SOM DUŠEVNE CHORÝ A CHCEM PRACOVAŤ

I am mentally ill and I want to work

10: 247–482, 2008
ISSN 1212-4117

Beáta Balogová

Prešovská univerzita, katedra sociálnej práce, Inštitút edukológie a sociálnej práce

Abstrakt

As long as over the last 6 years, the Slovak Ministry of Labour, Social Affairs and Family is supporting employers, who are helpful in respecting equal chances under conditions of the Slovak market. This is the topic of establishing equal conditions not only for men and women, but also for handicapped, mentally ill people compared to healthy persons. The author offers a solution of the social situation of mentally ill people through the mediation of the multidisciplinary triad process, where the mentally ill person passes through three stages: patient – client – employee. Emphasize is put on effective and purposeful diagnostics based on directed theory of social work. The result is an example of good practice of helping the mentally ill people under Slovak conditions. The target of the contribution is to solve the situation of mentally ill individuals going from the role of the patient to the role of the client and finally to the role of the employee. Thus, the interventional process acquires its coordinated, complex and continuous features and its efficacy is enhanced. The example of Integra n. o. offers philosophy of taking care of mentally ill people where the method of therapeutic programmes improving the client self-confidence is employed: from the choice of ergotherapy to the life in the community by the form of protected accommodation, thus providing a quality social network in the form of self-helping and supporting groups. The autonomy of the patient is simultaneously respected in his/her independent activities and decisions, which acts as a counterbalance to the paternalistic approach to mentally ill people.

Key words: mental health – mental disease – handicap – integration – rehabilitation – community, patient – client – employee – therapeutic programme – ergotherapy – social diagnostics – protected workshop – protected working site

Souhrn

Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny SR už šiesty rok podporuje zamestnávateľov ústretových k rešpektovaniu rovností príležitostí v podmienkach slovenského trhu. Ide o vytváranie rovnocenných podmienok nielen pre mužova a pre ženy, ale aj pre znevýhodnených, ktorými sú duševne chorí ľudia vo vzťahu k zdravým. Autorka príspevku ponúka riešenie sociálnej situácie duševne chorých prostredníctvom ich liečby, resocializácie a následného zamestnania. Prostriedkom je multidisciplinárny triádny proces v ktorom duševne chorý prechádza fázami: pacient – klient – zamestnanec. Dôraz je kladený na efektívnu a účelnú diagnostiku vychádzajúc z adresnej teórie sociálnej práce. Výsledkom je ukážka dobrej praxe pomoci duševne chorým v podmienkach Slovenska. Cieľom príspevku je riešenie situácie duševne chorého jedinca, ktorý prechádza z roly pacienta, do roly klienta až k role zamestnanca. Intervenčný proces tak nadobúda svoju koordinovanú, komplexnú a kontinuálnu podobu a zvyšuje sa jeho efektívnosť. Príklad *Integry, n. o.,* ponúka filozofiu starostlivosti o duševne chorých, keď s klientom pracujeme metódou terapeutických programov zlepšujúcich sebaobraz, cez výber ergoterapie až po život v komunite formou chráneného bývania, čím vytvára kvalitnú sociálnu sieť vo forme svojpomocných a podporných skupín. Zároveň je rešpektovaná autonómia pacienta k jeho nezávislému a samostatnému konaniu a rozhodovaniu, ktorá je protiváhou k doterajšiemu paternalistickému prístupu k duševne chorým.

Kľúčové slová: duševné zdravie – duševná choroba – handicap – integrácia – rehabilitácia – komunita – pacient – klient – zamestnanec – terapeutický program – ergoterapia – sociálna diagnostika, – chránená dielňa – chránené pracovisko

„Jediný spôsob, ako si zaistiť príjemný život, je zaistiť príjemný život ostatným. Jediný spôsob, ako zaistiť príjemný život, je správať sa k nim, ako keby sme ich milovali. A jediný spôsob, ako sa k niekomu správať, ako keby sme ho milovali, je naozaj ho milovať."

Jeremy Bentham

Už od čias prvej Československej republiky môžeme datovať začiatky sociálnej práce s duševne chorými. Na Slovensku duševne chorí ľudia po odchode z nemocnice alebo sanatória pracovali na dedine, na statku, kde sa zapájali do každodenných pracovných činností, participovali na všetkých aktivitách nielen rodiny, ale aj celej komunity – obce. Ponúkaná diskusia smeruje k nazeraniu na duševne chorého v troch dimenziách duševne chorý ako: pacient – klient – zamestnanec.

Toto široké spektrum prístupu k duševne chorému naznačuje „šírku a výšku horizontálnej aj vertikálnej pomoci". Napriek týmto prechodovým stupňom nazývame nášho duševne chorého klientom a v priebehu sprevádzania sa zamyslíme nad niekoľkými otázkami. Koho považujeme za duševne chorého, aké teórie budú východiskové pri výbere prístupu, ako diagnostikovať a kedy, ktoré intervenčné opatrenia sú najefektívnejšie, aký proces evaluacie voliť pri hodnotení efektívnosti a účelnosti intervenčných opatrení... a zároveň poukážeme na príklady dobrej praxe.

Proces práce s duševne chorým je špecifický tým, že klient prechádza niekoľkými fázami, od vzniku ochorenia (respektíve recidívy), cez liečbu, terapiu, socioterapiu až po opätovné začlenenie – resocializáciu duševne chorého do života. V procese integrácie zohráva veľmi dôležitú úlohu možnosť pracovného uplatnenia. Každá z týchto fáz je relatívne samostatnou časťou so svojimi etapami od dokumentácie, cez diagnostiku, výber intervencie, samotnú implementáciu pomoci až po zhodnotenie – evaluaciu. Napriek už menovanej relatívnej samostatnosti sa tieto fázy navzájom prelínajú. Odborníci participujúci na intervencii si následne odovzdávajú svoje skúsenosti a spolu kooperujú častokrát pri tímovom riešení problému – „klientska konferencia". Tieto podmienky si potom vyžadujú špecifický prístup od všetkých zúčastnených, zachovanie svojej profesionality a pomyselných hraníc rešpektujúc celý tím za účelom efektívnej pomoci klientovi. Našim zámerom je poukázať na určité špecifiká práce s duševne chorými, poukázať na jednotlivé úskalia, slabé miesta, ktorých poznanie a zvládnutie môže byť predpokladom úspechu (hoci pojem úspech je v tomto prípade diskutabilný), skôr môžeme hovoriť o zlepšení možnej kvality klientovho života.

Duševné zdravie a duševne ochorenie

Prognózy Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) upozorňujú, že duševné poruchy budú krízou 21. storočia. Zdravie už nie je len individuálnou záležitosťou, ale celospoločenskou a dotýka sa to nás všetkých. Preto v januári 2005 na Európskej ministerskej konferencii o duševnom zdraví v Helsinkách 52 zúčastnených štátov podpísalo Európsku deklaráciu a akčný plán pre duševné zdravie. Osôb s duševným ochorením v našej spoločnosti neustále pribúda a je potrebné situáciu adekvátne riešiť. Duševne chorí sú ľudskými bytosťami a sú obdarení rovnakými zmyslami a stupňom dôstojnosti ako zdraví ľudia. Ako sa podarí zachovať ľudskú dôstojnosť závisí od spoločnosti a jej prístupu k duševnému zdraviu.[1] K tomuto úsiliu prispel aj vznik disciplíny psychológie zdravia.[2]

SZO v rámci psychológie zdravia definuje duševné zdravie ako stav, keď všetky duševné pochody prebiehajú optimálnym spôsobom, harmonicky, umožňujú správne odrážať vonkajšiu realitu, primerane a pohotovo reagovať na všetky podnety, riešiť bežné i neočakávané úlohy, stále sa zdokonaľovať a mať z toho pocit uspokojenia. Čo ľudia rôzneho zamerania chápu pod pojmom zdravie: lekár – pojmom zdravie rozumie neprítomnosť choroby či úrazu; sociológ – pod pojmom zdravý človek rozumie takého človeka, ktorý je schopný dobre fungovať vo všetkých jemu príslušných sociálnych rolách; humanista – slovami zdravý človek označuje takého človeka, ktorý je schopný pozitívne sa vyrovnávať s životnými úlohami, ktoré sa mu naskytnú; idealista – si pod pojmom zdravý človek predstavuje človeka, ktorý je na tom dobre telesne, duševne, duchovne i sociálne. Inú definíciu ponúka J. Melgosa (1998, s. 52), ktorý píše, že „duševné zdravie je ťažko presne definovať, pretože hranica medzi zdravým a chorobou sa nedá presne vymedziť." Tvrdí, že človek je duševne zdravý, „ak je primerane spokojný sám so sebou, ak má dobré vzťahy s inými a ak je

schopný riešiť každodenné problémy, ktoré prináša život".

V tejto súvislosti Mária Jahodová (1955) definuje duševné zdravie v šiestich rozmeroch:

a) pozitívny postoj k sebe,
b) zdravý stupeň sebaaktualizácie,
c) vyvinuté syntetizujúce funkcie,
d) autonómia,
e) primerané vnímanie reality,
f) zvládanie vonkajšieho prostredia.

Opakom duševného zdravia je duševná choroba. P. Hartl a H. Hartlová (2000) popisujú chorobu ako poruchu harmónie organizmu a jednou z príčin môže byť i porucha psychickej rovnováhy. V Slovníku sociálnej práce (2003) nachádzame doplňujúcu definíciu, že zdravie nie je len neprítomnosť choroby. Oproti tomu je duševná choroba porucha duševnej funkcie, hypofunkcia, hyperfunkcia, dysfunkcia alebo úplná strata funkcie. Slovník sociálnej práce (2003), Psychologický slovník (2000) i mnoho ďalších autorov stotožňuje termíny duševná (psychická) porucha a choroba. Podľa WHO je duševná porucha – choroba „klinicky preukázateľná zmena duševnej činnosti, ktorá vyradzuje človeka z práce, spoločenského života, či zodpovednosti pri právnych úkonoch" (Psychologický slovník, 2000, s. 424). Zmena sa môže prejaviť v zmenene myslenia, pocitoch, správania človeka, čo znemožňuje jeho adaptáciu a interakciu s jeho okolím. Duševná choroba sa potom prejavuje ako zjavná porucha duševnej činnosti natoľko špecifickej v klinických prejavoch, že je spoľahlivo rozoznateľná podľa zhodne definovaných znakov a natoľko závažná, že spôsobuje stratu pracovnej schopnosti, sociálnej kapacity, alebo oboch, a to v takej miere, že sa môže vyjadriť dĺžkou pracovnej neschopnosti alebo neschopnosti zúčastniť sa na rôznych pracovných, či iných sociálnych činnostiach. Kto je potom chorý človek:

1. stačí, aby sa u človeka prejavoval subjektívny pocit choroby;
2. existuje spoločenské meradlo choroby;
3. existuje medicínske hľadisko, prejavy, príznaky určitej choroby.

Vymedzujúc tento referenčný rámec je potrebné poukázať na závažné aspekty, že duševné poruchy sú späté so stigmatizáciou. Najmä laici považujú za duševnú chorobu väčšinou extrémne typy správania. Pod termínom sociálna stigma sa vo všeobecnosti rozumie určité znamenie hanby či menejcennosti, čo vedie k odmietaniu jeho nositeľa (Nawka et al., 1998, s. 28). Stereotypy duševne chorého zahŕňajú poväčšine negatívne vlastnosti, ako sú nespoľahlivosť, čudáctvo, neistota, agresívnosť a pod. Ak sa nám nepodarí preklenúť tieto stereotypy, ťažko si uvedomíme, že je to človek, ktorému chceme pomôcť k naplneniu jeho životných hodnôt. Ak má porucha a z nej vyplývajúce obmedzenie dopad na spoločenskú realizáciu občana, ak mu bráni vykonávať príslušné sociálne funkcie a zaraďovať sa do očakávaných sociálnych vzťahov, rolí, potom hovoríme o znevýhodnení – handicape (Repková, 1998, s. 13). Na rozdiel od handicapu sa porucha vymedzuje ako akákoľvek strata alebo abnormalita v psychickej, fyziologickej alebo anatomickej štruktúre alebo funkcii. Pri obmedzení sa zaujímame o ujmu alebo nedostatočnú schopnosť spôsobenú poruchou, ktorá znemožňuje občanovi vykonávanie niektorých bežných činnosti takým spôsobom a v takom rozsahu, ktorý je pre človeka bežný. Následne potom pojmom handicap označujeme sociálne dôsledky vyplývajúce z chyby, postihnutia, alebo oslabenia. Ide o znevýhodnenie určitého jedinca v dôsledku postihnutia, ktoré obmedzuje jeho možnosti spoločenského uplatnenia. Je závislé od veku, pohlavia, vzdelania, kvalifikácie a ďalších sociálnych a kultúrnych faktorov. Handicapy môžeme orientačne rozdeliť do nasledujúcich skupín (Tokárová, et al 2002, s. 515): handicap v orientácii; handicap vo fyzickej nezávislosti; handicap v zamestnaní; handicap v sociálnej integrácii; handicap v ekonomickej sebestačnosti.

Univerzálne použiteľnou jednotkou pre účely kompenzácie sa v slovenskej praxi stala miera funkčnej poruchy vyjadrujúca nedostatok telesných, zmyslových alebo duševných schopností určitého stupňa vyjadrená v percentách od 0 do 100%. Predpokladá sa, že nedostatok bude trvať najmenej rok, čím sa oddiferencuje zdravotné postihnutie od aktuálnej poruchy zdravia – choroby (Repková, 1998, s. 13). V tomto percentuálnom vyjadrení miery funkčnej poruchy je zobrazené percentuálne vyjadrenie poškodenia zdravia jednotlivca spoločnosti, či už ide o duševné alebo telesné zdravie.

Príčiny vzniku duševných porúch

Za základné príčiny psychických porúch bývajú označované dedičnosť a prostredie, no máloke-

dy ide len o tieto príčiny. Zväčša je to zmes faktorov, ktoré na jedinca pôsobia. Duševný vývin je daný rozvojom vrodených dispozícií v interakcii s pôsobením prostredia. Dôležitým faktorom je význam jednotlivých životných vývinových období, ktoré na seba navzájom nadväzujú. Každý jedinec musí dosiahnuť určitý cieľ, dostať sa na určitý stupeň, ak sa tak nestane, môžu nastať odchýlky vo vývine. Dôležitou skutočnosťou je aktivita jedinca, pretože nie je pasívnym príjemcom akýchkoľvek podnetov, ale aktívne pretvára naňho pôsobiace prostredie a vplyvy (Vágnerová, 2002). V tomto kontexte P. Hartl a H. Hartlová (2000) vymenovávajú najčastejšie príčiny duševných porúch: genetické, organické, chemické, pôsobením vedomých a nevedomých konfliktov, chybným učením a vplyvom situácie. Podiel dedičnosti a prostredia na vzniku psychickej odchýlky býva rôzny. Genotyp ako súhrn dedičných predpokladov určuje predispozíciu k vzniku normálnej, či patologickej vlastnosti organizmu. Psychická vlastnosť je výsledok zložitého vzťahu genotypu a prostredia, ktoré sa mení, mení sa kvalita i čas. Od kvality a kvantity stimulov prostredia závisí ich konkrétny prejav, pritom platí „čím je genetická odchýlka od normy závažnejšia, tým menej sa tu môžu uplatniť vplyvy prostredia“ (Vágnerová, 2002, s. 24). Autorka ďalej uvádza dedenie psychických vlastností polygénnym[3] a heterogénnym spôsobom.[4] Súčasne rozlišuje tri základné varianty prenosu duševných porúch: chromozomálna aberácia, ktorej základom je porušený počet a štruktúra chromozómov (napr. Downov syndróm); monogénne poruchy, ktoré sú spôsobené génovými mutáciami (napr. Alzheimerova demencia); multyfaktoriálne poruchy podmienené jednak génovými faktormi, ale i vplyvom prostredia (napr. výška inteligencie). Rovnako poukazuje na ďalšie vplyvy, ako je: a) vplyv prostredia v prenatálnom období, kedy na jedinca majú účinok teratogénne faktory – fyzikálne, chemické i biologické (napr. mechanické poškodenie plodu, účinok drog, alkoholu, vírusy...), riziko poškodenia je v prvom trimestri tehotenstva najvyššie, potom klesá; b) vplyv prostredia v postnatálnom vývoji, kedy ide najmä o somatogénne (ochorenia a postihnutia) a psychogénne vplyvy (distres, frustrácie, konflikty...).

Problém klasifikácie psychických porúch spočíva v ich triedení a kritériách. Na základe nedávneho teoretického skúmania a praxe došlo k zásadným zmenám a revízii týchto klasifikácií. Jednotný názor a prístup neexistuje ani ku klasifikácii psychických chorôb, ale vplyvom globalizácie postupne dochádza k približovaniu jednotlivých triedení.

Americká klasifikačná sústava mentálnych porúch bola vypracovaná pod záštitou Americkej psychiatrickej asociácie (APA) v roku 1952 a poslednýkrát bola revidovaná v roku 1996 Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM – IV). Má päť základných dimenzií: klinické poruchy (s výnimkou porúch osobnosti); poruchy osobnosti, vývojové problémy; všeobecné biologické podmienky mentálnych porúch; psychosociálne a enviromentálne problémy; súčasná úroveň fungovania vyjadrená na škále od 1 do 100 bodov (Nakonečný, 2003).

Odlišný systém klasifikácie predstavuje Internal Classification of Disease (ICD – 10), ktorý je vydávaný WHO. Na našom území a v Českej republike sa však používa označenie MKN, resp. MKCH, čo je Medzinárodná klasifikácia nemocí – chorôb. V roku 1997 došlo už k jej desiatej revízií pod vplyvom DSM a podľa Psychologického slovníka (2000) ide o medzinárodne uznávaný kompromis medzi všetkými smermi. Toto delenie uvádza základné kategórie psychických porúch prostredníctvom javov a sústav syndrómov: úzkostné poruchy; somatoformné poruchy; disociatívne poruchy; poruchy nálad; schizofrenické poruchy a poruchy osobnosti.

Klasifikáciu českých psychiatrov reprezentuje M. Nakonečný (2003), ktorý ich člení na:

- organické psychické poruchy (pri cievnych ochoreniach mozgu a jeho poraneniach, syfilis, Alzheimerova choroba, oligofrénia...),
- endogénne psychické poruchy (schizofrénia, paranoja, parafrénia, depresia, generačné psychické poruchy...),
- psychogénne psychické poruchy (neurózy, psychózy, patický vývoj osobnosti, zlozvyky – toxikománia, alkoholizmus...).

Priekopník starostlivosti o duševne chorých Pinel (in: Lojanová, 1997, s. 9) prináša vlastnú klasifikáciu duševných porúch: mánia (poruchy vedomia a bludy); melanchólia (poruchy v zameraní na jeden okruh bludov a neskôr aj

paranoidné poruchy); demencia (porucha rozumu a najmä koherencia myslenia); idiotizmus (hlboký stupeň oligofrénie). K tejto klasifikácii sa neskôr pridala degenerescencia, stavy degradovania osobnosti vrátane toxikomanov.

Dôležitým faktorom pri sledovaní príčin a výskytu duševných porúch je skutočnosť, že vývoj nastáva i v posudzovaní psychických porúch a následne k úpravám jednotlivých klasifikácií[5], čo sa premietne do sociálnej diagnostiky a do sociálnej intervencie.

Teórie sociálnej práce a sociálna diagnostika

Sociálna práca v oblasti starostlivosti o duševné zdravie je súčasťou intervencií, ktoré môžu mať rôzny rozsah aj rôzne ciele, od obnovenia stavu duševnej rovnováhy (napr. krízová intervencia) až po oblasť dlhodobého liečenia duševných porúch (Probstová, 2005). Napriek tomu, že priebeh duševnej choroby môže byť významne ovplyvnený sociálnymi faktormi (Rahn, Mahnkopf, 2000, in: Probstová, 2005) a zvlášť duševne chorí potrebujú najviac odbornej a inej pomoci, bývajú „neatraktívnymi" terapeuticky a sú objektmi stigmatizácie, ktorá sa dotýka nielen cieľovej skupiny, ale i profesionálov, ktorí s nimi pracujú. Avšak kvalifikovaná práca sociálneho pracovníka je v multidisciplinárnom tíme nielen nezastupiteľná, ale v niektorých fázach života duševne chorého primárna. Sociálny pracovník stojí pred hrozbou vlastnej stigmatizácie zo strany okolia, ku ktorej pristupuje ako tvrdí J. G. Barber (1991) tak, že tlaky profesionálneho postavenia ovplyvňujú a ohraničujú sociálnu diagnostiku, ktoré sú spojené s relatívne nízkym postavením sociálnych pracovníkov v porovnaní s inými profesionálmi, čo vedie k „večnému zaslepeniu sociálnej práce postavením profesionála" (1991, s. 25) a následnej predpojatosti u psychoterapie a rodinnej terapie ako vyzdvihovaným aktivitám medzi pomáhajúcimi profesiami. Tým sa dostávame k ďalšiemu problému a to k „psychologizovaniu" sociálnych problémov. Preto je dôležité, aby sme jasne vymedzili „sociologické" a vyvrátili trend k zjednodušovaniu sociálnych problémov, dokonca k ich premieňaniu zámerne na „psychologické". Domnievame sa, že významnú úlohu tu môže zohrať práve kvalitná sociálna diagnostika. J. G. Barber (1991) v tejto súvislosti jasne zdôvodňuje, že takéto a podobné zamieňanie, respektíve nerešpektovanie hraníc prináša ďalšie negatívne dôsledky. Hovorí, že externé ťažkosti zapríčiňujú a spôsobujú interné ťažkosti. „Sociálne" sa často stáva „psychologickým" a naopak; problémoví jedinci si napríklad vyvinú „naučenú bezradnosť" a samotné zlepšenie vonkajších zdrojov nemusí byť užitočným riešením. Sociálni pracovníci preto musia popri poukazovaní na chyby v sociálnom systéme tiež mať na pamäti, že mnohé ťažkosti majú tiež individuálny rozmer. Následne mnohí sociálni klienti buď „nemajú silu hľadať riešenia svojich problémov, alebo sú „prinútení súdmi poddať sa sociálnej práci" (Barber, 1991, s. 29). Pre oba prípady je bežná nedostatočná kontrola niektorých dôležitých udalostí v ich životoch, a preto je vhodná „psychológia zodpovednosti za seba". Bezmocnosť vytvára zúfalstvo, ľahostajnosť a letargiu, ľudí preberajúcich názory utláčateľov, obviňujúcich sa a vyvíjajúcich nefunkčné sebaobranné myšlienkové procesy a správanie, až, podľa slov Freire (1972, in: Milner, O´Byrne, 2002), „utláčateľ žije vo vnútri". Kvalitná diagnostika preto udržiava starostlivú rovnováhu sociálneho a psychologického, pretože „teórie sociálnej práce, ktoré sa vyhýbajú alebo popierajú potrebu individuálnych zmien, majú tendenciu byť takisto nevhodné ako prístupy, ktoré znižujú všetky ľudské problémy na úroveň psychopatológie" (Barber, 1991, s. 31).

V tomto momente stojíme pred ďalšou križovatkou výberu teórie sociálnej práce a realizácie vhodnej sociálnej diagnostiky. Podľa J. Milnera, P. O´Byrnea (2002) práve existencia alternatívnych a často súperiacich teórií o ľudskom správaní a ľudských problémoch pridáva významnú komplexnosť tejto úlohe vybrať explicitnú teóriu. Cieľom je poukázať na pôsobenie sociálnej práce. Pretože jedna teória bude vyhovovať viac než iná v nazeraní jednotlivých sociálnych pracovníkov na ľudí a ich ťažkosti, ako aj na „charakter týchto ľudí" (Aggleton a Chalmers, 1986, in: Milner, O´Byrne, 2002). Chceme zdôrazniť aj riziká používania teórií, pretože veľká časť teórie sa môže použiť opresívne, keď ju sociálni pracovníci používajú, ako keby bola pravdou pre konkrétne situácie klienta. Väčšina z nich je kultúrne ovplyvnená a prezentovaná ako „istejšia", než v skutočnosti je. Teórie nám pomáhajú rozvíjať zverejnené názory tým, že zvyšujú naše chápanie pravdepodobných vzťahov medzi udalosťami v živote ľudí, dopadu osobného života a sociálneho zá-

zemia a súčasných potrieb a správania sa a keď sa pridajú k nášmu uvedomeniu si zdrojov núdze, vonkajších zdrojov – ako sú útlak, alebo vnútorných, ako je vina, potom nám môžu pomôcť pochopiť hodnoty implicitné v motivácii človeka a vo význame úloh ľudí v živote a ich očakávaní. Pri výbere teórie u konkrétneho klienta s duševným ochorením je potrebné výber zamerať ako keby na „mieru klienta", zvlášť s dôrazom na poznanie jeho hodnôt, potrieb a motivácie.

Výber teórie ani žiadna diagnostika by nemala byť „raz a navždy daná pre všetkých" – je to pokračujúci proces, ktorý sa zdokonaľuje s prebiehajúcimi intervenciami. Prepracováva sa tiež vtedy, keď je práca formálne posúdená a vyžaduje opätovné posúdenie, keď sa plánuje jej ukončenie. Ostáva aj naďalej v centre našej pozornosti, keďže efektívnosť sa hodnotí po ukončení práce. Nikdy sa však nevylučujú iné možnosti. Hovoríme, že radšej než sa snažiť „dokázať" hypotézy, snažíme sa ich „zdokonaliť" – a dôkaz príde až vtedy, keď je práca zhodnotená. Ideálne je, že potrebujeme rozvíjať súperiace hypotézy a hľadať dôkaz, aby sme ich vyvrátili, pretože „spolu s neistotou prichádza nádej na zmenu", alebo prinajmenšom preto, že takýto prístup by odstránil riziko veľkej nepresnosti. Prílišné spoliehanie sa na teóriu je v rozpore s tým, čo Pozatek (1994, s. 397, in: Milner, O´Byrne, 2002) nazýva „princíp neistoty", lebo práve akt pozorovania mení to, čo je pozorované. To by nás malo inšpirovať k otázke, ako môžeme povedať, že to, čo vidíme, je to, čo tam bolo predtým, ako sme to videli. Bez uvedomenia si tejto ťažkosti pracovníci môžu rozšíriť informáciu a „iniciovať a podporovať patologizujúci rozhovor" (Pozatek, 1944, s. 398, in: Milner, O´Byrne, 2002), ktorý je opresívny. Napríklad pri aplikácii teórie pripútania sociálny pracovník postupuje nasledovne. Pomocou kontrastu, konštrukcionalista pristupuje k práci s užívateľmi služby spôsobom, ktorý je úctivý k jedinečnosti života každej osoby a chápaniu jeho/jej života. Táto zmena v perspektíve je potrebná na to, aby sme „brali do úvahy nepredvídateľnosť a náhodnosť, ktoré sú súčasťou každodenného života" v každej kultúre. Avšak diagnostika, ako hovoria J. Milner, P. O´Byrne, (2002), vykonaná profesionálmi je príliš často daná do súladu so statusom pravdy a výsledné závery sú akceptované ako pravda. Diagnostika by mala byť skôr kvalitatívna než kvantitatívna štúdia a mala by to byť skôr „zmysluplná" činnosť než smerovanie k naivnej realistickej gnozeológii. Pod vplyvom postmoderných hľadísk veríme, že ani jedna teória nemôže úplne vyjadriť pravdu a že je pluralitou právd. Pravdu môžeme iba interpretovať (Parton a Marshall, in: Milner, O´Byrne, 2002) a istota je iluzórna.

Pri zvažovaní faktorov, ktoré ovplyvňujú výber teórie v praxi sociálnej práce, domnievame sa, že prispôsobenie sa originálnym údajom alebo typu problému má najväčší vplyv na výber teórie. Napríklad myšlienky rodinnej terapie „sa zhodujú" s problémami rodinných vzťahov, rodičovské problémy „sa zhodujú" s pojmami nácviku zručností, prístup zameraný na úlohu zahrňuje určité spôsoby, ako sa pozerať na interpersonálne vzťahy a behaviorálne problémy „sa priraďujú " k prístupom modifikácie správania. Avšak zneužitie materiálu by sa mohlo rovnako „zhodovať" s behaviorálnym prístupom alebo s kognitívnym prístupom, ako je práca zameraná na riešenie a citové poruchy ako depresia sa „zhodujú" s kognitívnou analýzou ťažkostí alebo psychodynamickými interpretáciami. Potrebujeme zosúladiť nielen údaje s analytickými „mapami", ale aj s našimi analýzami a analýzami samotných užívateľov služby – okrem tých, ktoré sú jasne v rozpore s potrebami alebo právami iných. Existencia adekvátnej „zhody" medzi pôvodnými údajmi a intervenciou nemala by byť nevyhnutne normatívna.

Možno druhým najväčším vplyvom na diagnostiku sú skutočné služby, ktoré sú dostupné, a kritériá ich vhodnosti, dokonca aj vtedy, keď ešte len vedú ľudí k výberu najlepšej alternatívy (Wright, et al., 1994, in: Milner, O´Byrne, 2002). Intervencie, ktoré pracovník môže osobne vykonať, a jeho vysvetľovanie môžu ovplyvniť výber teórie.

Alternatívny spôsob výberu najužitočnejšej intervencie zahrňuje nasledujúce kroky. Po stretnutí s potenciálnym užívateľom služby a na základe vzniknutej dôvery sa vytvorí tok informácií alebo údajov, ktoré sme si pozorne vypočuli, a môžeme sa začať pýtať: „Kde sa nachádza problém/potreba/riešenie – mimo užívateľa služby, v užívateľovi služby alebo medzi užívateľom a inými?" Inými slovami, je to extrapersonálne, intrapersonálne alebo interpersonálne? (Sainsbury, 1970, in: Milner, O´Byrne, 2002).

Rôzne metódy práce samozrejme môžu trvať dlhší či kratší čas, a keďže našou premisou je, že diagnostika je užitočnejšia – efektívnejšia, ak sa zhoduje so zamýšľanou intervenciou, pracovníci budú podporovať myšlienky krátkej terapie. Cítime, že nemá zmysel robiť freudovskú analýzu, ak nie sú ani čas ani odborné schopnosti na vykonanie príslušnej intervencie. Preto je na samotnom sociálnom pracovníkovi, akú temporalizáciu vo vzťahu ku klientovi zvolí.

Ďalším dôležitým aspektom, ktorý môže byť zmätočný pre diagnostikujúcich sociálnych pracovníkov, je vzájomné prekrývanie teoretickej analýzy a zhromažďovania údajov. Toto nastáva preto, že určitý teoretický prístup, ktorého sa sociálny pracovník implicitne pridržiava, ovplyvňuje otázky, ktoré sú kladené, keď chceme dosiahnuť hlboké pochopenie. Furma a Ahola (1992, in: Milner, O´Byrne, 2002) tvrdia, že to nie je pravda, pokiaľ ide o teóriu stanovenú na základe výskumu alebo nejakého dôležitého hodnotového systému, ale na základe užitočnosti otázok, ktoré z nej vyplývajú. Demonštrujú to použitím úplne fiktívnej teórie a poukázaním na to, ako to môže viesť k užitočnej analýze.

Thompson (1999) diskutuje o „nesprávnych záveroch praxe bez teórie" a ukazuje, ako komplexné kroky nemožno oddeliť od myslenia. Neobracia sa iba ku „knižnej teórii", ale aj k neformálnej teórii, ktorá zdôrazňuje vysvetľovanie udalostí ľuďmi. Je to iba vtedy, keď si uvedomíme, aké myšlienky ovplyvňujú naše skutky a my ich skúmame. Ak si to neuvedomíme, riskujeme, že sa staneme dogmatikmi. Keďže sociálni pracovníci by mali vedieť, prečo kladú určité otázky, v diagnostike potrebujú vedieť jasne ich formulovať a zároveň vedieť, aká „teória" riadi ich otázky.

Výsledkom je vylepšenie sveta, vytváranie neustáleho pokroku a poznanie, kedy našli pravdu o záležitosti, o ktorú „naozaj" išlo. Avšak v tomto veku postmodernizmu, sa na subjektívne závery jednotlivcov, ktorí prežívajú ťažkosti, dívame ako na ústredné a na ich „príbehy" sa dívame ako na závažné. Ich atribúty a vysvetlenia sú súčasťou reality a dokonca tvoria realitu. Keďže existuje skepticizmus o tom, že vieme nájsť „pravdu", to hlavné je súčasne pôsobiaca vytvorená „pravda" o tejto osobe a to ako tematická „mapa" nám môže pomôcť spolu s touto osobou vytvoriť nápomocnejšiu a závažnejšiu úvahu. Je zaujímavé, že Freud neskôr vo svojom živote presunul dôraz z historickej pravdy na „rozprávačskú pravdu". Esencialisti cítia, že pravda je niečo vonkajšie voči osobe a niečo, čo osoba môže zvažovať objektívne, kým konštrukcionalisti to vidia ako niečo, čo je vytvorené predstavami, myšlienkami, konštrukciami/pojmami, vierou, kontaktmi, slovami a jazykom „of the knower". My sme „autormi" svojich životov, a ak nás neuspokojujú, môžeme ich „prepísať". Náš klient má svoju vlastnú pravdu, ktorú nám ponúka, prináša do procesu a našou úlohou je porozumieť jeho pravde, aj napriek tomu, že môže byť pre nás „nepochopiteľná" (zvlášť ak sme ho ešte neprestali vnímať ako nekompetentného, s čím sa v praxi často stretávame).

Prístupy k duševne chorým

Mnohé duševné poruchy sa stávajú chronickými alebo recidivujúcimi, nakoľko človek nie vždy, ochotne a včas vyhľadá pomoc. Hlavnou príčinou je stigmatizácia, diskriminácia a nevšímavosť voči týmto ľuďom, ktorá im bráni vo vyhľadaniu adekvátnej odbornej starostlivosti a liečby. Ešte aj v 21. storočí, kde existuje veľké množstvo účinných psychofarmák a liečebných metód, sú takmer dve tretiny ľudí s už diagnostikovanou duševnou poruchou neliečených. Každého z nás sa môže problematika duševných porúch dotknúť osobne a mali by sme ich vnímať ako súčasť ľudského bytia. Proti duševnej chorobe nie je nikto imúnny.

Tolerancia voči duševne chorým je menšia než voči telesne postihnutým. Ľudia s duševnou poruchou „trpia potichu" a sú opustení, často osamelí. Za ich utrpením sa skrýva hanba, vylúčenie zo spoločnosti, suicidita. Všetky duševné poruchy môžu zapríčiniť vážnu invaliditu. Duševná choroba nie je osobným zlyhaním toho, koho postihuje. Duševne chorí netrpia v tomto prípade len samotnou chorobou, ale aj tým, že ich sociálne a ekonomicky vytláčame na okraj. Stigma pôsobí ako bariéra, ktorá zabraňuje týmto ľuďom vyhľadať odbornú pomoc. Pritom sa jedna alebo viac duševných chorôb a porúch správania vyvinie u jedného zo štyroch obyvateľov zeme. Význam modernej sociálno-psychiatrickej starostlivosti nesúvisí len s častosťou výskytu psychiatrických ochorení, ale musí mať na pamäti i veľké subjektívne utrpenie duševne chorého. Aj v miernejších prípa-

doch môže psychiatrická liečba podstatne prispieť k zlepšeniu kvality života človeka s duševným ochorením a jeho okolia, ktoré často tiež sekundárne trpí (Hašto et al., 1999, s. 27).

Každá choroba otvára dvere k celkom neznámym a neopísateľným zážitkom, pre ktoré je potrebné vytvoriť nové prístupy. Vždy je tu však možnosť vrátiť sa aj s chorobou do pôvodného sveta, v ktorom sme žili doteraz. Musíme však vedieť „chorého" vrátiť na tú správnu cestu a prijať ho medzi seba. Sprievodcom po tejto ceste býva v prvom rade pochopenie a pomoc rodiny, priateľov, chápavý a obetavý lekár, psychoterapeut, sociálny pracovník, respektíve poradca.

Vo vzťahu spoločnosti k duševne chorým už síce nastal pokrok, no napriek tomu ho nemožno hodnotiť ako uspokojivý. Neprekvapuje preto, že Svetová federácia duševného zdravia vyjadrila v Luxorskej deklarácii ľudských práv duševne chorých, že osoby diagnostikované profesionálmi alebo verejnosťou ako duševne choré majú všetky práva ako ostatní členovia spoločnosti, a predovšetkým právo na dôstojnosť, humánne a kvalifikované liečenie na úrovni súčasných poznatkov a v prípade nedobrovoľného prijatia, či obmedzovania osobnej slobody právo na odvolanie sa a nestranné posúdenie svojho stavu.

Na druhej strane terapia a rehabilitácia sú dôležité pre podporu zvládnutia individuálnych, rodinných a sociálnych úloh. Implikujú dôkladnú analýzu funkčných kompetencií, podporu interakcii v rodine a v sociálnom poli. Cieľom je pacienta vyliečiť v zmysle jeho psychopatologických nápadnosti a čo najviac sociálne (re) integrovať (Nawka et al., 1999, s. 5).

Aby nedochádzalo k ďalšiemu poškodzovaniu zdravia, jednou z možnosti jeho udržania a zlepšenia je aj rehabilitácia. K. Repková uvádza, že (1998, s. 164) rehabilitácia sa vzťahuje „na proces, ktorého cieľom je umožniť zdravotne postihnutým osobám, aby dosiahli a udržali si optimálnu telesnú, zmyslovú, rozumovú, duševnú a/alebo sociálnu úroveň funkcií, a tým im umožniť zmenu v živote smerom k dosiahnutiu väčšej nezávislosti". Aby u jedinca došlo k dosiahnutiu tejto nezávislosti, musí sa integrovať do spoločenského a pracovného prostredia.

Výsledkom rehabilitácie by mala byť integrácia, ktorá je plné splynutie handicapovaného jedinca so spoločnosťou zdravých ľudí, a to vo výchove, vzdelávaní v pracovnom uplatnení a spoločenskom súžití (Tokárová et al., 2002, s. 465). Pod pojmom sociálna integrácia chápeme proces, v ktorom sa človek stáva „občanom" a ktorý sa bezosporu týka každého jednotlivca, bez ohľadu na jeho osobitosti akéhokoľvek druhu (pohlavie, vek, rasa, náboženstvo, zdravotný status) (Repková, 1998, s. 19). Od prvých minút narodenia je každý človek „občanom". A hneď od začiatku je začlenený do spoločností, skupiny, obce – tzv. Komunít.[6]

Duševné poruchy zasahujú osobnosť človeka, predovšetkým jeho myslenie, správanie, konanie, vnímanie a cítenie. Dôsledkom je zhoršenie schopnosti duševne chorého človeka udržať si vzťahy, zachovať zamestnanie, či riešiť bežne sociálne požiadavky života. Podpora duševného zdravia sa orientuje na vzdelávanie a prevenciu, šírenie osvety zameranej na odstránenie predsudkov a zábran.

Aj keď v súčasnom období starostlivosť o duševné zdravie napreduje, stále žijeme v systéme, kde väčšina hospitalizovaných klientov je liečená v psychiatrických liečebniach. Uvedomiť si význam komunitných služieb[7] je dôležité z hľadiska opätovnej integrácie klienta do spoločnosti, redukcie stigmy, porušenia ľudských práv.

Na Slovensku bolo v roku 2001 evidovaných približne 200 000 ľudí s duševnou poruchou. Za poslednú dekádu v roku 2002 sa na Slovensku výrazne zvýšil počet nových prípadov zaevidovaných duševných porúch. Pre porovnanie – v roku 1992 bolo v SR zaevidovaných 58 119 nových prípadov v roku 2002 to bolo 76 915 prípadov. Z toho asi 70 % predstavovali ľudia v produktívnom veku od 18 do 65 rokov. Medzi najčastejšie príčiny priznania invalidných dôchodkov na Slovensku patria dlhodobo choroby obehovej sústavy, duševné choroby a nádory. V súčasnej dobe neexistuje na Slovensku prehľad o skutočnej epidemiologickej situácii v oblasti duševného zdravia. Existujú len sondy v špecifických oblastiach. Ide o vážny nedostatok, pretože základné údaje o chorobnosti sa týkajú len tej časti populácie, ktorá navštívi odborníka – psychiatra, psychológa. Skrytá chorobnosť nie je skúmaná a nie sú známe informácie o iných súvisiacich ochoreniach [cit.: 2008-07-10].

V roku 1991 bola na Slovensku vypracovaná reforma psychiatrickej starostlivosti, ktorá

slúžila ako podklad pre Koncepciu psychiatrie, vypracovanú Ministerstvom zdravotníctva SR v roku 1997. Boli prijaté parciálne programy: Národný program boja proti drogám, Národný program bola proti alkoholizmu. Naďalej sú však mnohí ľudia s chronickou a ťažkou duševnou poruchou umiestňovaní v domovoch sociálnych služieb, alebo na chronických oddeleniach psychiatrických liečební.

Európsky výbor na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania zistil v roku 2000 závažné porušovania ich ľudských práv a bola prijatá „Rezolúcia na odstránenie zistených nedostatkov". Vláda SR schválila koncepčné riešenie problémov v oblasti sociálnych služieb realizáciou dlhodobej starostlivosti o občanov s duševnými poruchami a poruchami správania v špecializovaných zariadeniach.

Od roku 1999 existuje národná Asociácia príbuzných a priateľov duševne chorých Opora a od roku 2000 Slovenská asociácia pacientov a pacientskych organizácií Premeny. V roku 2001 bola založená Liga za duševné zdravie a v tom istom roku Asociácia na boj proti stigme a diskriminácii kvôli duševným poruchám „Otvorme dvere – otvorme srdcia", ktorá realizuje destigmatizačný program Svetovej psychiatrickej asociácie podporovaný Ministerstvom zdravotníctva SR.

V septembri 2002 sa začal trojročný projekt „Transformácia na integrovaný systém starostlivosti o duševné zdravie" za spoluúčasti Ministerstva zdravotníctva SR a Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR. Jeho prvotným cieľom bolo vytvoriť modelový región štandardnej starostlivosti o duševné zdravie pomocou Regionálneho plánu starostlivosti o duševné zdravie pre región Michalovce, ktorý vstúpil do platnosti 1. 1. 2004.

Komisia pre duševné zdravie pri Ministerstve zdravotníctva Slovenskej republiky pripravila „Národný program pre duševné zdravie", ktorý ukladá konkrétne úlohy a požiadavky v danej oblasti na riadiace orgány pôsobiace na štátnej a regionálnej úrovni.

Strategickým cieľom programu je vytváranie multiprofesionálnych tímov starajúcich sa o chronicky duševne chorých, ich integráciu, rozvoj zdravotníckych a komunitných služieb. Program sa neorientuje len na duševne chorých, ale aj na rizikové skupiny občanov, ako sú starší ľudia, adolescenti a ľudia ohrození stresom.

Pre psychicky chorých klientov má program význam:

- zabezpečiť vytváranie chránených dielni v spolupráci s Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny SR,
- zabezpečenie chráneného bývania v snahe naučiť sa zodpovednosti, sebestačnosti, nezávislosti, prípadne dozoru inej osoby,
- zabezpečiť zavedenie služby case manažmentu, poskytujúcej starostlivosť v domácom prostredí, vypracovanie individuálneho plánu starostlivosti o klienta,
- rozširovanie siete denných stacionárov – snahou je moderným spôsobom pristupovať k duševne chorým, neizolovať ich v nemocniciach, ale zabezpečiť im kvalitnú pracovnú a sociálnu rehabilitáciu a integráciu do spoločnosti,
- zabezpečiť vzdelávanie pracovníkov (odborníkov, rodinných príslušníkov, pracovníkov zdravotníctva, štátnej sféry, užívateľov psychiatrických služieb) v snahe skvalitňovania života ľudí s duševným postihnutím,
- plánované sú tiež destignačné a preventívne programy pre verejnosť, rodinu a priateľov.

Program je výsledkom spolupráce viacerých ministerstiev: Ministerstvo školstva SR – zabezpečí primárnu prevenciu, vyššiu informovanosť; Ministerstvo vnútra SR v spolupráci s Ministerstvom spravodlivosti SR – rozpracúvajú legislatívne, právne podmienky a advokáciu; Ministerstvo zdravotníctva SR a Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR – starostlivosť o liečbu a rehabilitáciu, sociálne zabezpečenie psychicky postihnutých.[8]

Celý program je orientovaný na klienta, ktorý má byť začlenený do spoločnosti, má mať rovnaké práva, príležitosti uplatnenia ako každý občan žijúci v určitom spoločenstve ľudí.[9] Samotný program je hodnotný sám o sebe, pretože sa starostlivosti o duševné zdravie občanov začína venovať žiaduca pozornosť. Program umožňuje integráciu duševne chorých, dáva možnosť meniť kvalitu života nielen týchto ľudí, ale aj ich rodinných príslušníkov.

Príklad dobrej praxe

Príkladom efektívnej starostlivosti o duševne chorých je projekt, ktorý realizuje Integra, o. z., ktoré ponúka klientovi prechod od pacienta ku klientovi až po zamestnanca. Filozofia starostlivosti o duševne chorých prináša klientovi ponuku jednak terapeutických programov, ktoré mu pomôžu zlepšiť sebaobraz, následne sa môže podľa vlastného výberu zaradiť do pracovných aktivít rôzneho zamerania, zároveň žiť v komunite, v chránenom bývaní, kde sa stretáva s ľuďmi, ktorí sú mu blízki tiež svojim podobným osudom. Združenie tak vytvára kvalitnú sociálnu sieť vo forme svojpomocných a podporných skupín, ktorých činnosť je v tomto prípade nezastupiteľná.

INTEGRA,[10] o. z., vznikla v Michalovciach v októbri 1994 s cieľom prispieť k vytváraniu a rozvoju podmienok pre dôstojný a rovnocenný život ľudí s duševným ochorením v spoločnosti. V septembri 2002 začal trojročný pilotný projekt „Transformácia na integrovaný systém starostlivosti o duševné zdravie" s cieľom:

- zlepšiť kvalitu života ľudí s duševným ochorením zvýšením kvality psychiatrickej starostlivosti,
- vytvoriť nový systém starostlivosti, ktoré zahŕňa celé spektrum zdravotných a sociálnych potrieb,
- zvýšiť účasť klientov a ich príbuzných na plánovacom a rozhodovacom procese.

Integra založila v apríli 2003 neziskovú organizáciu za účelom poskytovania služieb chráneného zamestnávania pre ľudí s duševnou poruchou. Poslaním Integry, n. o., je poskytovanie vhodnej formy zamestnania občanom so zmenenou pracovnou schopnosťou s ohľadom na ich potreby a záujmy, s cieľom predchádzať ich sociálnemu vylúčeniu. Bolo to prvé zariadenie svojho druhu na Slovensku. V súčasnosti Integra prevádzkuje štyri komunitné služby pre cieľovú skupinu ľudí s duševným ochorením v regióne štandardnej starostlivosti Michalovce-Sobrance:

- rehabilitačné stredisko,
- chránené bývanie,
- case manažment,
- chránené zamestnávanie.

V rehabilitačnom stredisku sa vykonáva sociálna prevencia formou vyhľadávacej a rehabilitačnej činnosti a poskytuje sa sociálne poradenstvo pre klientov s ťažkým zdravotným postihnutím, duševnou poruchou. Činnosti v rehabilitačnom stredisku zahŕňajú sociálnu, pracovnú a zdravotnú rehabilitáciu. Sociálna rehabilitácia predstavuje individuálnu a skupinovú sociálnu prácu zameranú na nácviky pracovných a sociálnych zručností v bežnom a komunitnom živote. Pracovná rehabilitácia sa realizuje v krajčírskej, umelecko-keramickej dielni a kuchynke, pričom sa vychádza zo zachovaných pracovných schopností klienta, ktoré sa rozvíjajú a aktivujú. Zdravotná rehabilitácia je zameraná na zabezpečenie včasného zistenia zmeny zdravotného stavu klienta a poskytovania odbornej pomoci.

Chránené bývanie je sociálnou službou s celoročným pobytom pre klientov s duševnou poruchou, ktorí sú schopní viesť samostatný život s pomocou inej osoby. V súčasnosti Integra, o. z., prevádzkuje dve zariadenia chráneného bývania – rodinný dom a byt. Chránené bývanie podporuje autonómiu klienta, samostatné vedenie jeho života, pomáha klientovi pri dosiahnutí a udržaní optimálnej sociálnej úrovne, nezávislosti a sebestačnosti.

Case manažment poskytuje efektívnu zdravotno-sociálnu starostlivosť v domácom prostredí pacientom postihnutým psychickým ochorením, ktorá vychádza z ich prirodzenosti a odzrkadľuje individualitu človeka. Hlavným cieľom služby je zvýšenie kvality života sociálneho fungovania ľudí s dlhodobou duševnou chorobou s dôrazom na ich prirodzené prostredie za pomoci terénnych zdravotných a sociálnych pracovníkov. Na základe potrieb klienta je vypracovaný individuálny plán, ktorého súčasťou sú dlhodobé a krátkodobé ciele (Tetralóg, 2005, s. 6).

Potreby osôb s duševným ochorením v danom regióne v oblasti zamestnávania rieši Integra, n. o. Vytvára optimálny mix služieb pre občanov s duševným postihnutím, tak aby v „chránených podmienkach" chránených dielni nachádzali zmysluplnú činnosť, ktorá ich bude napĺňať pocitom potreby a dôležitosti pre spoločnosť. Chránené zamestnávanie môžu chápať ako službu, ktorá je neoddeliteľnou súčasťou ich osoby, ale aj osoby, ktorej je poskytovaná. V tomto ohľade sa sleduje ako daná služba skvalitňuje život klienta, ako mu napomáha adaptovať sa do normálneho života, sledujú sa taktiež pracovné podmienky a starostlivosť

o klienta v chránenom zamestnaní. Významnosť chráneného zamestnávania potvrdzuje analýza potrieb ľudí s duševným postihnutím uskutočnená v regióne, z ktorej vyplýva, že o spoluprácu má záujem až 63 % týchto ľudí (interný údaj Integry, n. o). Obyčajne neexistuje systém, ktorý by im umožnil začlenenie sa na trh práce, venoval sa ich individuálnym potrebám, chápal ich ako osobnosť, ktorá má vlastné existenčné problémy. Na strane druhej neinformovanosť vedie k pasivite a beznádeji. Ľudia s duševnou poruchou sa chcú uplatniť na trhu práce. Na trhu práce, ktorý vie o ich duševnom ochorení, chcú byť v kontakte s ľuďmi. Ich prvoradou snahou je mať bývanie a mať prácu. Nutnosť chráneného zamestnávania bola už v roku 1991 definovaná v návrhu na Reformu zdravotníckej starostlivosti. V nej sa uvádza, že „chránené dielne sa od rehabilitačných dielní líšia tým, že dĺžka zamestnávania klienta tu nie je limitovaná". Cieľom nie je v určitom limite a v špeciálnom programe klienta niečo natrénovať, ale poskytnúť mu možnosť pracovať a zamestnávať sa niečím, čo je adekvátne jeho možnostiam a schopnostiam (Nawka et al., 2003. s. 85).

Výsledkom práce v chránených dielňach nie je klienta natrénovať určitej činnosti podľa vopred stanoveného programu v limitovanom časovom horizonte, ale poskytnúť mu možnosť pracovať a zamestnať sa niečím, čo zodpovedá jeho možnostiam a schopnostiam a adaptovať sa podľa individuálnych potrieb. Cieľom dielní, okrem stabilizovania a celkového sledovania zdravotného stavu klienta, je i zdokonalenie schopnosti v oblastiach jeho pôsobenia. Na klienta sú v pracovnom prostredí kladené nároky na samostatnosť, dodržiavanie pracovného poriadku a disciplíny, dokázať vyriešiť vzniknuté problémy na pracovisku, v rámci kolektívu, zodpovedať sa za vlastné konanie a rozhodovanie. Hlavnou výhodou chránených dielní je pobyt v spoločnosti, podporovanie sebavedomia na základe výkonu, ktorí podali, a zvládnutie úloh, ktoré im boli udelené.

Sprostredkovateľmi služby chráneného zamestnávania sú: súkromná psychiatrická nemocnica Michalovce; odborní lekári pre dospelých; psychiatrické ambulancie; aktivistické skupiny a Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny Michalovce.

Cieľovou skupinou sú klienti prichádzajúci z rehabilitačného strediska, ktorí sú na základe odporúčania psychológa pripravení zvládať prácu, ktorá je založená na kontakte so zdravými jedincami daného regiónu. Uvedení sprostredkovatelia netvoria pre Integru, n. o., „žiadnu" konkurenciu, pretože sú to subjekty, ktoré sú aktívne zapojené do Regionálneho plánu. Chránené dielne slúžia aj pre tých, u ktorých absentovali pokusy o uplatnenie sa na trhu práce, ale pre svoj život potrebujú vykonávať určitú zmysluplnú činnosť. Kritériá pre prácu v chránených dielňach:

- klienti, u ktorých sa stabilizoval priebeh choroby, majú ľahkú alebo strednú invaliditu a vo väčšine prípadov sú aj invalidnými dôchodcami,
- klienti, ktorí si pre chorobu nedokážu udržať dlhodobo pracovné miesto,
- klienti, ktorí z rôznych polostacionárnych zariadení, ktorí trpia nedostatkom podnetov a potrebujú kontakt s človekom, ktorého postihol rovnaký osud.

Zamestnanie v chránených dielňach je spojené s prevádzkou:

a) Chránená dielňa – Reštaurácia Karolína

Je tu vytvorených 5 pracovných miest, kde sa klienti venujú reštauračnej činnosti, výrobe, podávaniu jedál a nápojov. Daná chránená dielňa je vhodným druhom činnosti. Aj napriek občasným výskytom stresových situácií, spôsobených rôznorodým charakterom ľudí, produktivita práce neklesá. Je primeraná postihnutiu, za podmienok, ak sa potreby zamestnanca vedia zladiť s jeho pracovnou náplňou. Reštaurácia zároveň slúži na organizovanie interných podujatí spojených s prednáškami a konferenciami na miestnej a medzinárodnej odbornej úrovni.

b) Chránená dielňa – Mediálna skupina Ozvena

Dielňa poskytuje 5 pracovných miest. Klienti sa tu venujú výrobe mediálnych príspevkov. Ide v prevažnej miere o články a reportáže do miestnych novín. Produkujú dokumentárne filmy, ktoré nasledovne v spolupráci s miestnou televíziou Mistrál prezentujú občanom mesta Michalovce. Ich námety sa dotýkajú predovšetkým problémových skupín v regióne, ktoré by aj touto cestou mohli v Integre, n. o., nájsť pochopenie a odraz do bežného života. Ich práca je prospešná predovšetkým v oblasti informovania

laickej verejnosti o problémových oblastiach duševného zdravia. Snahou je aktivizovať dobrovoľníkov, s pomocou ktorých by mohli konštruovať modelové situácie, ako ľudí s duševnou poruchou navrátiť do bežného pracovného prostredia. Vďaka samotným ľuďom, ktorí majú skúsenosti s duševnou poruchou, natočili a sami si aj zahrali jedinečný film s názvom „Tiene svetla", ktorý mal úspešnú premiéru na medzinárodnom festivale dokumentárnych filmov v Berlíne 2004. Film pojednáva o ľuďoch, ktorí zažili horkosť života hneď dvojnásobne. Jednak ochoreli na schizofréniu a jednak boli spoločnosťou vylúčení. Niet divu, že mnohí túto ťarchu neuniesli. Nezostali však po svojom spoločenskom páde ležať, ale postavili sa na vlastné nohy a vrátili sa do života. Tomuto filmu predchádzal film s názvom „Šéfom je pacient", v ktorom Dr. Nawka, primár psychiatrického oddelenia, „otec celého projektu", zakladateľ Integry, verejne hovorí o svojom živote, o živote pacienta so schizofréniou.

V jednotlivých chránených dielňach klienti pracujú pod profesionálnym dohľadom odborníka v danej oblasti. Úlohou vedúceho pracovníka dielne je klientov oboznámiť s aktivitou, ktorú budú vykonávať, zaučiť ich a svojim profesionálnym pôsobením doviesť ho na pozíciu podľa pracovného zaradenia.

Hodnotenie – evaluacia – alebo slová jedného z účastníkov projektu

Ondreja – človeka s duševným ochorením, ktorý ako „pacient – klient – zamestnanec" prešiel všetkými komunitnými službami, ktoré poskytuje Integra, združenie pre duševné zdravie v Michalovciach. Vplyvom životných záťažových situácii sa z Ondreja stal pacient psychiatrickej nemocnice a denného stacionára, pasívne prijímajúci ambulantnú liečbu. Postupným zapojením sa do komunitných služieb Integry sa z Ondreja stáva aktívny klient, spolupracujúci na akciách a otvorene hovoriaci o svojich problémoch s ľuďmi v komunite i mimo nej. Zapojením sa do práce v mediálnej skupine je Ondrej zamestnanec-kameraman a zároveň aj herec, živo interpretujúci svoje problémy a pocity pre širokú spoločnosť. Neexistuje jednoznačná prevencia duševného ochorenia, že všetko, čo nám život prináša, úplne ovplyvniť nemôžeme, ale vyhľadávaním príjemných miest, kde je nám dobre, ľudí, s ktorými sa dobre cítime, je jedným zo spôsobov prevencie. Výpoveďou Ondreja potvrdzujeme, že starostlivosť o ľudí s duševným ochorením realizovaná v komunite sa pozitívne prejaví na zdravotnom stave klienta. Klient zmenil pohľad na kvalitu životu, na hodnoty, na duševné ochorenie a na svoj celkový život a vyjadril to slovami:

"...som rád, že som medzi ľuďmi, rýchlejšie mi ubieha čas. Cítim sa v Integre dobre, práca ma veľmi baví a mám radosť z vykonanej práce. Sme finančne honorovaní podľa schopnosti a prihliada sa na zdravotný stav. Každý pracuje toľko, koľko mu zdravie dovoľuje. ZDRAVIE – PRÁCA sú dva stupienky zo stupienkov k môjmu cieľu." Ondrej

Závery a odporúčania

Sociálna práca s duševne chorými je špecifickým druhom sociálnej práce. Aby sme naplnili „étos nezávislého života duševne chorého", mali by sme rešpektovať niektoré požiadavky efektívneho procesu práce:

- nazerať na duševne chorého cez rešpektovanie ľudskej dôstojnosti a jedinečnosti,
- rešpektovať klienta, jeho názory, postoje, hodnoty (aj napriek stavom jeho obmedzenej svojprávnosti) a aplikovať ich pri výbere teórii a prístupov,
- realizovať čo najkvalitnejšiu sociálnu diagnostiku využívajúcu multidisciplinárny kontext,
- pracovať v tíme pri výbere a aplikácii vhodnej intervencie,
- ponúkať klientovi kvalitné formy sociálnej rehabilitácie, vytváraním možnosti pracovného uplatnenia klientov v chránených dielňach a na chránených pracoviskách,
- zabezpečovať klientom možnosti chráneného bývania a pobyt v podporných komunitách.

LITERATÚRA

BARBER, J. G.: *Beyond Casework*. London: Macmillan/ BASW, 1991.

ĎURDIAK, Ľ.: *Psychohygiena mladého človeka*. Nitra: Enigma, 2001, 149 s.

NAWKA, P., ČERNÁK, P., HAŠTO, J.: Reintegrácia psychosociálne postihnutých do spoločnosti. Súčasný stav a perspektívy. In: *Zborník prác z II. medzinárodnej konferencie v Michalovciach 22.–23. 9. 1997*. Trenčín: Vydavateľstvo F. 1998, 208 s.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, 776 s.

HOLLÝ, K.: Sociálna psychiatria. In: *Sociálna psychiatria*. Základné poznatky a prax. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1999, 175 s.
HAŠTO, J., BREIER, P., ČERNÁK, P., RAKÚS, A. et al.: *Reforma psychiatrickej starostlivosti v SR*. Trenčín: Firma Lundbeck, 1999, 88 s.
JANDOUREK, J.: *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001, 288 s.
KNAPP, M.: *The Economic Evaluation of Mental Health Care*. Printed and bound in Great Britain by Hartnolls Limited, Bodmin: Cornwall, 1995, 253 s.
KONČEKOVÁ, Ľ.: *Poruchy psychického vývi*nu. Prešov: UPJŠ, 1996.
Liga za duševné zdravie: Čo prispieva k duševnému zdraviu, [online],[cit. 2008-07-10]. Dostupné z www :<http// www.dusevnezdravie.sk/dus_poruchy_prevencia.htm
KUJAL, B. et al.: *Pedagogický slovník* (2. diel). Praha: SPN, 1967, 120 s.
MATOUŠEK, O.: *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, 287 s.
MELGOSA, J.: *Zvládni svoj stres*. Kniha o duševnom zdraví. Vrútky: Advent-Orion, 1998. 247 s.
MILNER, J., O´BYRNE, P.: *Assessment in Social work*. London, Basingstoke: Macmillan Press LTD, 2002. s. 201.
NAKONEČNÝ, M.: *Lexikon psychol*ogie. Praha: Vodnář, 1995, 397 s.
NAKONEČNÝ, M.: *Úvod do psychologie*. Praha: Academia, 2003, 507 s.
NAWKA, P., TOMOVČÍK, S. et al.: *Transformácia na integrovaný systém starostlivosti o duševné zdravie a Regionálny plán integrovanej starostlivosti o duševné zdravie*. Michalovce: Integra, o. z., 2003. s. 85.
PROBSTOVÁ, V.: Sociální práce s duševne nemocnými. In: *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, s. 133–161.
REPKOVÁ, K.: *Občania so zdravotným postihnutím v procese spoločenskej integrácie*. Bratislava: Ing. Mračko, 1998, 192 s.
SARTORIUS, N. et al.: *Reducing the Stigma of Mental illness*. Cambrige: Printed in the United Kingdom at the University Press, 2005.
TETRALÓG, Občasník duševného zdravia. 2005/1. Michalovce: Integra, 23 s.
THOMPSON, N.: *Understanding Social Work*. London: Palgrave, 1999. 188 s.
TOMČÁKOVÁ, A., BALOGOVÁ, B.: Filozofia nezávislého života ľudí s duševným ochorením. *Diplomová práca*. Prešov: FF PU, 2006.
TOKÁROVÁ, A. et al.: *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov: FF PU, 2002.
VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 2002.
WORLD HEALTH ORGANIZATION, Mental Health: New Understanding, New Hope. The world Health Report 2001, Geneva 2001.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health Policy and Service Guidance Package. In The Mental Health Context; Planning and Budgeting to Deliver Services for Mental Health; Organization of Services for Mental Health; Mental Health Legislation & Human rights; Mental Health Policy, Plans and Programmes; Mental Health Financing; Advocacy for Mental Health; Quality Improvement for Mental Health. 2003. [online], [cit. 2008-07-10]. Dostupné z: http:// www.euro.who.int/hfadb

Vysvětlivky:

1. Zdravie sa u nás napriek iným skutočnostiam chápe ako jedna zo základných a najdôležitejších životných hodnôt, ako prejav života, sústavný dynamický proces, premenlivá, dynamicky sa rozvíjajúca veličina, ktorú je potrebné u človeka udržať čo najdlhšie. Zdravie podľa SZO je chápané ako stav úplnej telesnej, duševnej, sociálnej pohody.
2. Psychológia zdravia ako samostatná disciplína vznikla v 70. rokoch 20. storočia na báze vedeckých poznatkov klinickej a medicínskej psychológie, psychosomatickej a behaviorálnej medicíny, filozofie, sociológie a pedagogiky. V centre záujmu je zdravie, nie ako dovtedy – choroba.
3. Na vzniku psychických vlastnosti sa podieľa väčšie presne nezistené množstvo génov, izolovane by nemali žiaden účinok.
4. Na vzniku porúch sa môžu podieľať rôzne gény i rôzne spôsoby prenosu dedičnosti.
5. Príkladom je vypustenie homosexuality z DSM – III v roku 1973 (pozri M. Nakonečný, 2003, s. 404).
6. Pojem komunita pochádza z latinského slova *communitas,* čo znamená spoločenstvo, pospolitosť, obec, ale tiež spoločné nažívanie ľudí. Je to sociálny útvar charakterizovaný vonkajšími aj vnútornými znakmi na dvoch úrovniach: na úrovni sociálnych väzieb medzi členmi v rámci vlastnej komunity a na úrovni sociálnych väzieb a špecifického postavenia komunity v rámci širšieho sociálneho prostredia.
7. V USA existujú programy zamerané na zlepšenie kvality života pre bezdomovcov, drogovo závislých alkoholikov, vojnových veteránov, rizikové skupiny matiek v priebehu tehotenstva a prvého roku života dieťaťa, programy zamerané na deti predškolského veku a mnoho iných. Len na federálnej úrovni v USA existuje 42 rôznych programov pre osoby s psychiatrickými poruchami. Tieto programy sú poskytované rôznymi štátnymi a lokálnymi agentúrami, pričom majú rozdielne kvalifikačné kritériá. Za najväčšie prekážky v starostlivosti o duševné zdravie sú v USA považované: medzery v starostlivosti o deti s vážnymi emočnými poruchami; medzery v starostlivosti o dospelých trpiacich vážnymi duševnými poruchami; vysoká nezamestnanosť a miera zneschopňovania medzi dospelými trpiacimi vážnymi poruchami; skutočnosť, že starší občania s duševnými poruchami nie sú liečení; mentálne zdravie a prevencia samovrážd nie je doposiaľ prioritou.
8. Spracovaný návrh predložilo *Ministerstvo zdravotníctva vláde SR* na schválenie, ktorá ho na svojej 103. schôdzi s pripomienkou schválila. Účinnosť nadobudol v januári 2005 a je rozpracovaný na 10 rokov.
9. Podľa informačného servisu vlády zo dňa 6.10.2004 predpokladané finančné náklady na realizáciu uvedeného programu sú 500 000 000 Sk pre všetky rezorty, ktoré na programe budú spolupracovať a to na obdobie rokov 2005–2010.
10. Viac informácií o organizácii a jej projektoch, počtoch účastníkoch projektov nájdete na stránke tejto neziskovej organizácie.

Beáta Balogová
balogova@unipo.sk