

# Návrh projektu disertační práce

*Téma: Komunitní terénní týmy v procesu transformace psychiatrické péče v České republice*

## Institucionální kontext

Péče o lidi s duševním onemocněním je v ČR především doménou psychiatrie, jakkoli v posledním desetiletí došlo k rozvoji mnoha sociálních služeb nabízejících tzv. následnou péči, někdy i alternativu vůči hospitalizacím pacientů. Pro fungování takových služeb je klíčová spolupráce s psychiatrickými zařízeními, což v současnosti není samozřejmostí. Spolupráce sociálních služeb a zdravotnických zařízení často naráží na legislativní oddělení zdravotní a sociální péče, které přináší problémy ohledně financování služeb, ale také sdílení zodpovědnosti či ochrany osobních údajů (Janoušková, 2016; MMB 2016). Tuto situaci má změnit plánovaná reforma psychiatrické péče slibující deinstitucionalizaci (MZČR, 2013). Od roku 2017 by měla vznikat tzv. centra duševního zdraví (dále CDZ), jejichž realizace tvoří jeden z pilířů plánované reformy. Má jít o zařízení přímo propojující zdravotní a sociální péči. Budou tvořena multidisciplinární týmy zajišťujícími ambulantní i terénní péči. Měla by do velké míry nahradit hospitalizace přímou podporou v jejich domácím prostředí (MZČR, 2016). V současnosti podobné týmy fungují na mnoha místech v ČR v režimu sociálních služeb.

## Předběžný teoretický rámec

Jednou z inspirací pro tvůrce standardu CDZ (MZČR, 2016) byl nizozemský model multidisciplinární zdravotně-sociální komunitní péče známý jako FACT, tj. flexibilní asertivní komunitní léčba/péče (Firn et al, 2013; Veldhuisen & Bahler, 2013). Alternativní model, v ČR známý především mezi uživateli služeb a některými odborníky, je finský otevřený dialog (dále OD) (Seikkula & Olson, 2003; Seikkula & Arnkil, 2006). OD je zaměřený na vztahy a sociální síť člověka označeného za duševně nemocného, zatímco FACT je zaměřený spíše individualisticky. Oba přístupy akcentují proces zotavení (*recovery*) pojímaný ve smyslu klinickém (zbavení se či zvládnutí symptomů) i sociálním (destigmatizace a začlenění do běžných vztahů) (Anthony, 1993). OD zdůrazňuje autonomii lidí označených za nemocné, kteří jsou (spolu se svými blízkými) přímo přizýváni k plánování léčby, což posiluje zmocnění (*empowerment*), zatímco FACT klade větší důraz na autoritu a asertivní (tedy více dohlížející) přístup k uživatelům. V navrhované práci budou tyto přístupy rámcem uvažování o komunitní terénní péči.

Zmocnění v kontextu duševního zdraví chápe např. Deegan (1997) na základě vlastní zkušenosti s psychiatrickou diagnózou jako znovunabytí práva na rozhodování o vlastním životě vedoucí ke zlepšení kvality života. Může jít o zahrnutí do rozhodování o léčbě, plánování služeb, poskytování péče či výzkumu (Janoušková, 2016). Ve vztahu k pojmu moci jde o zpochybňování dominantních mocenských vztahů v souladu s předpokladem, že moc je vztahové povahy a vyznačuje se

vytvářením možností rezistence (Foucault, 1999).

Janoušková (2016) ve své disertační práci provedla diskursivní analýzu dokumentů vztahujících se k reformě a rozhovorů s aktéry jejího plánování. Upozorňuje, že deklarovaným cílem reformy je sice široce pojaté zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním, nicméně její strategie (MZČR, 2013) oproti mezinárodním strategickým dokumentům<sup>1</sup> dostatečně neakcentuje koncept zotavení, ani autonomii a zmocnění osob s duševním onemocněním, které pojímá spíše jako pasivní příjemce péče. Janoušková ukazuje, že diskurs rozvíjený klíčovými aktéry akcentuje především ochranu, kontrolu a dohled, což staví uživatele do podřízené pozice s omezenou autonomií, nabízí srovnání s pojmem pastýřské moci (Foucault, 1993). Diskurs akcentující zmocnění nalezla Janoušková především mezi uživateli a některými („radikálními“) odborníky. Jedním z hlavních závěrů Janouškové je potřeba posunu od medicínského diskursu k důrazu na zmocnění.

Standard CDZ (MZČR, 2016) zahrnuje některé prvky zmocnění, např. zapojení *peer pracovníků* (osob s vlastní zkušeností s duševním onemocněním) do poskytování péče. Přesto však hrozí, že se CDZ stane jakousi prodlouženou rukou medicínských institucí, se kterými bude muset spolupracovat a nevyhne se tak některým rysům totální instituce, jako např. omezení soukromí a svobodného rozhodování (Goffman, 1961). Po reformě psychiatrické péče ve Velké Británii někteří autoři ukazovali, že podobně jako tradičním útulkům, se ani reformovaným akutním oddělením, nahrazujícím spolu s komunitními službami velká nemocniční zařízení, nedaří nabízet fakticky terapeutické prostředí (Quirk & Lelliott, 2001 dle Rogers & Pilgrim, 2014). Navíc, jak ukazuje Janoušková (2016) někteří uživatelé služeb přejímají medicínský diskurs, včetně jeho důsledků pro vlastní identitu pasivních příjemců péče, což se může dít i v případě *peer pracovníků*.

## **Osobní kontext**

Pracuji jako psycholog v jednom z terénních komunitních týmů, který by se měl transformovat na CDZ. S kolegyněmi a kolegy navštěvujeme lidi v jejich domácím prostředí, snažíme se je podporovat ve zvládnutí své situace spojené s nemocí bez nutnosti hospitalizace a pokud možno způsobem, který si sami volí. Jsem členem spolku *Narativ*, což je platforma pro podporu a zavádění dialogických přístupů, a jedním z organizátorů neformální platformy pro zavádění OD v ČR. Působím ale také v projektu zaměřeném na podporu FACT modelu v ČR. To vše mi dává vhled a dobrou příležitost setkávat se s nejrůznějšími aktéry transformačního procesu.

## **Cíl práce a výzkumné otázky**

Navrhovaná práce by měla navázat na práci Janouškové (2016) a zabývat se další fází reformy (vznik CDZ). Práce se pokusí zachytit, jak se v dalších fázích reformy a v konkrétní praxi zachází s pojmy, jako zotavení či zmocnění, a jak bude vypadat vyjednávání o nich na rovině konkrétních pracovních postupů. Janoušková ukazuje, že sice existují spojení mezi uživateli a „radikálními profesionály“, kteří se snaží podpořit roli uživatelů v reformě i obecně v systému péče o duševní zdraví navzdory medicínskému diskursu, avšak tato spojení jsou zatím slabá pro prosazení změn. Mohla by praxe některých CDZ nabídnout prostor pro posílení takových spojení?

<sup>1</sup> Např. Evropský akční plán duševního zdraví (WHO, 2013).

Vstupním cílem navrhované práce je popsat činnost komunitních terénních služeb pro lidi s duševním onemocněním v kontextu probíhající reformy, včetně interakcí v rámci služeb a interakcí s jejich uživateli. Na základě tohoto budou formulovány další otázky klíčové pro průběh reformy a postavení osob s duševním onemocněním v kontextu péče o duševní zdraví. Činnost komunitních terénních služeb je vymezována oficiálními dokumenty (strategie, standardy, grantové výzvy apod.), dohodami s lokálními autoritami (úřady městské či krajské samosprávy) a spolupracujícími organizacemi (pobytová i ambulantní psychiatrická zařízení, policie, úřady práce atd.), ale také svými vlastními standardy a „filosofií“ práce. Záměrem práce je zachytit především utváření těchto interních pravidel, zmapovat jak se ve službách vyjednává o podobě jejich praktického uplatnění, jak jsou legitimizovány konkrétní pracovní postupy, a co vše v tomto procesu hraje roli.

Předběžně definuji následující výzkumné otázky:

- Jak probíhá vyjednávání o „filosofie práce“ a praxi vznikajícího centra duševního zdraví?
- Jak se legitimizují jednotlivé pracovní postupy v centru duševního zdraví?
- Na jakých rovinách se odehrávají mocenské vztahy v centru duševního zdraví?
- Mají nositelé zkušenosti s duševním onemocněním (včetně peer pracovníků) možnost autenticky se podílet na utváření standardů a „filosofie práce“ centra duševního zdraví?
- Jak se centrum duševního zdraví podílí na utváření identity lidí s duševním onemocněním?

## **Zdroje dat a výzkumný postup**

Protože půjde o zachycení aktivit a procesů probíhajících ve specifickém prostředí na každodenní bázi, navrhuji pojmout práci jako etnografickou studii z prostředí jednoho nebo více vznikajících CDZ. Klíčovým zdrojem dat bude zúčastněné pozorování a rozhovory především se členy týmů, zřizovateli a uživateli služeb. Aby bylo možné zasadit činnost týmů do širšího institucionálního kontextu, bude třeba vzít v potaz také oficiální i neformální dokumenty spojené s péčí o duševní zdraví a reformou psychiatrie.

Zvažuji míru zahrnutí týmu, ve kterém sám pracuji. Je to prostředí, které poznám nejlépe, protože jsem již jeho přímou součástí, navíc by výzkumná reflexe mohla být pro naši práci užitečná. Na druhou stranu vnímám riziko v tom, že i kdyby kolegyně a kolegové s výzkumem souhlasili, má dvojí role v týmu i reflexe naší práce z pozice výzkumníka by mohly vyvolat napětí, pro společnou práci spíše kontraproduktivní.

Vzhledem k mé osobní angažovanosti na tématu a konkrétním přesvědčením, která zastávám, je možné, že některé poznatky budou přímo ovlivňovat mou práci a tím a práci našeho týmu. Pokud bych se věnoval výzkumu i v rámci služby, kde sám pracuji, mohla by práce zahrnovat i prvky akčního výzkumu a autoetnografie, což je výzkumný postup, se kterým mám zkušenosti z minulosti. Má stávající pozice ve zkoumaném prostředí mi tak či tak slouží jako forma senzitivizace a pomáhá mi formulovat otázky.

## Literatura:

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal* 16(4), 521-538.
- Deegan, P. E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social work in health care*, 25(3), 11-24.
- Firn, M. et al. A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2013, 48.6: 997-1003.
- Foucault, M. (1993). About the Beginning of the Hermeneutics of the Self: Two Lectures at Dartmouth. *Political Theory*, 21(2), 198-227.
- Foucault, M. (1999). *Dějiny sexuality I*. Praha: Herrmann & synové.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City: Anchor Books.
- Janoušková, M. (2016). *Active participants or passive patients? Representation of problems in Czech mental health policy and their effects on the subjectification of people with mental illness*. Brno: FSS MU (nepublikovaná disertační práce).
- MZČR. (2013). Strategie reformy psychiatrické péče. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
- MZČR. (2016). Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ). Staženo 10. 1. 2017 (<http://www.cmhcd.cz/centrum/aktuality/standard-pece-center-dusevniho-zdravi/>).
- Rogers A., Pilgrim, D. (2014). *A Sociology of Mental Health and Illness (Fifth Edition)*. Maidenhead: Open University Press.
- Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003). The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis. *Family Process*, 43(3), 403–418.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2013). *Otevřené dialogy: setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Brno: Narativ.
- Veldhuisen, R. & Bahler, M. (2013). *Manual Flexible Assertive Community Treatment*. Groningen. Staženo 10. 1. 2017 (<http://www.eaof.org/factmanual.pdf>).
- WHO. (2013). European Mental Health Action Plan 2013-2020. Staženo 10. 1. 2017 (<http://www.who.cz/attachments/article/90/Mental%20Health%20Action%20Plan.pdf>).

## **Dodatek – anotace magisterské diplomové práce**

### ***Reflektující proces v psychoterapii očima reflektujícího***

Práce je jednou ze tří studií, které si společně kladou za cíl prozkoumat využití reflektujícího týmu v psychoterapeutické praxi. První dvě studie se zaměřily na perspektivy klientů a terapeutů, tato práce prozkoumává pohled účastníka reflektujícího týmu. Reflektující tým je nejprve teoreticky zasazen do kontextu dialogického a spolupracujícího přístupu v psychoterapii a poté uchopen jako dialogický prostor. Jádrem práce je autoetnografická studie inspirovaná pojetím autoetnografie jako asambláže, která se zabývá dlouhodobou zkušeností autora s účastí v reflektujících týmech. Analytický text se prolíná s citacemi a úryvky výzkumného deníku, samotný akt psaní je pojat jako součást metodologického postupu. Autor si klade otázku po povaze vlastní zkušenosti a nabízí odpověď především v rovině vnitřního dialogu reflektujícího během psychoterapeutické konzultace. Rozlišuje několik momentů vnitřního dialogu: zkoumání, učení se, prozkoumávání, oceňování, nejistota, dilemata ohledně srozumitelnosti a sebeodhalování. Autor také reflektuje kontext, ve kterém se s reflektováním setkává, a nakonec se zabývá otázkou významu těchto zkušeností v procesu stávání se terapeutem. Diskuse kriticky hodnotí možnosti autoetnografického postupu jako takového, především se zabývá vztahem píšího subjektu k textu. Psaní autoetnografie je nakonec uchopeno jako akt sebe-tvorby.

#### Závěrečná poznámka k projektu

Přijde mi, že je třeba na projektu ještě zapracovat. Z vlastní zkušenosti vím, že v terénu se člověk snadno začne ztrácet v moři možností. Proto je dobře vystavěný projekt nástrojem, který ti umožní se v terénu neztratit. Především by si měl vybudovat ve vztahu k procesu reformy zajímavou sociologickou zápletku. Objevují se zde náznaky – autonomie, zmocnění, pastýřská moc, disciplinace a podobně. Z toho by bylo dobré vyjít a zkusit to nějak rozvinout.

Teoretický rámec je zde naznačený velice mlhavě, a to zajímavé se do textu projektu dostalo zdá se především skrze výpisky z Janouškové. Je třeba si vyjasnit vlastní teoretickou pozici a čtenáře o ní informovat. Chápu, že pokud jsi před tím studoval psychologii, tak to může být těžké a určitě to chvíli potrvá, ale teoretická nevyjasněnost oslabuje projekt ve většině jeho částí. Podobně metodologie – v projektu by se měl člověk přenést přes stádium úvah a možností a být už více konkrétní.