdraví hl. města Prahy. Neobvyklé je, že zpracování uložil »nezávislé« skupině odborníků, jejímž sestavením a vedením byl pověřen člen Světové federace duševního zdraví MUDr. et PhDr. KAMIL KALINA, CSc., přednosta Denního socioterapeutického sanatoria při FN 2 v Praze.

Materiál, jehož zpracováním jste byl pověřen, vychází ze současné situace naší psychiatrie a péče o duševní zdraví vůbec...

Psychické poruchy v Československu zaujímají 3. místo mezi příčinami invalidity a pracovní neschopnosti. Hospitalizace i pracovní neschopnosti jsou dlouhé, spotřeba sociální a zdravotnické péče, jejíž cena ostatně stále roste, je vysoká. Se vzrůstajícími civilizačními nároky, se špatným fungováním rodin i přirozených skupin postihují psychické poruchy stále větší počet lidí a mají stále horší průběh. Více se obnažuje zranitelnost člověka i neschopnost jeho nejbližšího okolí poskytnout mu podporu a stabilitu.

Objevují se rovněž rozsáhlé souvislosti s tělesnými nemocemi v klientele všeobecné lékařské praxe i specializovaných oborů. Zanedbávání těchto souvislostí v prevenci i léčbě snižuje úspěšnost léčení a zvyšuje tak úmrtnost, invaliditu i sociální defektivitu i tělesně nemocných.

V neposlední řadě roste v populaci sebevražednost, agresivita, neurotičnost a takzvané subklinické poruchy duševního zdraví, které nelze označit přímo za nemoc, ale které odčerpávají citové, morální, tvořivé i ekonomické zdroje společnosti, a mají negativní vliv na kvalitu života, práce, rodinných vztahů, na výchovu dětí — a tak se vlastně předávají na další generaci.

V péči o duševní zdraví tedy nejde pouze o léčení již vzniklých poruch, ale i o široce pojatou prevenci primární, sekundární a terciární: to znamená předcházet tomu, aby porucha duševního zdraví vůbec vznikla. Pokud se však objeví, předcházet tomu, aby se dále rozvíjela a chronizovala v bludných kružích vztahů pacienta s rodinou i okolním světem. U chronicky nemocných zabránit aspoň úplné sociální defektivitě a společenskému vyřazení.

Ze současného stavu poznání to není utopie, ale také ne otázka zázračného léku. Je to především otázka práce lidí s lidmi, vytváření svépomocných i odborných možností a služeb, které by pomohly každému, kdo to potřebuje. Je třeba skutečně využít ten potenciál duševního zdraví, který člověk v sobě má. A i člověk s »těžkou diagnózou« ho má překvapivě mnoho.

Vraťme se k psychiatrii. Je v péči o duševní zdraví oborem sice klíčovým, ale i nejrozporuplnějším a nejvíce kritizovaným...

...i když kritika se často týká skutečností, které sama psychiatrie nemůže změnit. Vytýká-li se Programu počáteční ekonomická náročnost, nereálná vzhledem k možnostem zdravotnictví a potřebám jiných medicínských oborů, je to jenom záležitostí úhlu pohledu, protože péče o duševní zdraví je společenská záležitost, která psychiatrii, pojímanou pouze jako jeden z oborů, nutně přesahuje. Důkazem může být i velký počet zemí, kde přišly už dávno ke slovu celonárodně koncipované programy duševního zdraví. Podobně jako je tomu v ekologii, investice do těchto programů jsou prokazatelně vratné. Bylo to koneckonců ekono-

postupně proměňovat psychiatrii ve službu duševnímu zdraví všech. Integrační model by měl přinést každému možnost pomoci bez stigmatizace a vyřazení ze společnosti zdravých. To není nevýhodné, uvážíme-li, že ve vyspělých zemích se každý třetí člověk dostane alespoň jednou v životě do psychické situace, kdy potřebuje odbornou pomoc.

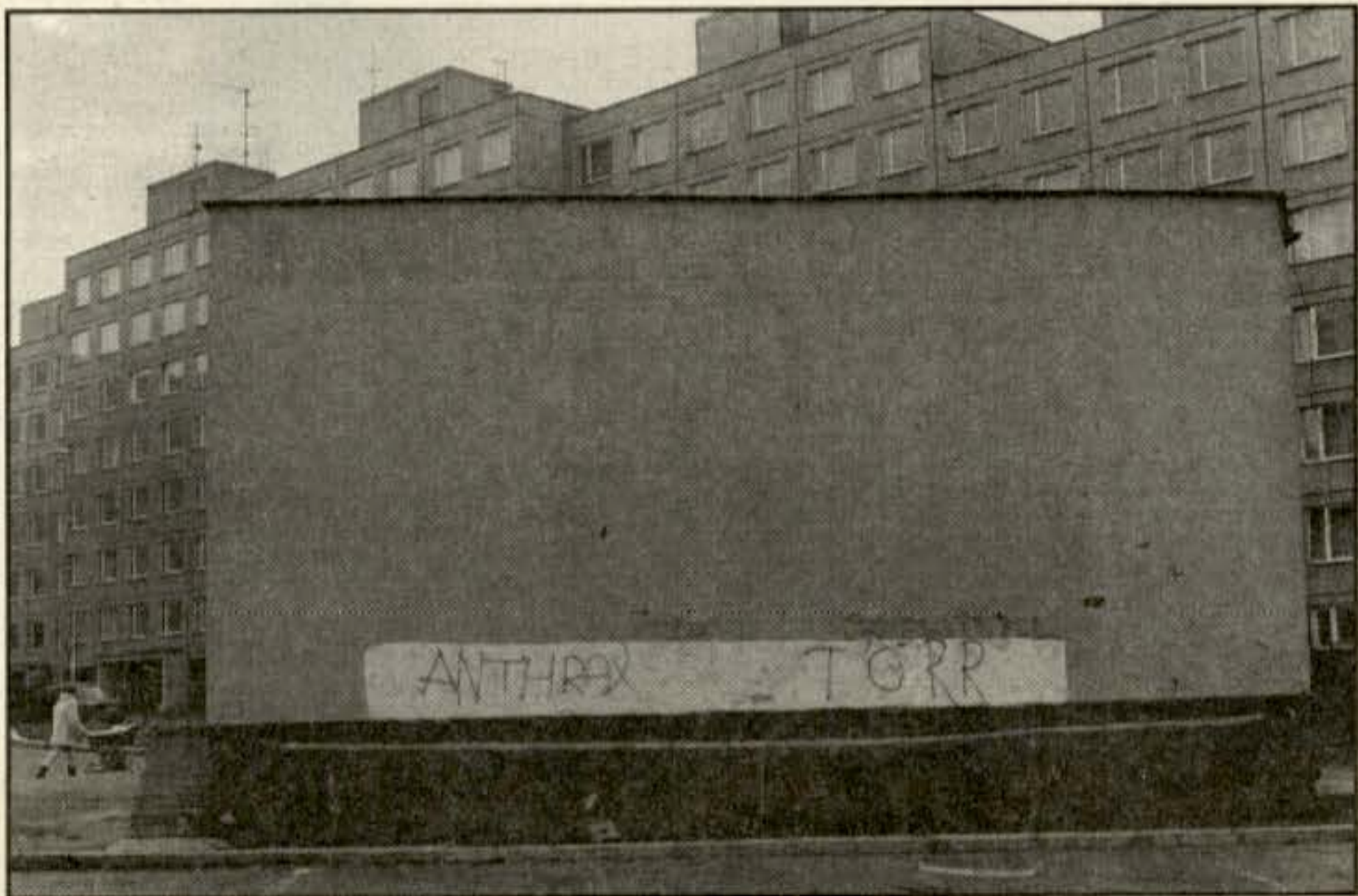
Cesta od segregáčního k integračnímu modelu se často chápe zjednodušeně jako zrušení psychiatrických léčen. To je ale spíš symbol než princip. Je pravda, že léčebny jako typické představitelky segregáčního modelu nejsou příliš oblíbené. Poukazuje se na jejich konzervativnost, vnitřní složitost, obtížné řízení a téměř nemožnost reorganizace. Ale rušení, zmenšování nebo rozčleňování léčen není samo o sobě řešení.

nekoncipovat napřed strukturu a do ní cpát pacienty, ale přesně naopak.

Dvacet let se o podobných věcech mluví, jsou součástí ministerských koncepcí, ale nedají se realizovat. Chráněné dílny bojují v nových ekonomických podmínkách o svoji existenci — a brzy si nebudou moci dovolit zaměstnávat postižené lidi, denní sanatoria se víc osvědčit nemohla a jejich rozšiřování je takřka nemožné.

U organizátorů zdravotnictví bude pravděpodobně Program narážet i proto, že nerespektuje současně hierarchické uspořádání zdravotní péče...

Byli jsme si dobře vědomi, že v Čechách může z čehokoli vzniknout úřad, a snažili jsme se Program koncipovat tak, abychom tuto možnost alespoň ztížili. Nikde by neměly vzniknout hierarchické pyramidy, výslovně



Snímek Jaromír Čejka

mické hledisko, které přimělo vlády mnoha států neplýtvat prostředky na dosavadní neúčinné strategie a vytvořit strategie moderní, účinnější a levnější. Když v roce 1963 obhájil prezident Kennedy nové programy duševního zdraví v USA, stál argument, že jejich zavedení bude »šetřit veřejné výdaje a federální rezervy« na předním místě.

Jak se mění pojetí duševního zdraví, nutně musí sama psychiatrie prodělávat koncepční i strukturální změny. V tomto případě jde zejména o vývoj od takzvaného segregáčního modelu k modelu »integračnímu«.

Segregační model znamená vyčlenění duševně nemocných ze společnosti, oddělení zdravých a nemocných, přičemž výhody pro obě skupiny jsou pouze zdánlivé. Znamená to i izolaci psychiatrie od ostatní medicíny, společenských věd a společnosti vůbec. Léčebné postupy, postavené zejména na používání léků, se snaží ovlivnit duševní nemoc pouze jako »nemoc mozku«. Jsou často prováděny v nesouladu s etickými a občanskými normami a jejich účinnost je omezená: nakonec vedou k »nadprodukcí« osob chronicky nemocných a závislých na společnosti. Míra represivity v takových zařízeních je velmi vysoká. Navenek ji charakterizuje počet mříží, zamčených dveří a nedobrovolných vstupů, to našinec v cizině v takovém měřítku marně hledá, ale pak je ještě všechno to, co není vidět! Tato situace logicky vede i k řadě předsudků vůči psychiatrickým pacientům. Segregační model představuje dědictví poznání a praxe z přelomu 19. a 20. století.

Integrační model se snaží odstraňovat pomyslné i skutečné zdi kolem psychiatrie a jejích pacientů. Měl by

Podstatné je vytváření nových forem, netradičních, menších pracovišť — nejen psychiatrických ordinací běžného typu. Psychiatr u nás požadovaného typu, kterému často nezbývá než sedět v ordinaci a předepisovat třikrát denně jednu tabletu, je instituce uměle vytvořená a v řadě zemí nemá analogie.

Vytvářet by se měla nejrozdílnější nelůžková zařízení, popř. netradiční zařízení lůžková. Z nelůžkových zařízení jde zejména o denní a docházková sanatoria, rehabilitační a chráněné dílny, socioterapeutické kluby, střediska pro práci s rodinou, střediska pro krizovou intervenci... K tomu se přidružují netradiční zařízení lůžková: noční sanatoria, hostely, rehabilitační domovy — vesměs nikoliv nemocničního, ale penzionátového rázu. Podstatná je i koncepce předhospitalizačního centra krizové intervence s nepřetržitým provozem. Centrum by spojovalo Linku důvěry, krizovou ambulanci i jakousi lůžkovou stanicí s délkou pobytu do tří dnů. Zahraniční zkušenosti ukazují vysokou efektivitu takových center a výrazné snížení počtu hospitalizací a délek pobytu, pokud je to přece jenom nutné. Teprve pružně fungující síť těchto zařízení, začleněných do městských čtvrtí a sídlišť, umožňuje zmenšit počet tradičních psychiatrických lůžek v nemocnicích a léčebnách a stává se základnou nového modelu péče o duševní zdraví.

Nová koncepce zdůrazňuje především nabídku různých možností, kterých mohou využít lidé v rozličných situacích, s různými potřebami, různými požadavky, očekáváními, zkušenostmi. Pacient by měl mít možnost volby metod své vlastní léčby. Systém by měl dynamicky reagovat na potřeby těchto lidí, oni by se měli spolupodílet na jeho vytvoření, tedy

se distancujeme od jednotné léčebné doktríny. Zdůrazňujeme multiplicitu přístupů, možnosti atypického vývoje, použití kolektivního rozumu, principy funkčního propojení, ale nikoliv řízení a organizování. Jistě, takový model znamená větší nároky na práci mnoha lidí včetně jejího vnějšího zveřejnění.

Kromě toho se v zahraničí řeší spousta věcí na nepsychiatrické úrovni. Takřka každá diagnóza od cukrovky po schizofrenii má kolem sebe laickou organizaci, která se stará o elementární problémy těchto nemocných lidí. Je to další zdroj přirozeného potenciálu. Psychiatr je pak pro zabezpečení stejného rozsahu péče zapotřebí mnohem méně. Ukazatel, kolik máme lékařů na tisíc obyvatel, je stejného druhu jako kolik vyrábíme ocele na hlavu. Vůbec nemusí ukazovat na kvalitu poskytované péče.

Důvody zatím spíše zamítavého stanoviska k vašemu návrhu úředně neznáme, ale předpokládám, že je alespoň tužíte. Chcete o nich mluvit?

Žádná oficiální oponentura na dokument skutečně neexistuje. Ani jeho přijetí, ani jeho odmítnutí. Důvody, které tuším, se mohou pokusit stručně shrnout. První důvod je předpokladatelný odpor vůči čemukoli novému. Program rozhodně není dalším zdokonalením existujícího — téměř dokonalého — systému, ale je to naprosto jiná, alternativní koncepce, která se současnému modelu nepodobá. Lidé spojení se současnými strukturami se budou bránit.

Za druhé, toto je program do roku 2000 a v té době nebude nikdo z těch, kteří dnes Program zamítají, volatelný k zodpovědnosti.

Neochota naslouchat se týká i ekonomických argumentů?

Pořád převládá názor, že společnost má bezpočet kapes. Ekonomické kategorie, které jsou velmi reálné, zní pro mnoho odborníků zatím příliš abstraktně. Nemají na ně receptory. Stejná situace byla před časem v ekologii. Zdálo se, že co je ekologické, není ekonomické a naopak.

Co bude dál?

Program sehrál roli katalyzátoru, rozčeřil stojaté vody, probudil zájem, mnoho emocí, ale snad i konstruktivní myšlení. Otevřel téma, které i pro psychiatry samotné bylo dlouho tabuizované. Ukázalo se, že je možné předložit dost odvážnou alternativní koncepci, vyvolat diskusi, být kritizován a odpovídat na kritiku, ale také získat podporu a spolupráci. Jistě je třeba ocenit organizátory zdravotnic-

SOCIOLOGIE

Proti „číselnému“ člověku

Několik mladých filozofů, psychologů a sociologů z Bulharska, Sovětského svazu a Československa se v nedávné době seznamovalo s tím, jak jsou otázky rozvoje a formování

a konferencí, odborných prací a stáží.

V rámci programu, který pro nás Společnost připravila, se konala pod názvem Člověk — bytost společenská tři sympozia. Jednání psychiatrů a psychologů v krakovské nemocnici v Kobierzyně se zaměřilo na téma Zdroje a geneze předpokladů a odporu v lidských vztazích, sympozia ve Varšavě se zabývala dílem profesora Kazimierza Dabrowského a fungováním člověka v hraničních, krizových situacích.

Záměrem první části bylo z různých hledisek hledat projevy a příčiny mezilidského odporu, nenávisti a agrese. Polští psychiatři a psychologové usilují o vytvoření mezioborových metod zkoumání a pomoci člověku, který se ocitl v ohrožení, nemoci, rozhodl se k sebevraždě, je zmítán strachem, povzbuzen drogami a alko-

riemi děličmi zrání a růst člověka na určitý počet etap a fází závažně vymezených biologickými a psychologickými zřeteli. Naproti tomu zdůrazňuje seberozvoj, schopnost vědomého vývoje, samostatnosti a zodpovědnosti.

Důsledky pro další oblasti společenské činnosti jsou nasnadě. Kupř. pedagogika by měla mechanické odstraňování problematických situací a instrumentální přizpůsobování žáků předem určeným rolím zaměnit za pozitivní „využívání“ konfliktů ve výchově, orientaci na samostatné hledání a prožití smyslu vlastní činnosti a hodnoty svého „já“.

K propojení dynamického rozvoje osobnosti a socializace člověka dochází v procesu „kultury“, což je pojem propracovávaný především na katedře sociologie Varšavské univerzity. Pojetí kultury naznačuje, že utváření osobnosti nezávisí pouze na biologických, psychologických a společenských vlivech, ale je určeno i vlivy kulturními, uskutečňuje se prostřednictvím kulturních činností a v kontaktu s jejich výsledky.

Vzácné bylo setkání s profesorkou A. Kloskowskou, která již od šedesátých let vede oddělení sociologie kultury a dnes patří ke klasikům tohoto oboru. U nás vyšla před lety její kniha Masová kultura — kritika a obhajoba (Svoboda 1967). Překlad by zasloužila i další její díla Sociologie kultury (1981), která náleží k základním syntetickým pracím poskytujícím přehled a analýzu myšlení o vztazích kultury a společnosti. Anna Kloskowská je drobná, mírně shrbená, již velmi stará paní. Ovšem ve svých jasných formulacích naprosto přesně odlišuje podstatné od podružného a zbytečného. Dokáže stručně vysvětlit současný odklon ve výzkumu katedry od dřívější sémiotické orientace, tj. sledování kultury především jako znakových a symbolických systémů a jejich sdělování. Obrací se nyní k problémům hodnoty kulturních dějů a produktů, k významu symbolických prvků v životě člověka.

Tudíž otázky společenských a lidských hodnot, zájmů, obsahu a smyslu života skupiny i jednotlivce. Předmětem psychologického a sociologického bádání provázeného požadavky na hlubší filozofické zdůvodnění se stávají štěstí, nenávist, radost, důstojnost a zodpovědnost. Tak lze charakterizovat hlavní proudy společenskovo vědního uvažování, které nám polští kolegové představili. Navíc je zde patrný víceméně plynulý dialog se současnými směry evropského myšlení, což je v našich podmínkách stále spíš ideálem než skutečností. Postřehy z jednání v Krakově a ve Varšavě (jako ostatně každá trest zbavená svého okolí) v sobě skrývají body otevřené kritice. Než k ní přikročíme, je však třeba hrubý soubor informací nahradit důkladnějším poznáním celého společenského a kulturního pozadí, z něhož rostou. Hodnotově a zájmově orientované teorie mají samozřejmě své tradice i hranice, ovšem představují úsilí o překonání jednostrannosti, zjednodušování a výhradně „číselného“ přístupu k člověku.

V této souvislosti vzniká závěrečná otázka. Nebylo by možné ustavit (kupř. na bázi vědeckovýzkumných středisek ÚV SSM) mezioborové společenskovo vědní centrum, jehož cílem by bylo zprostředkovávat a zajišťovat kontakty mladých odborníků ze socialistických zemí a již formou seminářů, přednášek či výměnných stáží? Právě vzájemné diskuse a konfrontace, získávání a zpracovávání poznatků přímo v prostředí, kde vznikaly, je pravděpodobně jedním z neúčinnějších způsobů vědecké výchovy.

JIŘINA ŠMEJKALOVÁ

tví za to, že neobvyklý způsob zadání vůbec zvolili, a podpořit je, aby vytrvali. Samozřejmě jsme nečekali, že tento elaborát bude, tak jak je, přijat. Musí být přizváno ještě mnoho expertů včetně ekonomů, včetně veřejné diskuse, a pak by se teprve mohla zpracovávat definitivní verze. Bylo by třeba v rámci podskupin zpracovat problematiku právní, ekonomické, starých lidí, rodiny, mládeže...

Mlčení, které se rozhostilo, však nutně považujeme pouze za dočasné. Realizovat program je odbornější, lidštější a levnější než ho realizovat.

Názor krajského odborníka pro psychiatrii hlavního města Prahy uvádí, že některé dílčí návrhy z materiálu odborné skupiny vedené MUDr. et PhDr. K. Kalinou, CSc., budou dále zvažovány, upozorňuje však na nereálnost celého projektu vzhledem k nárokům celého čs. zdravotnictví a na to, že Program duševního zdraví pro Prahu do roku 2000 nepostihuje zdaleka všechny skupiny pacientů a nenavrhuje řešení jejich situace. Kromě toho konstatuje, že nová koncepce by znamenala rozbourání všeho toho, co bylo vybudováno za posledních téměř čtyřicet let.

Krajského odborníka pro psychiatrii jsme rovněž předběžně požádali o rozhovor do některého z příštích čísel, který by pomohl osvětlit širší souvislosti složité situace československé psychiatrie.

Připravil RADEK BAJGAR

osobnosti řešeny polskými společenskými vědami. Celou akcí, která poskytla příležitost k srovnávání různých přístupů a pojetí, podnítila polská Společnost interdisciplinárních analýz problémů osobnosti za podpory Svazu polských studentů.

O obsahovém zaměření napoví stručná charakteristika pořádající společnosti. Sdružuje převážně mladší pracovníky Polské akademie věd, univerzit i samostatně působící odborníky. Východiskem a současně programem práce jejích členů je snaha o překonání tzv. scientistního modelu společenských věd budovaného podle vzoru přírodních věd v průběhu XIX. a XX. století, který čím dál méně postačuje k vysvětlení současné společenské skutečnosti. Zaměřují se nejen na rozvíjení, ale i popularizaci humanistických tradic věd o člověku v polemice s jednostrannými behavioristickými koncepcemi, jež sledují „impulsy“ a projevy „chování“ namísto jeho motivů a hodnot. Za zásadní problém pokládá tento mezioborový tým pojetí člověka z hlediska jeho schopnosti rozvoje (tj. nikoli chování ani přizpůsobení) v konkrétních podmínkách společnosti, v níž žije. Vymezuje si dílčí tematické okruhy z filozofie člověka, axiologie, teorie a filozofie kultury, obecné psychologie a psychologie rozvoje, sociologie, zejména pak sociologie kultury, a v neposlední řadě humanisticky orientované psychiatrie. Volí dynamický přístup ke zkoumání osobnosti v procesu jejího „uskutečňování se“, a nikoli z perspektivy pouze staticky určených situací a struktur.

Společnost má zároveň cíle organizační, pořádá diskuse zaměřené na rozpracování mezioborových metod zkoumání společenských otázek, především formou mezinárodní výměny vědeckých pracovníků. Do její kompetence spadá i příprava sympozií

holem roztlouká výkladní skříně, otočí na druhé. Jedním z možných přístupů, který v této souvislosti rozpracovávají, je teorie tzv. pozitivní dezintegrace, kterou vyvinul nedávno zemřelý psycholog, psychiatr a filozof K. Dabrowski. Habilitoval se na Varšavské univerzitě, obdržel Rockefellerovu nadaci a řadu let pracoval v kanadské Albertě na empirickém výzkumu aspektů určujících rozvoj osobnosti. Zdroje jeho koncepce souvisejí s celým poválečným vývojem humanistické psychologie a antipsychiatrie. Svá zkoumání shrnul v mnohých vědeckých i vědeckopopulárních dílech, jako např. Pozitivní dezintegrace (1964), Mentální rozvoj (1970), Víceúrovňovost emocionálních a instinktivních funkcí (1972), Psychické zdraví a lidské hodnoty (1972); nevyhýbal se ani v psychiatrickém prostředí provokativním názvům Psychoneuroza není choroba (1972). Publikoval v Kanadě, Spojených státech, Velké Británii a samozřejmě v Polsku, k jeho teoriím se přihlásila řada žáků.

Dabrowski vycházel z praktických problémů léčení neuróz, ale rozváděl jejich metodologické důsledky pro sociologii, teorii kultury a pedagogiku včetně aspektů filozofických. V základě stojí myšlenka, že rozvrstvení struktur v určité vrstvě osobnosti může být provázen budováním jejích jiných vrstev, jež se vyznačují novými, složitějšími kvalitami a vlastnostmi. Tyto procesy se odehrávají především v životních krizích, konfliktech, v tzv. hraničních životních situacích. Jejich řešení a překonání může člověku otevřít nové cesty vnímání sebe i druhých, odhalit do té doby neznámé skutečnosti.

Dabrowského koncepce rozlišuje dále pět stupňů rozvoje, které může člověk v konfrontaci s krizovými životními situacemi dosáhnout. Polemizuje s klasickými vývojovými teo-



Snímek Jaromír Čejka