

# INTEGRÁCIA

Interdisciplinárny odborný časopis o inováciách v riešení nepriaznivých sociálnych situácií občanov



- 4** Editorial
- 5** Úvodník
- 8** Spolupatričnosť a sloboda v súvislosti s duševným zdravím a zmysluplným životom
- 14** Recovery in mental health: Reshaping responsibilities
- 15** Peer involvement and mental health reform – a reflection
- 16** Resilience in the Palatinate Region – Mental Health as social task
- 18** Výskyt duševných porúch na Slovensku – medzera v liečbe
- 20** Duševné zdravie v kontexte meniacich sa sociálnych služieb, zdravotnej starostlivosti a Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím
- 22** A European comparative perspective on mental health and human rights: Steps towards integrated and meaningful lives
- 23** Môj život sa stáva zase mojím životom
- 24** Implementace Centra Duševního Zdraví jako klíčového prvku komunitní péče do Psychiatrické nemocnice Bohnice - case study
- 25** Preventívny program o duševnom zdraví pre mládež s názvom „Šialený? No a!“ na Slovensku
- 26** Sme na Slovensku pripravení na reformu psychiatrickej starostlivosti?
- 28** Demencia ako priorita verejného zdravotníctva
- 30** Reforma psychiatrickej starostlivosti z pohľadu ľudských práv
- 32** Perspektívy integrovanej starostlivosti pre ľudí s chronickými duševnými poruchami a poruchami správania v podmienkach Slovenskej republiky
- 34** Otvorenosť a udržateľnosť: ďalších 25 rokov Integry
- 36** Potreba systémového riešenia dlhodobej starostlivosti pre občanov s duševnými poruchami a poruchami správania umiestnených v zariadeniach sociálnych služieb
- 38** Integration of mental health into primary health care and other service delivery platforms
- 39** Ako sa lieči nezáujem o duševné zdravie?
- 40** Reforma psychiatrickej starostlivosti v Čechách
- 42** Univerzálna prevencia na školách a vysokých školách – Best practice-príklady „Šialený? No a!“ a „Psychicky zdravo študovať“
- 44** Druhý stupeň psychologickkej liečby (psychologická liečba s nižším stupňom intenzity)
- 46** Príprava na prácu a zamestnávanie osôb s duševnými ochoreniami ako súčasť začlenenia do komunitného života
- 48** Stigma psychických porúch na Slovensku
- 49** Včasná prevencia v oblasti duševného zdravia - Kde je její místo?
- 50** Možnosti psychosociálnych aktivít v rámci ústavného psychiatrického zariadenia
- 51** Odľahčovacia služba a dôležitosť jej využívania príbuznými osôb s duševnou poruchou
- 54** Osamelosť sociálnej izolácie a sociálne začlenenie závislých ľudí v perspektíve abstinencie
- 56** Komunitná starostlivosť o duševné zdravie
- 57** Perspektívy a možnosti duševne chorých
- 58** Ako získať spokojnosť a udržať si ju
- 59** Komunitná sociálna práca a duševné zdravie
- 60** Štandardné diagnostické a terapeutické postupy a ich zavádzanie do praxe v liečbe duševných ochorení
- 62** Knižnica - partner a navigátor na ceste k zdravému ja
- 64** Komunitná starostlivosť o ľudí s obsedantno-kompulzívnou poruchou
- 66** Príprava študentov sociálnej práce na prácu s ľuďmi s duševnými poruchami
- 67** “Příběh rozvoje programu BNA v ČR”

Vydala a spracovala: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, Františkánska 2, 811 01 Bratislava. IČO: 30812682 Tel./ Fax: 02/54418243; e-mail: radaba@rpsp.sk redakčná rada: Šéfredaktorka: Lucia Cangárová Členovia: PhDr. Miroslav Cangár, PhD. PhDr. Soňa Holúbková, Mgr. Eva Krššáková, Doc. PhDr. Slavomír Krupa Phd., – odborný garant PhDr. Judita Varcholová. Grafická Úprava: Juraj Mrocek.Tlač: Copygraf s.r.o., Domkárska 15, 821 05 Bratislava objednávky zaslelajte na adresu: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, Františkánska 2, 811 01 Bratislava. Časopis Integrácia je zapísaný v zozname periodickej tlače MK SR. pod ev. číslom 4432/11. Vychádza 2x ročne. Fotka titulnej strany: PhDr. Miroslav Cangár, PhD. Časopis Integrácia (1- 2/2019) vyšiel za finančnej podpory MPSVaR. ISSN 1336-2011



Milí priatelia,

v rukách držíte prvé číslo časopisu Integrácia v roku 2019, ktoré venujeme téme duševného zdravia. Okrem toho, že Integrácia tento rok oslavuje 30. ročník vydávania, máme aj ďalšie jubileá.

Uplynie presne 15 rokov, odkedy bol prijatý Národný program duševného zdravia a takmer 10 rokov, odkedy Slovenská republika ratifikovala Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím. Oba spomenuté dokumenty vnímame ako veľmi kľúčové na podporu a rozvoj duševného zdravia všetkých ľudí.

Veľmi sme sa potešili, keď nás minulý rok Petr Nawka a Jana Hurová oslovili s ponukou na spoluprácu pri organizovaní medzinárodnej konferencie „Duševné zdravie a zmysluplný život“.

Podpora oblasti duševného zdravia na Slovensku má dnes výrazné rezervy a potrebuje reformu - prechod od inštitucionálnej ku komunitnej podpore.

Cieľom konferencie je spoločne hovoriť a rozmyšľať nad tým, ako túto zmenu realizovať. Aj preto sme sa rozhodli pripraviť špeciálne číslo Integrácie venované príspevkom účastníkov na tejto konferencii.

Nájdete tu príspevky od medzinárodných a slovenských odborníkov, zástupcov Svetovej zdravotníckej organizácie, ale aj od ľudí, ktorých sa podpora duševného zdravia priamo týka – prijímateľov tejto podpory a ich blízke osoby.

Uverejňujeme články vo viacerých jazykoch. Chceli sme zachovať zrkadlenie medzinárodnej pestrosti a skúsenosti všetkých autorov.

Veríme, že toto číslo bude pre vás veľmi prínosné v uvažovaní, ako by mala vyzeráť podpora duševného zdravia na Slovensku.

Miroslav Cangár

Vážené čitateľky, vážení čitatelia,

**15.** výročie prijatia Národného programu pre duševné zdravie a sprievodná konferencia je príležitosťou na reflexiu, čo nám tento program umožnil realizovať, čo sa dosiahlo v prospech podpory duševného zdravia a kontroly duševných ochorení. Ako sa procesoch, ktoré mali viesť k zlepšeniu situácie v oboch týchto kľúčových oblastiach, podieľali jednotlivé zodpovedné inštitúcie a organizácie, ale aj ako boli k spolupráci motivovaní a akceptovaní aktivisti z tretieho sektora.

Odborníci z WHO boli prizvaní k tvorbe Národného programu. Bol vypracovaný na základe situačnej analýzy na Slovensku, s odporúčaniami WHO z jej strategických dokumentov o duševnom zdraví, zozbieraných dôkazov a príkladov dobrej praxe o fungujúcich a nákladovo-efektívnych intervenciách.

Keďže počas implementačného obdobia sa už ďalšia pomoc zo strany WHO nepožadovala, nemôžem sa jednoznačne vyjadriť k úspechom alebo zlyhaniu naplnenia cieľov programu. Preto sa veľmi teším na konferenciu, kde sa bude o týchto veciach hovoriť, ale priestor dostanú aj novinky zo sveta, plány slovenských odborníkov do budúcnosti, a verím, že v oblasti duševného zdravia opäť vznikne priestor na intenzívnu spoluprácu medzi WHO a Slovenskom.

Duševné zdravie je neoddeliteľnou súčasťou zdravia; neexistuje zdravie bez duševného zdravia. Duševné zdravie je determinované celým radom sociálno-ekonomických, biologických a environmentálnych faktorov. Napríklad pretrvávajúce sociálno-ekonomické tlaky alebo chronické vystavenie násiliu sú považované za významné riziká pre duševné zdravie. Zlé duševné zdravie je tiež spojené s rýchlymi

sociálnymi zmenami, stresujúcimi pracovnými podmienkami, diskrimináciou pohlaví, sociálnym vylúčením, nezdravým životným štýlom, zlým telesným zdravím a porušovaním ľudských práv.

Podpora duševného zdravia zahŕňa činnosti, ktoré zlepšujú psychickú pohodu. To môže zahŕňať vytvorenie prostredia, ktoré podporuje duševné zdravie. Prostredie, ktoré rešpektuje a chráni základné občianske, politické, sociálno-ekonomické a kultúrne práva, je základom duševného zdravia. Bez bezpečnosti a slobody poskytovanej týmito právami je ťažké udržať vysokú úroveň duševného zdravia.

Poznatky o tom, čo robiť s rastúcou záťažou duševných porúch, sa za posledné desaťročie podstatne zlepšili. Rastie množstvo dôkazov preukazujúcich účinnosť a nákladovú efektívnosť kľúčových zásahov pri prioritných duševných poruchách v krajinách na rôznych úrovniach hospodárskeho rozvoja. Medzi príklady nákladovo efektívnych, uskutočniteľných a cenovo dostupných zásahov patrí napríklad liečba depresie psychologickou liečbou a v stredne ťažkých až ťažkých prípadoch antidepresívami; liečba psychózy antipsychotickými liekmi a psychosociálna podpora. Existuje aj celý rad účinných opatrení na prevenciu samovrážd, prevenciu a liečbu duševných porúch u detí, prevenciu a liečbu demencie a liečbu porúch užívania návykových látok. Akčný program pre medzeru v duševnom zdraví (mhGAP) poskytol usmernenia, ktoré im umožňuje lepšie identifikovať a manažovať veľké spektrum prioritných faktorov duševného zdravia. Dobre overené sú aj nemedicínske intervencie ako je zákaz reklamy, obmedzenie ich dostupnosti a progresívne zdaňovanie alkoholických nápojov ako komplementárna „liečba“ ľudí s problémami s alkoholom.

## Odpoveď WHO

WHO podporuje vlády v úsilí o posilnenie a podporu duševného zdravia. SZO vyhodnotila dôkazy na podporu duševného zdravia a spolupracuje s vládami na šírení týchto informácií a integrácii účinných stratégií do politik a plánov. V roku 2013 Svetové zdravotnícke zhromaždenie schválilo komplexný Akčný plán duševného zdravia na roky 2013 - 2020<sup>4</sup>. Plán je záväzkom všetkých členských štátov WHO prijať konkrétne opatrenia na zlepšenie duševného zdravia a prispieť k dosiahnutiu súboru globálnych cieľov. Celkovým cieľom akčného plánu je podpora duševnej pohody, prevencia duševných porúch, poskytovanie starostlivosti, zlepšenie uzdravenia, podpora ľudských práv a zníženie úmrtnosti, chorobnosti a postihnutia osôb s duševnými poruchami. Zameriava sa na 4 kľúčové ciele:

- posilniť účinné vedenie a správu v oblasti duševného zdravia;
  - poskytovať komplexné, integrované a pohotovostné služby v oblasti duševného zdravia a sociálnej starostlivosti v komunitnom prostredí;
  - implementovať stratégie na podporu a prevenciu v oblasti duševného zdravia; a
  - posilniť informačné systémy, dôkazy a výskum v oblasti duševného zdravia.
- Celkovým cieľom akčného plánu je podpora duševnej pohody, prevencia duševných porúch, poskytovanie starostlivosti, zlepšenie uzdravenia, podpora ľudských práv a zníženie úmrtnosti, chorobnosti a postihnutia osôb s duševnými poruchami. Zameriava sa na 4 kľúčové ciele:
- posilniť účinné vedenie a správu v oblasti duševného zdravia;
  - poskytovať komplexné, integrované a pohotovostné služby v oblasti duševného zdravia a sociálnej starostlivosti v komunitnom prostredí;

- implementovať stratégie na podporu a prevenciu v oblasti duševného zdravia; a
- posilniť informačné systémy, dôkazy a výskum v oblasti duševného zdravia.
- V akčnom pláne sa osobitný dôraz kladie na ochranu a podporu ľudských práv, posilnenie a posilnenie občianskej spoločnosti a na ústredné miesto komunitnej starostlivosti.

Akčný plán na dosiahnutie svojich cieľov navrhuje a vyžaduje jasné opatrenia pre vlády, medzinárodných partnerov a pre samotné WHO. Ministerstvá zdravotníctva budú musieť prevziať vedúcu úlohu a WHO bude pri implementácii plánu spolupracovať s nimi a s medzinárodnými a národnými partnermi vrátane občianskej spoločnosti. Keďže neexistujú žiadne kroky, ktoré by vyhovovali všetkým krajinám, každá vláda bude musieť prispôbiť Akčný plán svojim špecifickým vnútroštátnym okolnostiam.

Vnútroštátne politiky v oblasti duševného zdravia by sa mali zaoberať tak duševnými poruchami, ako aj širšími otázkami, ktoré podporujú duševné zdravie. Podpora duševného zdravia by sa mala začleniť do vládnych a mimovládnych politik a programov. Okrem zdravotníctva je nevyhnutné zapojiť aj sektory vzdelávania, práce, spravodlivosti, dopravy, životného prostredia, bývania a sociálnej starostlivosti. Existujú nákladovo efektívne stratégie a intervencie v oblasti verejného zdravia a medziodvetvové stratégie na podporu, ochranu a obnovu duševného zdravia. V kontexte vnútroštátneho úsilia o rozvoj a vykonávanie politiky duševného zdravia je však nevyhnutné nielen chrániť a podporovať duševnú pohodu občanov, ale aj riešiť potreby osôb s definovanými duševnými poruchami. Blížiaci sa Svetový deň duševného zdravia (10. október) bude ďalšou príležitosťou na zvýšenie informovanosti o problémoch

duševného zdravia a na mobilizáciu úsilia na podporu duševného zdravia. Tento rok je témou prevencia samovrážd. Každý rok si prídeme na život takmer 800 000 ľudí a existuje mnoho ďalších ľudí, ktorí sa pokúšajú o samovraždu. Každá samovražda je tragédia, ktorá postihuje rodiny, komunity a celé krajiny a má dlhodobé účinky na ľudí, ktorí zostali pozadu. Samovražda sa vyskytuje počas celého života a je druhou najčastejšou príčinou úmrtí vo veku 15 - 29 rokov na celom svete.

Duševné zdravie je neoddeliteľnou a nevyhnutnou súčasťou zdravia. V Ústave WHO sa uvádza: „Zdravie je stavom úplnej fyzickej,

duševnej a sociálnej pohody a nielen absenciou choroby alebo slabosti.“ Dôležitým dôsledkom tejto definície je, že duševné zdravie je viac ako len absencia duševných porúch alebo postihnutí. Duševné zdravie je stav pohody, v ktorom si jednotlivec uvedomuje svoje vlastné schopnosti, dokáže sa vyrovnávať s bežnými životnými stresmi, môže pracovať produktívne a je schopný prispieť k svojej komunite.

Duševné zdravie je naša spoločná zodpovednosť.

Darina Sedláková

**Darina Sedláková** was representative of the World Health Organization (WHO) and Head of the WHO Country Office in Slovakia from 2000 to 2016 and from 2016-2018 in Slovenia. At present she is acting WHO in Slovakia. She graduated at the Medical Faculty of the Comenius University in 1984 and she passed specialisation examination in Internal Medicine in 1988 while working at Geriatric Clinic of the Medical Faculty. In 1994 she completed a postgraduate study at the Institute of International Relations and European Law at the Faculty of Law of the Comenius University and in 2003 a postgraduate study at the School of Public Health of the Slovak Medical University (MPH).

In 1995-2000 she was Deputy Director of the Council of Europe Information Office in Slovakia, where she focused on implementation of health and social programmes, promotion of human rights of vulnerable and disadvantaged groups of population. She is co-author of the first Charter of Patients' Rights in Slovakia (2001).

She has participated in numerous certified education and training courses on health policy, global health diplomacy, health systems development in Slovakia and abroad. She is member of the Slovak Medical Society, the Slovak Association of Public Health, the League Against Cancer and several other non-governmental organizations dealing with health-related issues. In 2007-2011 she was Chair of the Comenius University Board. She has participated as expert and consultant to many international and EU-funded projects on health monitoring, health determinants, evidence-based health outcomes. She has extensive experience in working with minorities and vulnerable groups. She is co-author of several technical publications, studies and textbooks on public health. She gives lectures on international public health at medical and public health schools.



## SPOLUPATRIČNOSŤ A SLOBODA V SÚVISLOSTI S DUŠEVNÝM ZDRAVÍM A ZMYSLUPLNÝM ŽIVOTOM

Som rád, že sa Vám môžem prihovoriť cestou vydania časopisu Integrácia pri príležitosti konferencie „Duševné zdravie a zmysluplný život“ a zároveň 25. výročia založenia združenia pre duševné zdravie Integra v Michalovciach. Už od jeho vzniku organizuje Integra pravidelné národné a medzinárodné konferencie v Michalovciach a v Bratislave. Teší nás, že sa na tohtoročnú konferenciu podarilo získať viacerých národných a medzinárodných spoluorganizátorov, vrátane Svetovej Psychiatrickej Asociácie, Mental Health Europe a Kancelárie Svetovej Zdravotníckej Organizácie na Slovensku.

Ako už z názvu konferencie vyplýva, je dosť široko koncipovaná, podobne ako už 15 rokov existujúci Národný Program Duševného Zdravia SR (NPDZ). Jej témy siahajú od podpory duševného zdravia až po integráciu ľudí so zdravotným postihnutím do spoločnosti. Vytvára sa tým príležitosť, aby záverečný dokument konferencie mohol byť podnetom pre ďalší vývoj NPDZ.

Oceňujem možnosť oboznámiť čitateľov časopisu Integrácia s mojim pohľadom na súčasnú situáciu v oblasti duševného zdravia, kde dynamicky rozvíjajúca sa veda a výskum idú ruka v ruku s dôležitými dohodami.

Spomeniem iba niektoré z nich: Národný program duševného zdravia SR, Reformu psychiatrickej starostlivosti, Konceptiu zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria v SR, Národný akčný program duševného zdravia ČR, Konceptiu duševného zdravia WHO, Deklaráciu OSN na ochranu dieťaťa a Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím a Manifest pre lepšie duševné zdravie v Európe od Mental Health Europe.

### Od choroby ku zdraviu

Naša konferencia sa uskutočňuje v neobvyklej dobe. Európska únia nedávno deklarovala duševné zdravie za jednu z jej priorit. Svetová zdravotnícka organizácia už oveľa skôr zdôraznila, že by sa malo vychádzať zo zdravého človeka, namiesto toho, aby sa dávali iba jeho choroby do popredia. Preto zmenila aj svoju terminológiu. Hovorí o podpore a prevencii duševného zdravia, pričom prevenciu delí na primárnu, sekundárnu a terciárnu. Nehovorí už teda o „na choroby orientovanej liečbe a rehabilitácii“, ale namiesto toho o „sekundárnej a terciárnej prevencii“.

V zdravotníctve však naďalej prevláda na chorobu orientovaný biomedicínsky model. Ten síce pomáha pri mnohých akútnych chorobách, zlyháva však pri civilizačných ochoreniach. K nim patria nielen telesné choroby ako sú diabetes, adiposita, vysoký krvný tlak, srdcovo-cievne a kožné ochorenia, alergie a rakovina, ale aj psychické poruchy, ako úzkostné poruchy, rôzne látkové a nelátkové závislosti, poruchy príjmu potravy, depresie a Morbus Alzheimer.

Jedná sa o najčastejšie známe choroby. Žiaľ v rámci zdravotníckej starostlivosti sa ešte stále liečia prevažne jednostranne biologicky, neraz iba farmakologicky. A to aj napriek tomu, že sú väčšinou dôsledkom nadmerného sociálneho stresu. Ten, ak je psychicky neadekvátne spracovaný, môže napokon vyvolať u človeka biologické chorobné zmeny.

Človek nie je iba telesne-biologickou, ale bio-psycho-sociálnou bytosťou. Je preto dôležité, aby sa v súlade s tým transformovalo aj zdravotníctvo. Tak, ako človek je neoddeliteľnou súčasťou ľudského spoločenstva, je aj zdravotníctvo integrálnou súčasťou spoločenských inštitúcií.

### Neurovedy a bio-psycho-sociálny model

Rozvoj bio-psycho-sociálneho modelu úzko súvisí so získanými objavmi neurovied v poslednom polstoročí. Tak dnes vieme nielen o zrkadlových neurónoch, telomeroch, neuroplasticite a epigenetike, ale vznikli aj nové odbory, ako napr. psychoneuroimmunologia. Bowlby a ďalší (napr. Ainsworth, Siegel, Fonagy, Brisch, Strauss a Hašto) svojimi výskumami o vzťahovej väzbe zistili, že základom duševného a telesného zdravia je *bezpečná väzba*. Iba my, ľudia, sme schopní takejto *bezpečnej väzby* a to vďaka našej psychike, ktorá robí človeka človekom. Táto psychika má svoju psycho-somatickú alebo individuálne-biologickú, ako aj svoju psycho-sociálnu, respektíve spoločensko-kultúrnu časť.

Goethe presne vystihol, čo deti potrebujú od svojich rodičov, aby sa stali zdravými dospelými: korene a krídla.

Korene znamenajú z minulosti pochádzajúci telesne-biologický bezpečný základ. Naš psycho-sociálne motivovaný exploračný záujem o neznáme okolie nám zase dáva krídla. Naš vývoj prebieha medzi spolupatričnosťou s okolím a priberajúcim oslobodením sa. V tomto zmysle symbolizujú žijace korene spolupatričnosť a integráciu a ďalej nesúce krídla slobodu a diferenciáciu.

Už v embryu existuje spolupatričnosť so sebou samým a so svojim okolím – matkou. Po pôrode sa dieťa ďalej vyvíja, t.j. ďalej sa vydiiferencuje so svojimi krídlami slobody a vďaka svojim koreňom spolupatričnosti sa môže ďalej integrovať. Je to proces spriatelenia sa s jemu ešte neznámym, cudzím svetom.

### Väzba a zdravie

Ak dieťa dostane menej rodičovskej lásky, ako potrebuje, vzniká v ňom strach a môže to vyústiť v *neistú väzbu*. Stresujúce okolie nepreťažuje iba jeho vyvíjajúcu sa psychiku, ale aj jeho telo. Telesné zmeny sú podmienené epigeneticky a vedú k poškodeniu našich buniek, orgánov, a tak celého organizmu. K tomu patria telomery, endokrínny a imunitný systém, vegetatívny a centrálny nervový systém.

V jednom článku slovenských novín SME zo dňa 3.8.2019 sa pod titulom „Žijeme v storočí strachu“ cituje Ján Pečeňák: „Najväčší strach spôsobujú veci, ktorým nerozumieme. To, čo dokážeme spracovať mozgovou kôrou, dokážeme vyriešiť.“

Pri nedostatku pochopenia, úcty, dôvery a lásky zo strany druhých trpí aj vlastné sebapochopenie, sebaúcta, sebadôvera a sebaláska. *Neistá väzba* má dve hlavné formy, *úzkostne-ambivalentnú väzbu* a *vyhýbavú väzbu*.

Tieto dva od zdravého stredu *bezpečnej väzby* vybočujúce nezdravé póly nájdeme ako sebedobrodružné fraktály aj v spoločensko-kultúrnom živote.

### Individuálna a spoločenská úroveň vzťahovej väzby

*Úzkostne-ambivalentné väzby* nájdeme častejšie v kolektívnych kultúrach. Sú to predovšetkým východné, prevažne ázijské krajiny, kde spolupatričnosť a integrácia do spoločnosti sú dôležitejšie ako osobná sloboda.

V západných, skôr individualistických kultúrach, môžu v prípade *vyhýbavej väzby* uprednostnenia osobných práv a slobôd viesť k prejavom správania sa na úkor práv a slobôd iných ľudí.

Ai Weiwei sa vyjadril takto: „Nemecká kultúra je taká silná, že neakceptuje iné myšlienky a argumenty. ... Táto krajina ma nepotrebuje, pretože je tak na seba centrovaná.“

Bohužiaľ nejde iba o nezdravé medziľudské správanie sa, ako sú stigmatizácia a diskriminácia ľudí s duševnými poruchami, napr. so schizofréniou. Kým v minulosti rozhodovala iba príroda o osude našej zeme, dnes sme to my ľudia, ktorí si myslíme, že sme viac ako príroda alebo že nemusíme na ňu brať ohľad. Prehnaná výkonná a konzumná spoločnosť, prejavujúca sa nadprodukciami a konzumerizmom môže zvädzať našu zmyselnosť, avšak postráda zmysluplnosť.

Uvedomením si seba samého ako súčasť prírody a života na zemi sa zase vraciame k svojmu zdravému stredu.



Moralizovaním, odsúdením a delením ľudí na dobrých a zlých, respektíve zdravých a chorých, sa nesprávame v zmysle spolupatričnosti a ohrozujeme tým komplexné súvislosti, ktoré umožňujú zdravý vývoj na individuálnej a spoločenskej úrovni.

Utrpenie, choroba a postihnutie súvisia aj s predsudkami a tým sa ešte viac prehlbujú. Predsudky voči cudzím a údajne chorým zakonzervujú náš spoločenský život ešte viac v ustrnulosti a túžbe po zlatej minulosti, ktorá nikdy nebola.

Rozvoj našich medziľudských vzťahov preto predstavuje dôležitý sociálny faktor na podporu zdravia. Zlepšením komunikácie a kooperácie sa ďalej prehĺbuje naša spolupatričnosť s druhými ľuďmi. To zase znižuje zbytočné predsudky, ktoré nestigmatizujú iba chorých ľudí, ale prispievajú aj k ďalšej dezintegrácii spoločnosti.

#### Súhrn

Skutočnosť, že si uvedomujeme, v akom kritickom období žijeme, má aj svoju výhodu. Anglické príslovie „name it to tame it“ znamená pomenuj to, aby si to upravil. Podobá sa to už spomenutému vyjadreniu Jána Pečeňáka. K takejto spolupatričnosti dôjdeme nezriedka až vtedy dobrovoľne, keď prestaneme situáciu, v ktorej sa nachádzame, popierať, a hádať sa kvôli tomu, kto je na tom vinný. Kríza sa stáva šancou, keď sa výzvy spoznajú a pomenujú, aby sa ich podarilo zvládnuť.

Pri čítaní abstraktov konferencie „Duševné zdravie a zmysluplný život“ som sa stále viac tešil z toho, aký nesmierny potenciál sa v nich skrýva. Tento dar mnohých skúsených ľudí inšpiruje k tomu, aby sa súvislosti, ktoré poskytuje, počas konferencie ďalej spoločne rozvíjali. Už si predstavujem, ako sa to všetko najprv počas prednášok diferencuje, vo workshopoch spracováva, a napokon v panelových diskusiách zintegruje. Všetko to, čo sa nestihne počas prvého dňa konferencie, sa môže dokončiť cez ďalšie dva dni.

Je to dobrý pocit, že nás spája spoločný záujem o ďalší rozvoj spolupráce v oblasti duševného zdravia na Slovensku na rôznych úrovniach, napríklad na osobnej a spoločenskej, ale aj na miestnych, regionálnych a národných až po medzinárodnú úroveň.

Výstupný materiál z tejto konferencie by sa mohol stať dôležitým príspevkom pre realizáciu už na začiatku spomenutých dohôd. Cieľom tejto konferencie sú konkrétne stratégie a akčný plán na podporu a ďalší rozvoj duševného zdravia ako aj na zotavenie sa z psychických chorôb a postihnutí.

Tešme sa z toho, že sme sa tu v Bratislave spoločne zišli.

## VERBUNDENHEIT UND FREIHEIT IM ZUSAMMENHANG MIT SEELISCHER GESUNDHEIT UND SINNVOLLEM LEBEN

Ich freue mich über die vorliegende Ausgabe von Integracia, die aus Anlass der Konferenz „Seelische Gesundheit und sinnvolles Leben“ sowie des 25. Jahrestages der Gründung unseres Vereins für seelische Gesundheit Integra herausgegeben wird. Von Beginn an organisieren wir regelmäßig nationale und internationale Konferenzen in Michalovce und Bratislava. Wir freuen uns, dass die diesjährige Konferenz mehrere nationale und internationale Mitorganisatoren gewinnen konnte, einschließlich des Weltpsychiatrieverbands, Mental Health Europe und der Kanzlei der WHO in der Slowakei.

Wie aus dem Namen der Konferenz schon hervorgeht, ist sie recht weit konzipiert, so wie es auch das slowakische Nationalprogramm für seelische Gesundheit ist, welches schon seit 15 Jahren besteht. Die Bandbreite an Themen reicht von der Unterstützung seelischer Gesundheit bis hin zur Integration von Menschen mit psychischer Behinderung in die Gesellschaft.

Damit bietet sich auch eine willkommene Gelegenheit, als Abschlussdokument eine Anregung für die weitere Entwicklung des Nationalprogramms für seelische Gesundheit der Slowakischen Republik zu entwickeln.

In Anbetracht der bevorstehenden Tagung, ihrer historischen Einbettung und dem aktuellen Kontext bietet die Zeitschrift Integracia heute eine Plattform, um gewisse Zusammenhänge zu skizzieren, in denen eine dynamische wissenschaftliche Entwicklung und Forschung Hand in Hand geht mit wichtigen Vereinbarungen. Ich möchte nur einige davon nennen: das bestehende slowakische Nationalprogramm für seelische Gesundheit; die Reform psychiatrischer Versorgung in der Slowakischen Republik; die Konzeption der gesundheitlichen Versorgung im Fachgebiet Psychiatrie in der Slowakischen Republik; das tschechische Nationale Aktionsprogramm für

seelische Gesundheit; die Konzeption seelischer Gesundheit der WHO; die Deklaration der UNO zum Schutz des Kindes; die Behindertenkonvention der UNO und das Manifest für bessere seelische Gesundheit in Europa von Mental Health Europe.

#### Von Krankheit zu Gesundheit

Unsere Tagung findet in einer ungewöhnlichen Zeit statt. Unlängst deklarierte die EU seelische Gesundheit zu einer ihrer Prioritäten. Die WHO hat schon viel früher betont, dass vom gesunden Menschen ausgegangen werden sollte, statt nur Krankheiten in den Vordergrund zu rücken. Deshalb veränderte sie auch ihre Terminologie. Sie spricht von Förderung und Prävention seelischer Gesundheit, wobei sie die Prävention in primäre, sekundäre und tertiäre unterteilt. Im Zentrum stehen nicht mehr die auf Krankheiten gerichtete Therapie und Rehabilitation, sondern die Sekundär- und Tertiärprävention.

Im Gesundheitswesen überwiegt jedoch weiter ein auf Krankheiten ausgerichtetes biomedizinisches Modell. Es greift zwar bei vielen Akuterkrankungen, versagt jedoch bei Zivilisationskrankheiten. Zu ihnen gehören nicht nur körperliche Erkrankungen wie Diabetes, Adipositas, Bluthochdruck, Herz- und Kreislauferkrankungen, Allergien, und Krebs, sondern auch psychische Störungen, wie Angst-, Sucht- und Essstörungen, Depressionen und Morbus Alzheimer.

Es handelt sich um die häufigsten Krankheiten, welche innerhalb des Gesundheitswesens leider immer noch vorwiegend einseitig biologisch, oft nur pharmakologisch behandelt werden, obwohl sie meistens eine Folge übermäßigen sozialen Stresses sind. Dieser wird oftmals psychisch inadäquat verarbeitet und manifestiert sich schließlich krankmachend im Körper.



**MUDr. Pětr Nawka** - psychiater a psychoterapeut, pracuje v ambulancnej praxi v Drážďanoch v Nemecku od roku 2006. Je predsedom Integrity o.z. od jej založenia v roku 1994. Od roku 1990 do 2005 pracoval ako primár akútneho oddelenia Psychiatrickej nemocnice v Michalovciach. Podieľal sa na príprave a realizácii reformy psychiatrickej starostlivosti SR a na príprave Národného programu duševného zdravia Slovenskej republiky.

Menschen sind eben nicht nur körperlich-biologische, sondern auch bio-psycho-soziale Wesen. Deshalb ist umso wichtiger, dass das Gesundheitswesen im Einklang mit dieser Tatsache transformiert wird. So, wie jeder einzelne Mensch ein untrennbarer Bestandteil der Menschheit ist, ist auch das Gesundheitswesen ein integraler Bestandteil gesellschaftlicher Institutionen.

### Neurowissenschaften und das bio-psycho-soziale Modell

Die Entwicklung des bio-psycho-sozialen Modells hängt eng mit den im letzten halben Jahrhundert erworbenen Erkenntnissen der Neurowissenschaften zusammen. So wissen wir heute von Spiegelneuronen, Telomeren, von der Neuroplastizität und Epigenetik, wodurch auch neue Disziplinen entstanden sind, wie z.B. die Psychoneuroimmunologie.

Bowlby und andere (z.B. Ainsworth, Siegel, Fonagy, Brisch, Strauss und Hašto) haben durch ihre Forschungen gezeigt, dass die Grundlage psychischer und körperlicher Gesundheit eine *sichere Bindung* ist. Damit ist die menschliche Psyche sowohl psycho-somatisch oder individual-biologisch als auch psycho-sozial bzw. gesellschaftlich-kulturell zu verstehen.

Goethe brachte auf den Punkt, was ein Kind von seinen Eltern braucht, um gesund erwachsen zu werden: Wurzeln und Flügel.

Aus der evolutionären Vergangenheit kommen die Wurzeln einer körperlich-biologisch sicheren Basis. Unser psycho-sozial motiviertes exploratives Interesse an unbekannter Umwelt verleiht uns Flügel. So spannt sich unser Entwicklungsprozess zwischen dem Verbundensein mit unserer Umwelt und dem zunehmende Freiwerden auf. In diesem Sinne symbolisieren nährenden Wurzeln Verbundenheit und Integration, und die weitertragenden Flügel Freiheit und Differenzierung.

Bereits das Embryo existiert in Verbundenheit mit sich selbst und der unmittelbaren Umwelt, der Mutter. Nach der Geburt entwickelt sich das Kind weiter, d.h., mit seinen freien Flügeln differenziert es sich weiter aus und dank seinen Wurzeln der Verbundenheit kann es

sich auch weiter integrieren. Es ist ein Prozess der Anfreundung mit einer noch unbekanntem, fremden Welt.

### Bindung und Gesundheit

Falls ein Kind mit zu wenig elterlicher Liebe bekommt, entstehen Ängste, welche zu einer unsicheren Bindung führen können. Diese stressende Umwelt belastet nicht nur die sich entwickelnde Psyche, sondern auch den Körper. Körperliche Änderungen sind epigenetisch bedingt und führen zu Störung unserer Zellen, Organe und somit des gesamten Organismus. Dazu gehören auch Telomere, das endokrine und Immunsystem, das vegetative und zentrale Nervensystem.

In einem Artikel der slowakischen Zeitung Sme vom 3.8.2019 wird unter dem Titel „Wir leben im Jahrhundert der Angst“ Ján Pečeňák mit folgenden Worten zitiert: „Die größte Angst machen uns Dinge, welche wir nicht verstehen. Das, was wir mit unserer Hirnrinde verarbeiten können, sind wir auch fähig zu lösen.“

Bei zu wenig Verständnis, Achtung, Vertrauen und Liebe leiden Selbstverständnis, Selbstachtung, Selbstvertrauen und Selbstliebe. Eine *unsichere Bindung* hat als ihre zwei Hauptformen die ängstlich-ambivalente Bindung und die vermeidende Bindung.

Diese beiden von der gesunden Mitte, der *sicheren Bindung*, abweichenden ungesunden Pole können sich wie selbstähnliche Fraktale auch im gesellschaftlich-kulturellen Leben wiederfinden.

### Individuelle und gesellschaftliche Bindungsebene

*Ängstlich-ambivalente Bindungen* finden wir häufiger in kollektiven Kulturen, also meist in östlichen, überwiegend asiatischen Ländern. Dort können Verbundenheit und Integration in die Gesellschaft wichtiger sein, als persönliche Freiheit.

In westlichen, eher individualistischen Kulturen können im Falle von *vermeidender Bindung* Bevorzugungen persönlicher Rechte und Freiheiten auf Kosten von Verbundenheit dazu führen, dass man sich zu Lasten der Rechte und Freiheiten anderer verhält.

Ai Weiwei äußerte sich erst unlängst so: „Die deutsche Kultur ist so stark, dass sie nicht wirklich andere Ideen und Argumente akzeptiert. ... Dieses Land braucht mich nicht, weil es so selbstzentriert ist.“

Leider geht es nicht nur um ungesundes zwischenmenschliches Verhalten, wie z.B. die Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Störungen, beispielsweise der Schizophrenie. Während in der Vergangenheit die Natur über das Schicksal unserer Erde entschieden hat, sind es heute wir Menschen, die denken, dass sie mehr sind als die Natur bzw. dass sie auf sie nicht Rücksicht nehmen müssen. Eine übertriebene Leistungs- und Konsumgesellschaft, welche sich in Überproduktion und Konsumismus äußert, wirkt zwar verführerisch auf unsere Sinnlichkeit, ergibt aber keinen Sinn.

Sich selbst gewahr werden als Teil einer umfassenden Natur und Lebenszusammenhängen ermöglicht, wieder zurück zu unserer Mitte zu finden.

Durch Moralisieren und Verurteilen von Menschen in Gute und Böse und auch durch rigide Einteilungen in sog. Gesunde und Kranke, verhalten wir uns unverbunden. Dadurch ignorieren und gefährden wir komplexere Zusammenhänge, die Gesundheit auf der individuellen und gesellschaftlichen Ebene zulassen.

Leid, Krankheit und Behinderung hängen auch mit Vorurteilen zusammen und verstärken sich dadurch. Vorurteile gegen Fremdes und angeblich Krankes etc. konservieren unsere Gesellschaft und drohen diese weiter zu erstarren in einer Sehnsucht nach einer goldenen Vergangenheit, die es nie gab.

Entfaltung unserer zwischenmenschlichen Beziehungen stellt daher einen wichtigen sozialen und gesundheitsfördernden Faktor dar. Durch Verbesserung der Kommunikation und Kooperation gelingt die weitere Vertiefung unserer Verbundenheit mit anderen Menschen. Dies wiederum vermindert unnötige Vorurteile, die nicht nur die Kranken stigmatisieren, sondern auch eine Gesellschaft dysfunktional werden lassen.

### Zusammenfassung

Der Umstand, dass wir uns bewusst machen, in welcher kritischer Zeit wir leben, hat auch seinen Vorteil. Das englische Sprichwort „Name it, to tame it“, auf Deutsch „benenne es, um es zu zähmen“, ähnelt der schon oben angeführten Äußerung von Ján Pečeňák.

Zu Verbundenheit gelangen wir nicht selten erst dann freiwillig, wenn wir aufhören die Situation, in welcher wir uns befinden, zu leugnen oder uns darüber zu streiten, wer daran schuld ist. Die Krise wird zu einer Chance, wenn Herausforderungen erkannt und benannt werden, die es zu bewältigen gilt.

Beim Durchlesen der Abstrakte für die Konferenz „Seelische Gesundheit und sinnvolles Leben“ habe ich mich immer wieder über das darin enthaltene Potential gefreut. Dieses Geschenk vieler erfahrener Menschen inspiriert dazu, die Zusammenhänge, die sie entfalten, gemeinsam während der Konferenz weiterzuentwickeln. Ich stelle mir schon vor, wie sich dieser Reichtum zunächst während der Vorträge ausdifferenziert und dann in den Workshops aufgearbeitet, um danach in den Pannediskussionen weiter integriert zu werden. Und was am ersten Tag der Konferenz nicht erreicht wird, kann dann in den darauffolgenden zwei Tagen fertiggestellt werden.

Es ist ein gutes Gefühl, dass uns ein gemeinsames Interesse an der Entwicklung der Zusammenarbeit im Bereich seelische Gesundheit in der Slowakei auf verschiedenen Ebenen verbindet, z.B. auf der individuellen und gesellschaftlichen, aber auch auf den lokalen, regionalen und nationalen Ebenen bis hin zur internationalen.

Das Austrittsmaterial könnte zu einem Beitrag für die Verwirklichung der schon am Anfang erwähnten wichtigen Vereinbarungen werden. Konkrete Strategie und ein Aktionsplan zur Unterstützung und weitere Entwicklung seelischer Gesundheit und zur Genesung von psychischen Erkrankungen und Behinderungen sind das Ziel dieser Tagung.

Freuen wir uns darüber, dass es uns gelungen ist, uns hier in Bratislava zu begegnen.

## RECOVERY IN MENTAL HEALTH: RESHAPING RESPONSIBILITIES

*Medical University of Vienna, Department of Psychiatry  
and Psychotherapy, Rakúsko/Austria*

### Objective:

Recovery-orientation is widely endorsed as a guiding principle of mental health policy. Implementation warrants an understanding of the resulting new scientific and clinical responsibilities.

### Methods:

Overview of published international guidelines, training modules and system transformation initiatives.

### Results:

Recovery is more than a bottom-up movement turned into top-down mental health policy in English-speaking countries. Recovery integrates concepts that have evolved internationally over a long time. It brings together major stakeholders in mental health, who share the responsibility for overcoming conceptual reductionism and unjustified prognostic negativism and move towards a rational and optimistic view of the possibilities of recovery. Recovery brings new rules for services, e.g. user involvement and person-centred care, as well as new tools for clinical collaborations, e.g. shared decision making and psychiatric

advance directives. Alternatives to conventional services, pertaining to e.g. acute crisis interventions and vocational rehabilitation need to be implemented in the context of emerging empirical evidence as well as legal developments with regard to self-determination and social inclusion. These developments are complemented by new anti-discrimination legislation and a call for participatory approaches. The collaboration between researchers with and without lived experience is paramount for meeting the scientific responsibilities of recovery-orientation. Such collaborations have consequences with regard to research topics (e.g. user defined outcome measures), methods (e.g. mixed methods) as well as dissemination (fast and broad). New clinical responsibilities also entail the inclusion of the lived experience in service planning, delivery and quality assurance. Data show peer support is feasible and effective in different forms. A proud exploitation and expansion of the possibilities of partnerships that support the promotion of recovery and the resilience and resources of persons with mental health problems and their families and friends has the potential to advance the mental health field combining good results with a good reputation and reduced stigma.



**Univ.Prof. Dr. Michaela Amering** is Professor of Psychiatry at the Medical University of Vienna, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Clinical Division of Social Psychiatry, with a focus of interest on psychosis and the development of the families' and the users' movements. She is a board member of the Austrian Association of Social Psychiatry and an Honorary Fellow of the European Society of Social Psychiatry. Her experience includes work in research and community psychiatry in the USA, UK, Germany and Ireland as well as engagement in international organisations such as EPA, WASP, WAPR and WPA, where she enjoys Honorary Membership.

## PEER INVOLVEMENT AND MENTAL HEALTH REFORM – A REFLECTION

*Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II  
der Universität Ulm Germany/Nemecko*

### Aim:

To try and understand (and hopefully make use of) the relationships between society, citizenship and mental health reform.

### Method:

Historical note and narrative review.

### Findings:

There have been mutual relationships between societal and cultural reform movements and mental health reform. The process of mental health reform in various countries across the world, e.g. USA, Italy and Germany bears witness to such links. Against a background of neoliberal and post-modernist societal and cultural change peer involvement is (also) an expres-

sion of “citizen involvement”, “social inclusion” and a “civil or civic society”. International literature on and evidence pertaining to peer involvement in mental health care will be referred to. An international project promoting peer involvement in psychosocial and mental health settings will be described. A number of projects in Germany aimed at strengthening peer involvement will be described.

### Conclusion:

In a dialectical relationship with wider social movements and professional mental health services peer involvement, peer-led research and peer-led services may help pave the way towards mental health reform across Europe (and elsewhere).

**Prof. Dr. Thomas BECKER** graduated in 1982, worked on psychiatric reform in Turin, Italy in 1982-1983 (doctoral thesis), then in internal medicine and neurology, started his specialist training in psychiatry in 1987, qualified as psychiatrist in 1991, worked as senior medical staff and was appointed lecturer (1994) at the Dep. of Psychiatry of Wuerzburg University. His research was on neuroradiology findings in patients with psychotic disorders. In 1995, he moved to the Section of Community Psychiatry at the Institute of Psychiatry, King's College London (Humboldt Foundation scholarship) and was involved in mental health services research and European trials. From 1998 to 2002 he worked at the Dep. of Psychiatry of Leipzig University where he held a Public Health professorial appointment. He was appointed head of the Department of Psychiatry II of Ulm University (at Bezirkskrankenhaus Guenzburg) in 2002, where he is senior medical director since 2008. He has led multi-centre randomised controlled trials and focuses on mental health services research and social psychiatry.

Professor Thomas Becker  
Department of Psychiatry II  
Ulm University  
Bezirkskrankenhaus Guenzburg  
Ludwig-Heilmeyer-Strasse 2  
D-89312 Guenzburg  
Phone +49 8221 962001  
Email t.becker@uni-ulm.de





## RESILIENCE IN THE PALATINATE REGION – MENTAL HEALTH AS SOCIAL TASK *Pfalzkllinikum, Germany/Nemecko*

Approximating mental health in a preventive way is still relatively new. For a long time science and service providers have strongly concentrated on clinical pictures and cure. By founding the initiative “The Palatinate makes itself/you strong – ways to resilience”, Pfalzkllinikum focused on a salutogenetic, i.e. an health promoting approach. By fostering both resilience and health literacy their aim is to prevent mental health problems and therewith reduce follow-up costs for individuals, the society and the health care system in the long run. Together with experts from health care, science and communication, the resilience initiative implements projects in the realms of work and organizational, individual and community resilience as an integrated approach.

Especially for the resilience of rural communities, the initiative is actively involved with their project called “The New Health in the Village”, concentrating on the district “Donnersbergkreis” in the northwestern part of the Palatinate. Considering that rural areas

face multiple challenges such as distant work places, educational or healthcare offers as well as few medical specialists, communities must be empowered to cope with these and grow from them instead of breaking. For this, especially villages have important advantages in comparison to cities: the spatial proximity and clarity create a feeling of belonging – the people care for and help each other. In order to use this potential, opportunities and space for encounter and exchange, for conviviality and health promotion must be discovered. Which offers and structures suit best for the region is to be found out in the two year research project – together with the people on-site.

### My contribution

On the conference I could report about our little community empowerment programme and our experiences to focus on health and not on illness. Furthermore, the little project will be the foundation of our anti-stigma and recovery work in our region.



**Paul Bomke**, Diploma in economics and public services, since February 2010 CEO at the Pfalzkllinikum fuer Psychiatrie und Neurologie (2,200 employees) (till 2010 senior manager of administration), a provider for mental health services in the palatine region, State of Rhineland-Palatinate (16 locations) and for Treatment in neurology in Klingenstein. He is also CEO of a Facility Management company (public limited) which provide a full range of facility services for hospitals and an out patient department (public limited) in the region around Kaiserslautern, Kusel and Landau and CEO of a community based services company (public limited).

His main focus is on improving strategic- and leadership issues in institutions for mental health services in the south of germany. A further focus of his work is to develop models and projects for community based mental health services, based on international experiences in this field. He is also concentrating on policy making in the field of integration and inclusion of mental ill and disabled persons in the communities.

Since 2018 public health approaches are part of the work of Paul Bomke. He promotes public-health theories and approaches to create new services which try to improve health and recovery on the individual and on the community level. Furthermore Pfalzkllinikum and Bomke are investing since 2019 in the provision of integrated service to redefine the role of a mental health hospital in the network of services in the communities..

Bomke was project leader of the „german learning group“ at the Alberta Family Wellness Initiative (AFWI). Since October 2014 Founder of the Initiative “Die Pfalz macht sich/dich stark Wege zur Resilienz” (the palatine region makes itself/you stronger – Ways to Resilience).

Bomke is since July 2018 Member of the Board of Mental Health Europe for the umbrella organization of community based services in Germany (Dachverband Gemeindepsychiatrie) and Member of the Commission for Psychiatry of the German Association of Hospitals and Member of the sub-committee mental health in the European Association of Hospital Managers (EAHM)

Palzkllinikum and Bomke won in February 2016 two Awards of the oneBigSocietyAwards: Award for Innovation (Initiative of the Year) and Excellence in Leadership Award

CEO

Pfalzkllinikum – Service Provider for Mental Health

[www.pfalzkllinikum.de](http://www.pfalzkllinikum.de)

[paul.bomke@pfalzkllinikum.de](mailto:paul.bomke@pfalzkllinikum.de)

[www.resilienz-pfalz.de](http://www.resilienz-pfalz.de)

[linkedin.com/in/paul-bomke-95095a10](https://www.linkedin.com/in/paul-bomke-95095a10)

## VÝSKYT DUŠEVNÝCH PORÚCH NA SLOVENSKU – MEDZERA V LIEČBE

Ústav epidemiológie, Lekárska fakulta  
Univerzity Komenského, Bratislava

Výskyt duševných porúch v populácii Slovenskej republiky bol naposledy mapovaný populačnými štúdiami pred viac ako desiatimi rokmi (EPID 2003, EPIA 2006 a EPIAF 2008). Populačný prieskum prevalencie duševných porúch pomocou komplexného štandardizovaného nástroja doposiaľ nebol uskutočnený.

Súčasnú situáciu vo výskyte a medzere v liečbe sme odhadli porovnaním počtu tých, čo sa na najčastejšie duševné poruchy v Slovenskej republike liečia (za rok 2015) s priemernou populačnou prevalenciou získanou z populačných prieskumov v európskych krajinách (Wittchen, 2011).

Sledovali sme tieto skupiny duševných porúch podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb, 10.revízie:

F10.2 Syndróm závislosti od alkoholu

F20 - F29 Schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi

F30 - F39 Afektívne poruchy (poruchy nálad)

F40 - F48 Neurotické, stresom podmienené a somatoformné poruchy (úzkostné poruchy)

Odhadujeme, že v Slovenskej republike sa 67% ľudí s príznakmi porúch nálad, 84 % ľudí s príznakmi úzkostných porúch a 81% tých,

čo majú príznaky závislosti od alkoholu nelieči, resp.nevyužíva psychiatrickú starostlivosť. Len u schizofrénie pozorujeme vyššie miery liečenej prevalencie (1.4% populácie) ako tie, ktoré sledovali Wittchen et al. pre psychotické syndrómy v EU (1,2%).

V oblasti psychosociálnej starostlivosti sme porovnali percento novopriznaných invalidných dôchodkov z dôvodu duševnej poruchy z celkového počtu novopriznaných invalidných dôchodkov na Slovensku v roku 2015 (17%) a priemer tohto istého ukazovateľa podľa prieskumu v krajinách OECD (35%). Na základe tohto porovnania odhadujeme, že 51% z tých, čo majú nárok na invalidný dôchodok z dôvodu duševnej poruchy na Slovensku, ho nedostávajú. V dôsledku prezentovanej medzery v liečbe a v sociálnej starostlivosti dochádza u ľudí, ktorí majú príznaky duševných porúch, nie sú však liečení a nedostávajú sociálnu pomoc, k zhoršeniu kvality života a taktiež potenciálne k porušovaniu viacerých ľudských práv – najmä práv v oblastiach diagnostiky a liečby duševných porúch, v zamestnávaní, bývaní, poskytovaní komunitných služieb, sociálnej starostlivosti a rehabilitácie.

## PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS IN THE SLOVAK REPUBLIC – TREATMENT GAP

Institute of Epidemiology, Faculty of  
Medicine, Comenius University, Bratislava

The prevalence of mental disorders in the population of the Slovak Republic was mapped by partial population studies more than a decade ago (EPID 2003, EPIA 2006 and EPIAF 2008). A population survey through a comprehensive standardized instrument has not been implemented in the country yet.

We have assessed the current mental disorder prevalence and possible treatment gap by comparing the number of people using psychiatric services in the Slovak Republic (in 2015) and the average population prevalence from European countries that implemented population surveys (Wittchen, 2011).

We studied the following diagnostic groups of the International Classification of Diseases – 10th revision:

F10.2 Alcohol dependence syndrome

F20 - F29 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders

F30 - F39 Mood (affective) disorders

F40 - F48 Neurotic, stress-related and somatoform disorders (anxiety disorders)

We estimate 67% of people with mood disorders, 84 % of anxiety disorders and 81% of those with alcohol dependence are not being treated and not using psychiatric services. In schizophrenia disorders, 1.4% of the Slovak population is being treated while the European population average is 1.2%.

To assess the psychosocial care we have compared the percentage of newly granted disability pensions due to mental disorder out of all newly granted disability pensions in the Slovak Republic in 2015 (17%) with the average of the same indicator for several surveyed OECD countries (35%). Based on this comparison we estimate 51% of those that are eligible for disability pension due to mental disorder in Slovakia are not receiving it. The estimated gap in treatment and social care in people with untreated mental disorders is represented in the worsened quality of life and breach of several human rights – mainly right for diagnosis and treatment, employment, the standard of living, community services, social care, and rehabilitation.



Doc. MUDr. Alexandra BRAŽINOVÁ, PhD., MPH je zástupkyňa prednostky na Ústave epidemiológie Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. Vo výskume sa venuje najmä epidemiológii neprenosných chorôb. Dlhodobo sleduje a skúma epidemiológiu duševných porúch – prevalenciu ochorení, využívanie zdravotníckych a sociálnych služieb starostlivosti, bariéry a medzery vo využívaní týchto služieb. Doc.Bražinová je taktiež koordinátorkou medzinárodných programov Zippyho kamaráti a Kamaráti Jablčka na rozvoj sociálnych zručností u 5-10 ročných detí.



# DUŠEVNÉ ZDRAVIE V KONTEXTE MENIACICH SA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB, ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI A DOHOVORU O PRÁVACH OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM (ĎALEJ LEN CRPD)

## Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, Bratislava, Slovensko/Bratislava, Slovakia

**Ciel:** Vysvetliť a spoločne porozumieť potrebe zmien a aktívnej podpory duševného zdravia v nadväznosti na meniace sa cieľové skupiny v sociálnych službách a zdravotnej starostlivosti v kontexte CRPD v Slovenskej republike.

**Metóda:** Odborný prehľad aktuálnej situácie v oblasti sociálnych služieb v kontexte CRPD a duševného zdravia.

**Výstupy:** Slovenská republika ratifikovala v roku 2010 Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, čo viedlo k tomu, že do oblasti sociálnych služieb výrazne vstúpil ľudsko-právny prístup poskytovania služieb. Okrem toho je možné v posledných 10 – 15 rokoch sledovať výrazné zmeny v zložení cieľových skupín sociálnych služieb, kde sa rapídne zvyšuje počet ľudí, ktorí potrebujú podporu v oblasti duševného zdravia. Dôvody vzniku tejto potreby sú rôzne – či je to starnutie populácie, reakcie na zmeny v spoločnosti, závislosti, zdravotné postihnutie a ďalšie. Vo všeobecnosti ide o obrovskú skupinu ľudí na Slovensku, čo vedie k tomu, že to je najväčšia záležitosť spoločnosti. Na jednej strane sa výrazne zvyšuje potreba podporných služieb v oblasti duševného zdravia. No na druhej strane systém zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb na to nedokáže pružne a efektívne reagovať v súlade s požiadavkami CRPD. Namiesto sociálnych služieb a zdra-

votnej starostlivosti, ktoré by boli založené na podpore dodržiavania ľudských práv, prevencii a predchádzaniu sociálneho vylúčenia je dlhodobo udržiavaný inštitucionálny systém starostlivosti, ktorý miesto zotavenia (recovery) práve problémy v oblasti duševného zdravia jednotlivca ešte prehľbuje. Podpora duševného zdravia sa týka všetkých ľudí a nielen tých, ktorí sú v systéme psychiatrickej zdravotnej starostlivosti. Dušené zdravie nie je len zdravotný problém. Je potrebné hľadať komplexné riešenia naprieč rôznymi systémami a rezortami – zdravotníctvo, sociálne veci, školstvo, spravodlivosť, ale aj kultúra a financie. Všetky tieto oblasti sú výrazne ovplyvnené duševným zdravím populácie, ktoré nie je dostatočne a systémovo podporované. Potreba zmien a reforiem je nevyhnutná a mali by sa začať pripravovať obratom.

**Záver:** V Slovenskej republike narastá potreba podpory duševného zdravia, ktorá je ale nedostatočná a je orientovaná na inštitucionálne riešenia, ktoré často nie sú v súlade so CRPD. Slovensko akútne a nevyhnutne potrebuje reformu v oblasti duševného zdravia, ktorá sa bude týkať predovšetkým zdravotníctva a sociálnych vecí, ale aj ďalších oblastí ako je školstvo, spravodlivosť a iné. Potrebujeme sa pohnúť smerom k integrovanej a komunitnej podpore duševného zdravia.

# MENTAL HEALTH IN THE CONTEXT OF CHANGES IN SOCIAL SERVICES, HEALTH CARE AND THE CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES (HEREINAFTER CRPD)

**Objective:** To explain and to understand the need for change and active promotion of mental health following the change of target groups in social services and healthcare in the context of CRPD in the Slovak Republic.

**Method:** An overview of the current situation in the field of social and health services in the context of CRPD and mental health.

**Outputs:** The Slovak Republic has ratified the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in the year 2010, leading to the fact that a human rights approach in the provision of services has been significantly entered into the social and health services area. In addition, significant changes in the composition of the social services target groups can be observed in the last 10-15 years. The number of people in need of mental health support is increasing rapidly. The reasons are different – whether it is an ageing population, response to changes in society, addictions, disability and others. In general, we are talking about a huge group of people in Slovakia, which lead us to the fact that it is a major matter for society. On the one hand, the need for support services in the field of mental health is significantly increased. However, on the other hand, the health care and social services system fail to respond flexibly and effectively in accordance with CRPD require-

ments. Instead of social services and health care, that would be based on promoting respect for human rights and prevention of social exclusion, the long-term institutional system of care is maintained. This institutional system deepens mental health problems of individuals, instead of their recovery. Promoting mental health affects all people, not only those who are in the mental health care system. Mental health is not just a health problem. It is necessary to look for complex and integrated solutions across different systems and sectors – health, social affairs, education, justice, culture and finance. All these areas are significantly influenced by the mental health of the population, which is not sufficiently and systemically supported. The need for change and reform is necessary and should start its preparation right now.

**Conclusion:** In the Slovak Republic, there is a growing need for promotion of mental health, but it is inadequate and mostly oriented towards institutional solutions that are often not in accordance with CRPD. Slovakia have acute and inevitably need for a reform in the field of mental health, which will primarily concern health and social affairs, but also other areas such as education, justice and others. We need to move towards integrated community approach of promotion of mental health.

**Miroslav Cangár** - vyštudoval som sociálnu pedagogiku v Nórsku a sociálnu prácu na Slovensku, absolvoval viacero kurzov v sociálnej oblasti a vzdelávaní. Od roku 2003 pracuje v Rade pre poradenstvo v sociálnej práci ako sociálny poradca, supervízor, lektor a projektový manažér. Spolupracuje s inými organizáciami v treťom sektore a verejnej správe, samospráve a v školstve; nadáciami zo sociálnej oblasti na Slovensku a aj v zahraničí. V minulosti pracoval pre MPSVR SR, MZ SR, MZ ČR. V súčasnosti stále pracuje v Rade pre poradenstvo v sociálnej práci a zároveň je odborným garantom Národného projektu deinštitucionalizácie zariadení sociálnych služieb – podpora transformačných tímov. Odborne sa venuje oblasti deinštitucionalizácie, transformácie, kvalite sociálnych služieb, integrovanej starostlivosti a individuálnemu plánovaniu.

PhDr. Miroslav Cangár, PhD.

Rada pre poradenstvo v sociálnej práci

Social Work Advisory Board

miroslav@cangar.sk



## A EUROPEAN COMPARATIVE PERSPECTIVE ON MENTAL HEALTH AND HUMAN RIGHTS: STEPS TOWARDS INTEGRATED AND MEANINGFUL LIVES.

### *Mental Health Europe, Brussels*

**A**cross the European Union (EU), hundreds of thousands of people with disabilities and mental health problems live in segregated residential institutions. Such institutions do not serve the aim of bringing about full inclusion of persons with mental ill health nor provide a path to recovery.

Mental Health Europe's (MHE) report *Mapping and Understanding Exclusion* gives an overview of the state of play of institutional and community-based services in the mental health field in Europe. The report captures comprehensive information on European countries' mental health laws, the use of involuntary or forced placements and treatments, the practice of seclusion and restraint, as well as emerging issues in the mental health field in Europe.

Mapping and Understanding Exclusion shows that institutional care, the use of coercion, forced medication, loss of rights and reliance on involuntary hospitalisation of people

living with mental ill health are a real problem all around the Europe. Evidence points to the fact that the progress in Central and Eastern European countries in implementing EU-funded deinstitutionalisation programmes has been rather slow, and there are limited data about the actual outcomes of these programmes for people with mental health problems.

MHE will present the findings of the *Mapping and Understanding Exclusion* report and its key recommendations, including the adoption of holistic deinstitutionalisation strategies, supported by adequate investment States and adoption of policies aiming at reduction of coercion and ultimately eliminate such practices in line with human rights standards. Recommendations will be presented to provide a European perspective feeding into the implementation of the National Mental Health Programme in Slovakia and accommodating international obligations concerning the rights of person with mental disabilities.

**Mgr. Nikoleta Bitterová, PhD.** v súčasnosti pracuje pre európsku neziskovú organizáciu Mental Health Europe so sídlom v Bruseli, ktorá združuje členov z celej Európy s cieľom advokačnej činnosti v prospech práv osôb, ktoré čelia problémom s duševným zdravím.



Organizácia sa zároveň venuje aj podpore a rozvoji duševného zdravia, pričom Nikoletinou úlohou je predovšetkým presadzovanie ľudskoprávných štandardov, najmä prostredníctvom implementácie Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím. Nikoleta má rozsiahle skúsenosti s ľudskoprávnou problematikou, najmä vďaka predchádzajúcemu pôsobeniu na Ministerstve spravodlivosti SR v Kancelárii zástupcu SR pred Európskym súdom pre ľudské práva, ako aj v medzinárodných systémoch ochrany ľudských práv akými sú Európska únia, Rada Európy či Organizácia spojených národov. Nikoleta je absolventkou doktorandského štúdia na Právnickej fakulte Masarykovej univerzity v Brne.

## MÔJ ŽIVOT SA STÁVA ZASE MOJÍM ŽIVOTOM

### *Klub priateľov duševného zdravia v Michalovciach, Slovensko/Slovakia*

**N**áš klub priateľov duševného zdravia sa chce aktívne zúčastniť so svojimi príspevkami na konferencii v Bratislave. Svojimi príspevkami chceme ukázať, že aj ľudia, ktorí psychicky ochoreli, sa vedia začleniť do spoločnosti. Choroba nám veľa vzala, ale aj dala. Máme iný pohľad na svet. Napríklad máme nasledovné priority: Zdravie, záľuby, priatelia a rodina. Paradoxne, práve tieto oblasti prispeli v minulosti v značnej miere k nášmu utrpeniu. Napríklad nám bolo vsugerované, že sme chorí a že sme za naše ochorenie sami vinní a zodpovední, že nevieme poriadne pracovať a robiť, a preto sa nemáme zaujímať ani o žiadne záľuby. Ostatní nás vnímali skôr ako ne-

priateľov, nie ako priateľov, a tak sme sa stiahli a nevytvárali sme priateľstvá. Napokon, sme neraz zažili aj to, že v našej pôvodnej rodine sme sa cítili byť príčinou hádok a rôznych nezrovnalostí. Dnes si svoje zdravie napríklad posilňujeme tým, že sa učíme väčšej vyváženosti medzi pohybom a oddychom. Neraz zistíme, že našimi záľubami sa stane niečo, čo iní nazývajú práca, napríklad varenie, vytváranie rôznych výrobkov alebo umelecká činnosť. Priateľov nájdeme nielen medzi spolubývajúcimi, ale aj medzi ľuďmi mimo našich zariadení v meste Michalovce. Niektorí z nás si aj založili svoju vlastnú rodinu, druhí zase hovoria o tom, že Integra sa im dočasne stáva náhradnou rodinou.

## MEIN LEBEN WIRD WIEDER ZU MEINEM LEBEN

**U**nsere Klub der Freunde für seelische Gesundheit will mit seinen Beiträgen zur Konferenz in Bratislava zeigen, das auch Menschen, die psychisch erkrankt sind, sich in die Gesellschaft integrieren können. Unsere Krankheit nahm uns zwar viel, aber wir haben auch viel erhalten. Wir haben eine andere Sicht auf die Welt. Zum Beispiel haben wir folgende Prioritäten: Gesundheit, Hobbies, Freunde und Familie. Paradox trugen gerade diese Bereiche in der Vergangenheit im bedeutenden Maße zu unseren Leiden bei. Z.B. wurde uns suggeriert, dass wir krank und dafür schuldig und verantwortlich sind, dass wir nicht ordentlich arbeiten können und uns somit auch für keine Hobbies interessieren dürfen. Andere nahmen uns we-

niger freundlich, dafür jedoch eher feindlich wahr, und nicht selten spürten wir uns in unseren Ursprungsfamilien als Grund für Streitereien und verschiedene Unzufriedenheiten. Unsere eigene Gesundheit stärken wir uns zum Beispiel dadurch, dass wir mehr Ausgleich zwischen Bewegung und Erholung lernen. Nicht selten stellen wir fest, dass unsere Hobbies etwas sind, was andere Arbeit nennen, z.B. Kochen, Herstellen verschiedener Produkte oder künstlerische Tätigkeit. Freunde finden wir nicht nur unter Mitbewohnern, sondern auch unter Menschen außerhalb unserer Einrichtungen in der Stadt Michalovce. Manche von uns haben auch ihre eigene Familie gegründet und andere sprechen wieder davon, dass Integra vorübergehend ihre Ersatzfamilie sei.

**Volám sa Martina Džarová**, mám 46 rokov. Snažím sa plnohodnotne žiť s duševným ochorením, ktoré mi diagnostikovali pred 27 rokmi ako paranoidnú schizofréniu. Napriek tomu som šťastne vydatá už 13 rokov. Aj keď som invalidnou dôchodkyňou, som tiež aktívnou členkou Integry, o. z. od jej vzniku a zasadám v rade Integry. V rámci pracovnej činnosti sa venujem práci v krajskej dielni, kde vytváram rôzne dekoratívne predmety a výrobky. Svoje skúsenosti s duševnou chorobou prezentujem v rámci školského projektu „Šialený? No, a!“. Spolu s ostatnými prijímateľmi sme v Integre, o. z. založili Klub priateľov duševného zdravia, kde sa stretávame a pracujeme na príprave psychiatrickej konferencie v Bratislave v septembri 2019.





## IMPLEMENTACE CENTRA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ JAKO KLÍČOVÉHO PRVKU KOMUNITNÍ PÉČE DO PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE BOHNICE - CASE STUDY

*Psychiatricka nemocnice Bohnice, Centrum duševního  
zdraví Praha, Česká republika/Czech Republic*

**C**ase study je podaná ze dvou pohledů. Pohled organizační reprezentuje ředitel Psychiatrické nemocnice Bohnice (PNB) a pohled praktické implementace vedoucí lékař Centra Duševního Zdraví (CDZ).

První pohled zachytává vytváření prostoru pro nový prvek (CDZ) ve zdravotnické legislativě, úhradových mechanismech a také v rigidní organizační struktuře PNB. Poukazuje na problematiku získání podpory zřizovatele (Ministerstvo Zdravotnictví ČR), vyjednávání standardů péče v různorodé skupině poskytovatelů

neinstitucionálních služeb (převážně sociálních) pro duševně nemocné, navazování spolupráce s nimi. V neposlední řadě poukazuje na finanční rizika a limity nové služby.

Druhý pohled zachytává profesní vývoj lékaře lůžkového zařízení směrem k roli lékaře multidisciplinárního týmu. Poukazuje na nutnost změn základního hodnotového rámce a vnášení nového paradigmatu do tvořícího se týmu. Reflektuje vytváření multidisciplinárního týmu z původní skupiny spolupracovníků. Popisuje vývoj spolupráce zdravotníků se sociálním pracovníky. Přináší také názorné kazuistiky klientů CDZ.

## IMPLEMENTATION OF THE MENTAL HEALTH CENTER AS A KEY ELEMENT OF COMMUNITY CARE IN TO THE PSYCHIATRIC HOSPITAL BOHNICE - CASE STUDY

**T**he case study is presented from two perspectives. The organizational view is represented by the director of the Psychiatric Hospital Bohnice (PHB) and a view of the practical implementation is presented by the head physician of the Mental Health Center (MHC).

The first view captures the creation of space for a new element (MHC) in health legislation, reimbursement mechanisms and also in the rigid organizational structure of PNB. It points out the issue of obtaining support of the founder (Ministry of Health of the Czech Republic), negotiating standards of care in a diverse group of providers of non-institutional services (mostly

social care) for the people with mental health issues and establishing cooperation with them. Last but not least, it highlights the financial risks and limits of the new service.

The second view captures the professional development of the inpatient physician towards the role of a member in the multidisciplinary team. It points to the necessity of changing the basic value framework and introducing a new paradigm into the team. It reflects the creation of a multidisciplinary team from the original group of colleagues. It describes the development of cooperation between health professionals and social workers. It also presents illustrative case studies of MHC clients.

## PREVENTÍVNÝ PROGRAM O DUŠEVNOM ZDRAVÍ PRE MLÁDEŽ S NÁZVOM „ŠIALENÝ? NO A!“ NA SLOVENSKU

*Integra, o. z. - Združenie pre duševné zdravie, Michalovce, Slovensko  
Association for Mental Health Integra, Michalovce, Slovakia*

**V** období mladosti si ľudia stanovujú smer pre svoj život. Vitalita, zvedavosť, radosť z experimentovania. Asi v žiadnom veku to nie je také výrazné ako v adolescencii. Avšak žiadny vek nie je tak náchylný na problémy, ktoré presahujú vlastné možnosti riešenia: psychické zdravotné problémy, nadmerné užívanie alkoholu a iných látok, sebaškodujúce správanie alebo kriminalita, nezačínajú v žiadnej životnej fáze tak často, ako práve v adolescencii. Práve preto, že mladí ľudia v tomto období testujú riskantné vzory správania, ktoré sa nie zriedka stanú návykom, a potom, v dospelosti, pokračujú, je táto časť života významná pre zasahujúce, preventívne opatrenia.

Integra, o. z. na Slovensku od roku 2005 realizuje preventívny program o duševnom zdraví pre mládež s názvom „Šialený? No a!“, ktorého jadrom sú priame stretnutia mladých ľudí na stredných (a základných) školách s ľuďmi, ktorí majú osobnú skúsenosť s duševnou chorobou a životom s ňou. Takéto stretnutia vytvárajú priestor pre ľahšie pochopenie doteraz nepochopiteľných vecí, odbúrávajú strach a predsudky.

Vo svojom príspevku by sme radi poukázali na dôležitosť preventívnych programov v oblasti duševného zdravia a postavenie programu „Šialený? No a!“ u nás, pretože vždy je lepšie predchádzať ako následne liečiť.

## PREVENTIVES PROGRAMM ÜBER SEELISCHE GESUNDHEIT FÜR DIE JUGEND „VERRÜCKT? NA UND!“ IN DER SLOWAKEI

**I**m Jugendalter suchen Menschen oft ihre Lebensrichtung. Vitalität, Neugier, Freude am Experimentieren. Vielleicht in keinem Alter ist das so ausgeprägt, wie in der Adoleszenz. Jedoch ist auch kein Alter so fragil bei Problemen, welche die eigenen Lösungsmöglichkeiten überschreiten: psychische Gesundheitsprobleme, übermäßiger Alkohol- und Drogenkonsum, Selbstverletzung, kriminelles Verhalten beginnen in keiner Lebensphase so oft, wie in der Adoleszenz. Gerade deshalb, weil junge Menschen in diesem Alter risikovolles Verhalten ausprobieren, welche nicht selten zur Gewohnheit werden und im Erwachsenenalter weiter bestehen, ist dieses Alter wichtig für vorbeugende Maßnahmen.

Integra verwirklicht seit 2005 ihr Präventivprogramm „Verrückt? Na und!“, dessen Wesen in direkten Treffen junger Menschen in Grund- und Mittelschulen mit Menschen, die Erfahrung mit psychischen Erkrankungen haben. Solche Treffen eröffnen einen Begegnungsraum für besseres Verstehen bisher unverständlicher Zusammenhänge, reduzieren Angst und Vorurteile.

In meinem Beitrag möchten wir gern darauf hinweisen, wie wichtig preventive Programme wie „Verrückt? Na und!“ in Bereich der seelischen Gesundheit sind. Denn es ist immer besser vorzubeugen, als die Folgen zu behandeln.

**Ing. Jana Hurová, PhD.** – je absolventkou Ekonomickej univerzity v Bratislave, od roku 2002 pracuje v Združení pre duševné zdravie - Integra, o. z., podpredsedníčka, od roku 2006 ako riaditeľka združenia. Je členkou Rady duševného zdravia zriadenej na Ministerstve zdravotníctva SR za účelom aplikácie Národného programu duševného zdravia SR a členkou Rady zástupcov zdravotne postihnutých zriadenej v Meste Michalovce.



## SME NA SLOVENSKU PRIPRAVENÍ NA REFORMU PSYCHIATRICKEJ STAROSTLIVOSTI?

*Slovenská psychiatrická spoločnosť, o. z. SLS  
Psychiatrická klinika LF UK a UN Bratislava, Slovensko*

Už niekoľko rokov sme svedkami realizácie reformy psychiatrickej starostlivosti v Českej republike. Navyše dlhodobo vnímame, že fungovanie psychiatrie ako odboru na Slovensku nespĺňa naše predstavy. Politika Duševného zdravia je málo aktívna a odbor funguje nedostatočne pre našich pacientov, ale súčasne aj pre nás, psychiatrov a ďalších odborníkov pracujúcich v oblasti duševného zdravia. Uvedomujeme si, že sú nevyhnutné systémové zmeny. Výhodou je, že naše aktivity môžeme nadviazať na tri dôležité dokumenty: Reformu psychiatrickej starostlivosti v SR, ktorá bola publikovaná v r. 1999 (1), Národný program duševného zdravia, ktorý prijala Vláda SR v roku 2004 (2) a Konceptiu zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria v Slovenskej republike (3) z roku 2006. Potrebné je ich však vnímať ako východiskový a študijný materiál, ktorý potrebuje aktualizáciu.

Výbor Slovenskej psychiatrickej spoločnosti spolu s hlavnými a krajskými odborníkmi MZ SR v oblasti psychiatrie riešia v súčasnosti široké portfólio problémov v oblasti politiky duševného zdravia. Pri týchto aktivitách narážajú na mnohé prekážky, z nich veľmi dôležitá je nespolupráca rezortu zdravotníctva a sociálneho rezortu, ktorá predstavuje významný limit ďalšieho rozvoja starostlivosti o duševné zdravie a ľudí s duševnými

poruchami. Ďalším negatívnym faktorom je tiež skepsa, ktorá má, vzhľadom k dlhému nepriaznivému vývoju situácie na Slovensku, svoje opodstatnenie, avšak obmedzuje snahy o zmenu.

Výbor Slovenskej psychiatrickej spoločnosti založil svoje programové vyhlásenie na troch dôležitých hodnotách, sú nimi „Kontinuita, transparentnosť a spolupráca“. Chce nadviazať na to, čo už bolo v odbore psychiatria urobené, transparentne komunikovať svoje aktivity a koordinovať, v spolupráci odokrývať, pomenovávať a riešiť to, čo je potrebné. K spolupráci pozýva všetkých, ktorí pocítia záujem, od nadšencov až po skeptikov, pretože iba v otvorenej diskusii je možné adekvátne zodpovedať otázku, či sme na Slovensku pripravení na reformu psychiatrickej starostlivosti a dôraznejšie upozorniť kompetentných na nevyhnutnosť systémových zmien.

### Literatúra

1. J. Hašto, P. Breier, P. Černák, A. Rakús et al: Reforma psychiatrickej starostlivosti v SR, Vydavateľstvo F, Trenčín, 1999
2. Národný program duševného zdravia, 2004, dostupné on-line: <http://www.psychiatry.sk/cms/File/NPDZ.pdf>
3. Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria v Slovenskej republike, Vestník MZ SR, 54, 2006

## SIND WIR IN DER SLOWAKEI AUF EINE PSYCHIATRIEREFORM VORBEREITET?

Schon einige Jahre sind wir Zeugen der Verwirklichung einer Psychiatriereform in Tschechien. Außerdem nehmen wir schon länger wahr, dass das Funktionieren der Psychiatrie als Fachgebiet in der Slowakei unsere Vorstellungen nicht erfüllt. Die Politik seelischer Gesundheit ist

wenig aktiv und unser Fachgebiet ist nicht nur für unsere Patienten, sondern gleichzeitig für uns Psychiater und weitere Fachleute, die im Bereich der seelischen Gesundheit arbeiten, ungenügend wirksam. Wir sind uns bewusst, dass Systemänderungen notwendig sind.

Ein Vorteil besteht darin, dass wir unsere Aktivitäten auf drei wichtige Dokumente beziehen können: die 1999 publizierte Reform psychiatrischer Versorgung in der Slowakischen Republik (1), das Nationalprogramm für seelische Gesundheit, welches die Regierung der Slowakischen Republik 2004 verabschiedete (2) und die Konzeption der gesundheitlichen Versorgung im Fachgebiet Psychiatrie in der Slowakischen Republik (3) aus dem Jahre 2006. Es ist jedoch notwendig, diese als ein Ausgangs- und Studienmaterial wahrzunehmen, das einer Aktualisierung bedarf.

Der Vorstand der Slowakischen Gesellschaft für Psychiatrie löst derzeit in Zusammenarbeit mit den Landes- und Bezirksfachleuten des Gesundheitsministeriums der Slowakischen Republik im Gebiet Psychiatrie ein breites Spektrum von Problemen im Bereich der Politik seelischer Gesundheit. Dabei stoßen sie auf viele Hindernisse, wobei ein sehr wichtiges die ungenügende Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und Sozialressort ist, welche eine bedeutende Begrenzung der weiteren Versorgungsentwicklung im Bereich seelische Gesundheit und für Menschen mit psychischen Erkrankungen darstellt. Ein weiterer negativer Faktor ist auch die Skepsis, welche auf einer länger währenden ungünstigen Entwicklung der Situation in der Slowakei gründet, jedoch Bemühungen zur Änderung begrenzt.

Der Vorstand der Slowakischen Gesellschaft für Psychiatrie geht bei seiner programatischen Verkündung von folgenden drei wichtigen Werten aus, „Kontinuität, Transparenz, Zusammenarbeit“. Er kann daran anknüpfen, was schon im Bereich Psychiatrie verwirklicht wurde, seine Aktivitäten transparent kommunizieren und koordiniert, in Zusammenarbeit all das aufdecken, benennen und lösen, was notwendig ist. Er lädt alle zur Zusammenarbeit ein, welche daran Interessiert sind, von Begeisterten bis zu Skeptikern, weil nur in einer offenen Diskussion es möglich ist, adäquat die Frage zu beantworten, ob wir in der Slowakei auf eine Psychiatriereform vorbereitet sind, um deutlicher die Kompetenzen auf die Notwendigkeit von Systemänderungen aufmerksam zu machen.

### Literatur

1. J. Hašto, P. Breier, P. Černák, A. Rakús et al: Reforma psychiatrickej starostlivosti v SR, Vydavateľstvo F, Trenčín, 1999
2. Národný program duševného zdravia, 2004, dostupné on-line: <http://www.psychiatry.sk/cms/File/NPDZ.pdf>
3. Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria v Slovenskej republike, Vestník MZ SR, 54, 2006

**Lubomíra Izáková** pracuje na Psychiatrickej klinike LFUK a UN Bratislava ako odborná asistentka. Od roku 2018 je tiež zástupkyňou prednostu pre pedagogickú činnosť. Vyučuje aj na Filozofickej fakulte a na Právnickej fakulte UK v Bratislave. V minulosti pôsobila ako externý pedagóg na Akadémii policajného zboru. Od roku 2007 je súdnou znalkyňou v odvetvi



psychiatria. V minulosti dve funkčné obdobia pracovala vo výbore Sekcie psychiatrov v špecializačnej príprave, naposledy ako vedecská sekretárka. Ostatné volebné obdobie je členkou výboru Sekcie biologickej psychiatrie. V časopisoch Psychiatria pre prax, Česká a slovenská psychiatria a Bedeker zdravia je členkou redakčnej rady. Prezidentkou SPsS SLS je od roku 2015 a od júna 2018 je aj hlavnou odborníčkou MZ SR pre odbor psychiatria. Tiež prednáša a publikuje vo svojom odbore, venuje sa najmä témam psychotických a afektívnych porúch.

MUDr. Lubomíra Izáková, PhD.  
Psychiatrická klinika LFUK a UN Bratislava  
Slovenská psychiatrická spoločnosť SLS  
[lubomira.izakova@gmail.com](mailto:lubomira.izakova@gmail.com)



# DEMENCIA

## AKO PRIORITA VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA

Ústav sociálnej a behaviorálnej medicíny,  
Lekárska fakulta, UPJŠ v Košiciach, Košice, Slovensko  
Katedra sociálnej práce, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,  
Trnavská univerzita v Trnave, Trnava, Slovensko

### Úvod:

Demencia je najväčšou globálnou výzvou pre zdravotnícke a sociálne systémy v 21. storočí. V roku 2018 celosvetovo žilo s demenciou 50 miliónov ľudí, pričom do roku 2050 sa predpokladá viac ako trojnásobný nárast tohto ochorenia. Odhaduje sa, že na Slovensku v roku 2040 vzrastie počet osôb s demenciou na 180.000. Demencia zahŕňa viac ako 100 foriem, pričom najčastejšie sa vyskytuje Alzheimerova demencia. Štúdie poukazujú na to, že osoby vo veku nad 65 rokov žijú po jej diagnostikovaní priemerne od 4 do 8 rokov, niektorí však aj viac ako 20 rokov.

### Metódy

Rozpoznaných je 25 protektívnych a rizikových faktorov súvisiacich s demenciou, pričom potenciálne modifikovateľné faktory predstavujú 35% všetkých rizikových faktorov. Tieto faktory sú rozdelené do šiestich okruhov: biomarkery, demografické faktory, životný štýl, medicínske faktory, liečivá a prostredie. Na dôkazoch založené poznatky poukazujú na zatiaľ neúspešnú liečbu demencie založenú na farmakologickej medikácii a na význam podpory zdravia, primárnej a sekundárnej prevencie vo vzťahu k demencii. Od roku 2006 boli uskutočnené v Európe tri rozsiahle intervenčné štúdie prevencie demencie zahŕňajúce 6400 účastníkov.



MUDr. Zuzana Katreniaková, PhD. sa v rámci svojho pôsobenia na Lekárskej fakulte UPJŠ v Košiciach venuje najmä zdravotno-sociálnej starostlivosti o osoby vo vyššom veku a o osoby s duševným zdravotným postihnutím. Niekoľko rokov pôsobí v oblasti poskytovania domácej opatrovateľskej služby. Je členkou odbornej pracovnej skupiny AOPP v rámci projektu Stratégia dlhodobej starostlivosti na Slovensku. Je odborným garantom projektu Fórum prevencie, ktorého cieľom je zvýšenie účasti dospelých populácie na preventívnych prehliadkach. Ako členka Európskej asociácie verejného zdravotníctva (EUPHA) a predsedníčka Slovenskej asociácie verejného zdravia (SAVEZ) sa orientuje tiež na prenos výsledkov výskumu do politiky a praxe verejného zdravotníctva.

# DEMENCIA

## AS A PUBLIC HEALTH PRIORITY

Department of Social and Behavioural Medicine,  
Faculty of Medicine, PJ Safarik University, Kosice, Slovakia  
Department of Social Work, Faculty of Health and Social Work,  
Trnava University in Trnava, Trnava

### Introduction:

Dementia is the biggest global challenge for health and social systems in the 21<sup>st</sup> century. In 2018, 50 million people lived with dementia worldwide and by 2050 more than three-fold increase in the disease is predicted. It is estimated that in 2040 the number of people with dementia will rise to 180,000 in Slovakia. The term dementia currently includes more than 100 forms with Alzheimer's dementia being the most common form present of all cases. Studies show that people aged 65+ live on average from 4 to 8 years after this diagnosis, some more than 20 years.

### Methods:

About 25 protective and risk factors related to dementia of various aetiologies are well recognized, with potentially modifiable factors presenting 35% of all risk factors. These factors are divided into six areas: biomarkers, demographic factors, lifestyle, medical factors, pharmaceuticals, and the environment. The evidence-based findings point to the currently unsuccessful treatment of dementia based on pharmacological medication and to the importance of health promotion, primary and secondary prevention in relation to dementia. Since 2006, three large dementia prevention studies were carried out in Europe including 6400 participants.

### Results:

The goal of the PreDIVA study was to reduce the vascular risk factors in a 6-year multidisciplinary, nurse-led randomized controlled trial (RCT) performed in primary care settings for participants aged 70-78 years. The MAPT has been proposed as an approach to study the effect of isolated omega-3 fatty acid supplementation, isolated multidisciplinary intervention (consisting of nutritional counselling, physical exercise, and cognitive stimulation) or a combination of two interventions to change the cognitive functions of frailty subjects over 70 years during the period of 3 years. The FINGER study compared participants aged 60-77 years received either multimodal intervention (cognitive training, exercise, nutrition, and monitoring of vascular risk) or general health counselling.

### Conclusions:

A common benefit of these studies is the proposal for conditions for the implementation of the RCTs and a hypothetical model highlighting the importance of optimized timing for preventive dementia strategies across lifespan. [Grant support: APVV-15-0719].

### Key words:

dementia, prevention, interventions, life-course approach, public health

## REFORMA PSYCHIATRICKEJ STAROSTLIVOSTI Z POHLADU ĽUDSKÝCH PRÁV

*Fórum pre ľudské práva  
Kancelária Verejnej ochrankyne práv,  
Brno, Česká republika*

Poskytovanie psychiatrickej starostlivosti veľmi úzko súvisí s otázkou ochrany základných práv a slobôd. Nejde len o problém pozbavovania osobnej slobody a nedobrovoľných hospitalizácií, ale aj otázku, aké konanie už v kontextu psychiatrickej starostlivosti predstavuje zlé zaobchádzanie, či akým spôsobom súvisia ľudské práva s informovaným súhlasom. Zároveň je možné tieto praktické problémy do určitej miery prekročiť a zamerať sa na všeobecnejšiu otázku, či z ľudských práv môžeme vôbec odvodiť povinnosť nejakým spôsobom poskytovať starostlivosti nastaviť. Inými slovami, či má človek nárok na starostlivosť zaistenú určitým spôsobom, napríklad inštitucionálne. Na scénu vstupuje otázka

ambulantných a komunitných služieb a s tým spojená možná transformácia existujúcej siete veľkých inštitucionálnych poskytovateľov psychiatrickej starostlivosti, a to najmä z hľadiska Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím.

V našom príspevku budeme diskutovať aktuálne ľudskoprávne štandardy relevantné pre poskytovanie psychiatrickej starostlivosti a ich význam pre Slovenskú prax. Zároveň sa dotkneme pripravovaných dokumentov a problému, akým spôsobom, či už negatívne alebo pozitívne môžu ovplyvniť súčasný normatívny rámec. Budeme pracovať nielen s existujúcimi právnymi normami, ale aj s príbehmi a rozhodnutiami súdov, vrátane Európskeho súdu pre ľudské práva.

## REFORM DER PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG UND DIE MENSCHENRECHTE

Die Gewährleistung psychiatrischer Versorgung hängt eng mit der Frage des Schutzes grundlegender Menschenrechte und Freiheiten. Es geht nicht nur um das Problem der Entmündigung persönlicher Freiheit und unfreiwilliger Hospitalisierung, sondern auch um die Frage, welches Handeln schon im Kontext psychiatrischer Versorgung schlechten Umgang darstellt, oder wie Menschenrechte mit informiertem Einverständnis zusammenhängen. Gleichzeitig ist es möglich, die praktischen Probleme in einem gewissen Maße zu überschreiten und sich auf eine allgemeinere Frage auszurichten, ob wir aus Menschenrechten überhaupt in irgendeiner Form eine Versorgungspflicht herleiten können. Mit anderen Worten, hat der Mensch ein Anrecht auch Versorgung in bestimmter Art,

z.B. nicht institutionalisiert? In das Rampenlicht gerät die Frage ambulanter und gemeindenaher Dienste und damit verbunden eine Transformation des existierenden Netzes großer institutioneller Anbieter psychiatrischer Versorgung, vor allem aus dem Gesichtspunkt der UN-Menschenrechtskonvention.

In unserem Beitrag werden wir über aktuelle menschenrechtliche Standards relevant für angebotene psychiatrische Versorgung und deren Bedeutung für die slowakische Praxis. Gleichzeitig berühren wir vorbereitete Dokumente und Probleme, in welcher Art sie, ob negativ oder positiv, den gegenwärtigen normativen Rahmen beeinflussen können. Wir werden nicht nur mit existierenden rechtlichen Normen, sondern auch mit Verläufen und Gerichtsentscheidungen arbeiten, einschließlich des Europäischen Gerichts für Menschenrechte.



**JUDr. et. Bc. Maroš Matiaško LL.M.** vyštudoval Právnickú fakultu Palackého univerzity v Olomouci. Rigoróznou prácu obhájil na Karlovej univerzite v Prahe. Právnické vzdelanie si doplnil štúdiom psychológie a sociálnej práce na Fakulte sociálnych štúdií v Brne. V roku 2012 dokončil štúdium medzinárodného práva ľudských práv na Právnickej fakulte univerzity v Holandskom Utrechte (cum laude). V roku 2013 zložil s vyznamenaním advokátsku skúšku. Pracoval na Európskom súde pre ľudské práva v Štasburgu. Vo svojej praxi spolupracoval a naďalej spolupracuje s rôznymi domácimi i medzinárodnými mimovládnyimi organizáciami. V advokátskej praxi sa odborne venuje najmä tzv. sociálnemu právu, azylovému a trestnému právu a právu informačných technológií. Je autorom celej rady odborných publikácií o ľudských právach, medzinárodných správ a analýz.

**Mgr. Zuzana Durajová** je právnička, ktorá sa dlhodobo venuje problematike práv ľudí s psychosociálnym postihnutím, najmä v Českej republike. Momentálne pôsobí v kancelárii verejného ochrancu práv ČR, v odbore, ktorý ma na starosti monitorovanie implementácie Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím. Zaoberá sa hlavne problematikou opatrovníctva a podpory pri rozhodovaní (článok 12) a oblasťou ochrany osobnej slobody, dôstojnosti a integrity (články 14 – 17). V minulosti spolupracovala s Ligou ľudských práv, kde zastupovala klientov v opatrovníckych konaniach a pri nedobrovoľnej hospitalizácii. Venuje sa taktiež školeniu verejných opatrovníkov a spolupracuje s Ministerstvom zdravotníctva ČR pri príprave strategických materiálov v rámci Reformy starostlivosti o duševné zdravie.





## PERSPEKTÍVY INTEGROVANEJ STAROSTLIVOSTI PRE ĽUDÍ S CHRONICKÝMI DUŠEVNÝMI PORUCHAMI A PORUCHAMI SPRÁVANIA V PODMIENKACH SLOVENSKEJ REPUBLIKY

*Ústav sociálnej a behaviorálnej medicíny, Lekárska  
fakulta, UPJŠ v Košiciach, Košice, Slovensko  
NHS National Health Services Scotland,  
Edinburgh, Veľká Británia*

### Úvod:

Neuropsychiatrické poruchy sú v Európe treťou najčastejšou príčinou stratených rokov života (DALY) s podielom 15,2 %, po kardiovaskulárnych (26,6 %) a onkologických (15,4 %) chorobách. Väčšina krajín uvádza, že všeobecní lekári (VL) sa zaoberajú bežnými duševnými problémami, ako aj identifikáciou, diagnostikou a odporúčaním pre ťažké duševné poruchy. Vo väčšine krajín sa však očakáva, že liečbu poskytujú špecialisti - psychiatri, pričom VL zohrávajú podpornú úlohu. Transformácia súčasných zdravotných a sociálnych systémov smerom k integrovaným systémom založeným na silnej primárnej starostlivosti, predstavuje potenciál pre výrazné zlepšenie starostlivosti aj pre ľudí s chronickými duševnými poruchami a poruchami správania.

### Metódy:

Cieľom projektu SCIROCCO Exchange financovaného z prostriedkov EÚ je podporiť tento transformačný proces pomocou skúmania pripravenosti prostredia (miestneho, regionálneho alebo národného) na prijatie a implementáciu integrovanej starostlivosti. SCIROCCO model zrelosti (MZ) je online nástroj, ktorý bol vyvinutý a testovaný v 12 európskych regiónoch v priebehu 18 mesiacov. Použitý bol dizajn observačnej štúdie so zahrnutím rôznych zainteresovaných strán, ako napr. národné a regionálne rozhodovacie orgány,

zdravotnícki pracovníci, organizácie poskytujúce služby, akademická obec a priemysel.

### Výsledky:

SCIROCCO nástroj sa v súčasnosti využíva v reálnom živote v procese sebahodnotenia, twinningu a koučingu v 40 európskych regiónoch. Zistenia doposiaľ poukazujú na to, že integrovaná starostlivosť si vyžaduje synergické činnosti na troch úrovniach - na úrovni systému (napr. stratégia, zdroje), na úrovni služieb (napr. prepracovanie služieb) a na úrovni interakcie medzi prijímateľmi služieb, opatrovatelmi a poskytovateľmi služieb.

### Závery:

Projekt SCIROCCO Exchange umožňuje získať informácie a zdroje pre lepšie prijatie a implementáciu na pacienta orientovanej integrovanej starostlivosti. Slovensko ako partner projektu má jedinečnú príležitosť pre uľahčenie procesu transformácie a zlepšenie systémov starostlivosti vrátane tých, ktoré potrebujú ľudia s chronickými duševnými poruchami a poruchami správania. [Grantová podpora: APVV-15-0719, EU\_CHAFAEA No. 826676].

### Kľúčové slová:

chronické duševné poruchy a poruchy správania, model chronickej starostlivosti, integrovaná starostlivosť, primárna starostlivosť

## PERSPECTIVES OF INTEGRATED CARE FOR PEOPLE WITH CHRONIC MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS IN SLOVAKIA

*Department of Social and Behavioural Medicine,  
Faculty of Medicine, PJ Safarik University, Kosice, Slovakia  
NHS National Health Services Scotland, Edinburgh, UK*

### Introduction:

Neuropsychiatric disorders are the third leading cause of disability-adjusted life years (DALYs) in Europe and account for 15.2%, following cardiovascular diseases and cancers accounting for 26.6% and 15.4%, respectively. Most countries report that general practitioners (GPs) deal with common mental health problems, and with identification, diagnosis and referral for severe mental disorders. But in most countries specialists are expected to give treatment, with GPs playing a supportive role. Transformation of current health and social care systems by developing integrated care systems, based on strong primary care, have the potential for significant improvement in providing care also for people with chronic mental and behavioural disorders.

### Methods:

The EU funded SCIROCCO Exchange project aims to support this transformation process by exploring the readiness of the environment (local, regional or national) for the adoption and implementation of integrated care. The SCIROCCO maturity model (MM) is an online tool which was developed and tested in 12 European regions over 18 months' period. The observational study design, involving a variety of stakeholders e.g.

national and regional decision-makers, health-care professionals, service delivery organisations, academia, and industry was applied.

### Results:

The SCIROCCO tool is currently used in real-life settings in the process of self-assessment, twinning, and coaching over 40 European regions. So far the findings point to that integrated care requires synergic actions at three levels - at the system level (e.g. strategy, resources), at the service level (e.g. service re-design), and at the interaction level between service users, carers, and their care providers.

### Conclusions:

The SCIROCCO Exchange project allows to obtain information and resources for better adoption and implementation of patient-centred integrated care. Becoming a project partner, Slovakia has a unique opportunity to facilitate the transformation process and improve care systems needed also for people with chronic mental and behavioural disorders. [Grant support: APVV-15-0719, EU\_CHAFAEA No. 826676].

### Key words:

chronic mental and behavioural disorders, chronic care model, integrated care, primary care



**Mgr. Iveta Rajničová Nagyová, PhD.** (VKS IIa) je prednostkou Ústavu sociálnej a behaviorálnej medicíny na Lekárskej fakulte UPJŠ v Košiciach. Je tiež prezidentkou Sekcie pre chronické choroby ochorenia v rámci European Public Health Association (EUPHA) a členkou European Advisory Committee for Health Research (EACHR) v rámci WHO/Europe so špeciálnym zameraním na translačný a implementačný výskum. Jej vedecko-výskumná činnosť je zameraná na výskum biobehaviorálnych a psychosociálnych inovácií v manažmente chronických chorôb a ich implikácií pre integrovanú starostlivosť. Na národnej úrovni pracuje ako konzultantka pre Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR) a Kanceláriu Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku.

## OTVORENOSŤ A UDRŽATEĽNOSŤ: ĎALŠÍCH 25 ROKOV INTEGRY

*Integra, o. z. - Združenie pre duševné zdravie,  
Michalovce, Slovensko*

**D**oteraz nám v Integre šlo predovšetkým o oslobodenie sa od sebastigmatizácie a sebazraňovania u dezintegrované žijúcich ľudí, ktorí napr. trpia schizofréniou, borderline alebo ťažkou depresiou, a to za pomoci zotavenia (recovery). Ide však aj o ich vzájomný vzťah medzi sebou (peersupport), so svojimi profesionálnymi

pomocníkmi, príbuznými a verejnosťou. Aby sa ich život zase stal ich životom. Integra počas svojho 25-ročného pôsobenia realizovala túto svoju najdôležitejšiu prioritu iba čiastočne. Jednoducho znejúca myšlienka náhrady segregácie integráciou v tetralógovom procese sa stáva v bežnom živote stále komplexnejšou. V tabuľke sú heslovite uvedené tri hlavné etapy vývoja Integry:

Tab. Vývoj Integry

	od	ku	prostriedky
1.do 2004	zameranie sa na duševné choroby	zameranie sa na duševné zdravie	tetralóg ako nástroj pomoci k svojpomoci
2.do 2019	zameranie sa na duševné zdravie	zameranie sa na zdravie	podpora a prevencia (primárna až terciárna)
3.ďalších 25 rokov	zameranie sa na zdravie	zameranie sa na zmysluplný život	integrácia myslenia a správania, respektíve chcieť a smieť, byť a stať sa

Pritom nám pomáha koncepcia WHO pre duševné zdravie, podľa ktorej prevencia vychádza z podpory a z liečby a rehabilitácie sa stávajú sekundárna a terciárna prevencia. To slúži aj prekonaniu trieštenia zdravotníckej a sociálnej starostlivosti. Zdravotníctvo je, alebo by malo byť, súčasťou sociálneho respektíve spoločenského zriadenia nášho ľudského spoluzitia.

Je nádej, že nebude potrebných ďalších 25 rokov na to, aby sa v spoločenskom demokratickom procese vďaka prekonaniu predsudkov a ľahostajnosti vo vzťahu k duševnému zdraviu podarila realizácia dohôd OSN, akými sú Deklarácia na ochranu dieťaťa („človek dlží dieťaťu to najlepšie, čo má dať“) alebo Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím („nezávislý život a integrácia do spoločnosti“).

Helmut Nahr popísal našu dobu takto: „blahobyť je prechodným štádiom medzi chudobou a nespokojnosťou“. Avšak nepredstavujú obe, chudoba a nespokojnosť, trpenie? Podarí sa nám postaviť sa výzvam, akými sú chudoba, choroba, postihnutie a utrpenie? Pre nás je rozhodujúce, nevnímať sa ako obeť okolností a čakať, kým sa tieto v očakávanom rozsahu zmenia. Chceme radšej ďalej rozvíjať svoje skúsenosti s integráciou vo vzťahu k sebe samému a k druhým ľuďom na miestnej, regionálnej, národnej a medzinárodnej úrovni. To umožní spoločné pôsobenie v takejto dôležitej výzve, namiesto osamelého postoja. Aj skúsenosti s globalizáciou pomáhajú dôverovať v ďalšie otváranie sa pre nové poznatky. Čím viac sa tento transformačný proces vydarí, o to pravdepodobnejšia bude udržiateľnosť smerodajných poznání a dohôd.

## OFFENHEIT UND NACHHALTIGKEIT: WEITERE 25 JAHRE VON INTEGRA

*Association for Mental Health Integra, Michalovce, Slovakia*

**B**isher ging es Integra vor allem um die Befreiung von Selbststigmatisierung und -verletzung mit Hilfe von Recovery bei desintegriert lebenden Menschen, die z.B. an Schizophrenie, Borderline oder schwerer Depression leiden. Aber auch um deren Beziehung untereinander (Peersupport), mit ihren professionellen Helfern, den Angehörigen und der Öffentlichkeit. Damit ihr Leben wieder zu ihrem Leben wird.

Integra hat in den bisherigen 25 Jahren ihres Wirkens diese ihre wichtigste Priorität nur teilweise verwirklicht. Die so einfach klingende Idee der Ersetzung von Segregation durch Integration im tetralogischen Prozess wird im Alltag immer komplexer.

In der Tabelle sind stichpunktartig drei Hauptetappen der Entwicklung aufgeführt:

Tab. Entwicklung von Integra

	von	zu	Mittel
1.bis 2004	Orientierung auf seelische Krankheit	Orientierung auf seelische Gesundheit	Tetralog als Mittel der Hilfe zur Selbsthilfe
2.bis 2019	Orientierung auf seelische Gesundheit	Orientierung auf Gesundheit	Förderung und Prävention (primär bis tertiär)
3.weitere 25 Jahre	Orientierung auf Gesundheit	Orientierung auf sinnvolles Leben	Integration von Denken und Handeln, bzw. Wollen und Dürfen, Sein und Werden

Dabei hilft uns die Konzeption der WHO für psychische Gesundheit, wonach Prävention auf Förderung aufbaut und Therapie und Rehabilitation durch Sekundär- und Tertiärprävention ersetzt werden. Dies dient auch der Überwindung einer Spaltung von Gesundheits- und Sozialfürsorge. Denn das Gesundheitswesen ist oder sollte Bestandteil des sozialen bzw. gesellschaftlichen Systems unseres menschlichen Zusammenlebens sein. Es wird hoffentlich nicht weitere 25 Jahre brauchen, bis im gesellschaftlichen Demokratisierungsprozess durch Überwindung von Vorurteilen und Gleichgültigkeit in Beziehung zur psychischen Gesundheit die Verwirklichung verschiedener UN-Vereinbarungen, wie z.B. der Deklaration zum Schutz des Kindes („Der Mensch schuldet dem Kind das Beste, was er zu geben hat“) oder der Behindertenrechtskonvention („selbständiges Leben und Integration in die Gesellschaft“) gelingt.

Helmut Nahr beschrieb unsere Zeit so: „Wohlstand ist das Durchgangsstadium zwischen Armut und Unzufriedenheit“. Bedeuten jedoch nicht beide, Armut und Unzufriedenheit, Leid? Gelingt es uns, sich Ursachen von Armut, Krankheit, Behinderung und Leid zu stellen? Für uns ist entscheidend, sich nicht als Opfer der Umstände wahrzunehmen und zu warten, bis sich diese im gewünschten Umfang ändern. Wir wollen lieber unsere Integrationserfahrungen in Beziehung zu sich selbst und zu anderen Menschen auf lokaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene weiterentwickeln, um bei einer solch wichtigen Herausforderung gemeinsam statt einsam zu wirken. Auch Globalisierungserfahrungen helfen einer weiteren Öffnung für Neues zu Vertrauen. Je besser dieser Transformationsprozess gelingt, umso wahrscheinlicher wird die Nachhaltigkeit wegweisender Erkenntnisse und Vereinbarungen.



**MUDr. Pětr Nawka** - psychiater a psychoterapeut, pracuje v ambulantej praxi v Drážďanoch v Nemecku od roku 2006. Je predsedom Integry o.z. od jej založenia v roku 1994. Od roku 1990 do 2005 pracoval ako primár akútneho oddelenia Psychiatrickej nemocnice v Michalovciach. Podieľal sa na príprave a realizácii reformy psychiatrickej starostlivosti SR a na príprave Národného programu duševného zdravia Slovenskej republiky.



## POTREBA SYSTÉMOVÉHO RIEŠENIA DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI PRE OBČANOV S DUŠEVNÝMI PORUCHAMI A PORUCHAMI SPRÁVANIA UMIESTNENÝCH V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

*Sociálny odbor, Banskobystrický samosprávny kraj, Slovensko*

V roku 2000 vykonal výbor CPT (Európsky výbor na zabránenie mučenia a neľudského alebo ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania) v zariadeniach sociálnych služieb v SR kontrolu dodržiavania ľudských práv. V októbri (18. október) 2000 delegácia výboru CPT na Úrade vlády SR predložila záverečnú informatívnu správu o zistených nedostatkoch v zariadeniach sociálnych služieb, prijatých a navrhovaných opatreniach. Na základe odporúčaní Výboru CPT Vláda SR prijala uznesenia č. 593/2001, č. 162/2002 k návrhu systémového riešenia poskytovania dlhodobej ústavnej starostlivosti klientom s duševnými poruchami a poruchami správania v špecializovaných zariadeniach. Návrh bol schválený a dotknutým ministerstvám bola uložená povinnosť vypracovať návrh systémového riešenia. Systémové riešenie dlhodobej starostlivosti pre občanov s duševnými poruchami a poruchami správania umiestnených v zariadeniach sociálnych služieb sa však do dnešného dňa nezrealizovalo.

Z celkového počtu prijímateľov sociálnych služieb so zdravotným postihnutím v pobytových zariadeniach - Domovoch sociálnych služieb a Špecializovaných zariadeniach v BBSK až 80 % prijímateľov sú občania s duševnými poruchami a poruchami správania. Na prelome rokov 2018 a 2019 Banskobystrický

samosprávny kraj participatívnym spôsobom tvoril Koncepciu rozvoja sociálnych služieb v Banskobystrickom samosprávnom kraji na roky 2019 – 2025. V priebehu prípravy koncepcie bola viackrát zdôrazňovaná potreba aktívne sa zamerať na skupinu občanov so zdravotným postihnutím s psychiatrickými diagnózami. Dôvodom je narastajúci počet týchto ľudí v populácii, ako aj medzi prijímateľmi sociálnych služieb. Pre prijímateľov sociálnych služieb s psychiatrickými diagnózami, najmä vo fázach výrazných prejavov duševnej poruchy a poruchy správania (agresie a ďalšie) je poskytovanie sociálnej služby nedostačujúce. Metódami sociálnej intervencie sa tieto stavy najmä v inštitucionálnom prostredí veľkokapacitných zariadení sociálnych služieb, bez akútneho zásahu zdravotníckych zamestnancov zvládajú veľmi ťažko a často vznikajú situácie, ktoré ohrozujú život klienta, jeho spolubývajúcich a personálu zariadení sociálnych služieb.

Príspevkom chceme upozorniť na potrebu transformácie súčasného systému poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti v oblasti duševného zdravia. V kontexte vytvárania komplexnej integrovanej starostlivosti chceme upozorniť na špecifickú situáciu ľudí, ktorí sú inštitucionalizovaní v zariadeniach sociálnych služieb a to aj z pohľadu naplnenia Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím.

## THE NEED FOR A SYSTEMIC SOLUTION LONG-TERM CARE FOR CITIZENS WITH MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS LOCATED IN SOCIAL SERVICE FACILITIES *Social Department, Banská Bystrica Self-Governing Region, Slovakia*

In 2000, the CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) in social service facilities in the Slovak Republic conducted a human rights check. In October (18 October) 2000, the CPT's Delegation to the Government Office of the Slovak Republic submitted a final report on identified shortcomings in social service facilities, measures taken and proposed. Based on the recommendations of the CPT Committee, the Government of the Slovak Republic adopted resolution no. 593/2001, no. 162/2002 to propose a systemic solution for providing long-term institutional care to recipients with mental disorders and behavioral disorders in specialized facilities. The proposal was approved and the ministries were required to draft a system solution. However, a systemic solution to long-term care for citizens with mental and behavioral disorders located in social service facilities has not yet been implemented. Of the total number of recipients of social services with disabilities in residential establishments - Social Service Homes and Specialized Facilities in the BBSK, up to 80% of recipients are citizens with mental disorders and behavioral disorders. At the turn of the years 2018 and 2019, the Banská Bystrica Self-Governing Region

formed the Concept for the Development of Social Services in the Banská Bystrica Self-Governing Region for 2019-2025. During the preparation of the concept, the need to focus actively on a group of people with disabilities with psychiatric diagnoses was emphasized. The reason for this, is the growing number of these people in the population as well as among the recipients of social services. For social service recipients with psychiatric diagnoses, particularly in phases of severe mental disorder and behavioral disorders (such as aggressive behavior, etc.), the providing of social services is insufficient. Social intervention methods make it difficult to manage these conditions, especially in the institutional environment of large-scale social services facilities, without the acute intervention of health care workers, there are often situations that threaten the life of the recipients, roommates, and the staff.

We would like to draw attention to the need to transform the current system of provision of health and social care in the area of mental health. In the context of the creation of comprehensive integrated care, we want to draw attention to the specific situation of people who are institutionalized in social service facilities, also in terms of meeting the Convention for the Rights of Persons with Disabilities.



**Mgr. Denisa Nincová** v sociálnych službách pracuje od roku 1995. Od roku 1997 pracovala v DSS Slatinka, Lučenec ako sociálna pracovníčka v priamom kontakte s klientmi, neskôr ako riaditeľka domova. Od roku 2018 riadi odbor sociálnych služieb a zdravotníctva na Úrade Banskobystrického samosprávneho kraja. Vyštudovala sociálnu prácu na UMB v Banskej Bystrici a VŠ sv. Alžbety v Bratislave.

## INTEGRATION OF MENTAL HEALTH INTO PRIMARY HEALTH CARE AND OTHER SERVICE DELIVERY PLATFORMS

*Programme Manager for Mental Health,  
WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark*

The integration of mental health into primary health care has been called for since the 1978 Declaration of Alma-Ata forty years ago, and more recently mental health has been formally included with the global agenda both on noncommunicable diseases and on sustainable development. To date, however, at least half of the world's population still lacks access to PHC services, while the treatment gap for mental health conditions is even greater, amounting to about three-quarters of those in need globally. This presentation will set out a range of approaches and strategies for enhanced mental health promotion, protection and care, including:

population-wide policy measures that seek to enhance awareness about and reduce demand for risk factors for NCDs and mental health conditions (via legislation, regulation, information); community-based programmes carried out in schools, the workplace and the community to promote mental and physical well-being; and health care services capable of providing more person-centred, coordinated care to persons with (often comorbid) mental and physical health conditions. Particular reference will be made to ongoing implementation of WHO tools and inter-country projects in the European Region, such as the Quality-Rights initiative and the mhGAP programme.

**Dr. Dan Chisholm** is Programme Manager for Mental Health at the WHO Regional Office for Europe (based in Copenhagen, Denmark). He works with WHO Member States and other partners to develop and implement national mental health policies and plans, as well as provide guidance, tools and advocacy for the promotion of mental health and the development of prevention, treatment and recovery services across the life-course. He was formerly a Health Systems Adviser in the Department of Mental Health and Substance Abuse at WHO Headquarters Office in Geneva, Switzerland. His main areas of work there included development and monitoring of global mental health plans and activities, technical assistance on mental health system strengthening, and analysis of the cost-effectiveness of strategies for reducing the impact of mental disorders. He has published widely in these areas over the last twenty years, including the Lancet's series' and recent Commission on global mental health as well as the mental, neurological and substance use disorders Volume of the third edition of Disease Control Priorities (DCP-3).



## AKO SA LIEČI NEZÁUJEM O DUŠEVNÉ ZDRAVIE? CASE STUDY KAMPANE LIGY ZA DUŠEVNÉ ZDRAVIE SR

*Liga za duševné zdravie  
MARK/BBDO*

V roku 2015 a 2016 bol stav Ligy za duševné zdravie kritický. Z finančného ale aj imageového hľadiska to boli ťažké roky. Záujem o aktivity Ligy bol zo strany odborníkov, médií a verejnosti slabý. Množstvo konkurenčných treťo-sektorových projektov, všeobecné podfinancovanie a z toho prameniaca slabá schopnosť LZDZ podporovať svojpomocne existujúce projekty boli dlhodobo frustrujúce. Financovanie z 2% klesalo, podpora cez Zbierku v uliciach dlhodobo klesala tiež. Financovať sa len z nepravidelných grantových schém, ktoré nadvážok nedokážu financovať mzdové náklady, je málo motivačné. V tom období sme vstúpili do intenzívnej diskusie s vedením Slovenskej psychiatrickej spoločnosti, v ktorej sme získali spojenca. Koncom roka 2016 a začiatkom roka 2017 preniesla Liga svoje vnútorné diskusie o riadení značky k renomovanej komunikačnej agentúre Mark/BBDO Bratislava. Množstvo diskusií o misii a vízii Ligy vyvrcholilo do vzájomnej spolupráce. Po viac než 18 rokoch edukácie verejnosti, detabuizácie ťažkej témy a hľadania donorov sme si uvedomili, že hlavným problémom našej misie je NEZÁUJEM o našu tému. Nezáujem plynúci z odmietania ťažkej, neuchopiteľnej a pre veľkú časť verejnosti "zbytočnej" témy. Uvedomili sme si, že nemôžeme byť v súťaži charitatívnych a popularizujúcich tém zakríknutí. Preto sme sa rozhodli VYLIEČIŤ NEZÁUJEM. Vďaka kampani sme po 13 rokoch obnovili prevádzku 24 hodinovej Linky dôvery NEZÁBUDKA.

In 2015 and 2016, the League for Mental Health was critical. From a financial and image point of view, these were difficult years. Interest in League activities was weak by experts, the media and the public. A number of competing third-sector projects, general under-funding and the resulting weakness of LZDZ to support self-help existing projects have been frustrating for a long time. Financing from 2% declined, support through the Collection in the streets also decreased for a long time. Financing only from irregular grant schemes, which are unable to finance wage costs in any way, is less motivating. At that time, we entered into an intensive discussion with the management of the Slovak Psychiatric Society, in which we gained an ally. At the end of 2016 and at the beginning of 2017, the League transferred its internal brand management discussions to the reputable Mark/BBDO Bratislava. A number of discussions about the League's mission and vision culminated in mutual cooperation. After more than 18 years of public education, detabulation of a difficult topic and the search for donors, we realized that the main problem of our mission is NOT INTERESTING about our topic. I do not care about the rejection of a heavy, ungraspable and unnecessary "unnecessary" topic for a large part of the public. We realized that we couldn't be in the charity and popularizing themes of shouting. That is why we decided to DISCOVER NOT INTEREST. Thanks to the campaign, after 13 years we have renewed the operation of the 24-hour Trust Line Nezábudka.

**Martin Knut**, maliar, výtvarník, marketingový stratég a filantrop. Už viac než 20 rokov pracuje aj pre neziskový sektor ako komunikačný konzultant. Pätnásť rokov viedol zastúpenie nadnárodnej komunikačnej agentúry na Slovensku PUBLICIS/KNUT. V roku 1999 spoluzakladal a dodnes vedie Ligu za duševné zdravie. Aktívne vystavuje doma aj v zahraničí. Bol členom správnej rady Galerie Danubiana a dnes zastupuje verejnosť v správnej rade VŠVU. Ako riaditeľ Ligy za duševné zdravie SR zastupuje neziskový sektor v Rade duševného zdravia pri MZSR. V roku 2019 sa zasadil o obnovenie krízovej, bezplatnej 24-hodinovej Linky dôvery Nezábudka, ktorej služby na Slovensku 13 rokov absentovali.





## REFORMA PSYCHIATRICKEJ STAROSTLIVOSTI V ČECHÁCH

### Česká republika/Czech Republic

Zatímco v západních demokraciích začal proces deinstitucionalizace péče o duševně nemocné v šedesátých letech minulého století, o potřebě proměny „psychiatrie“ se v Čechách začalo uvažovat až po sametové revoluci. Nicméně v oblasti zdravotnictví obsah péče v zásadě zůstal bez podstatných změn s hlavním důrazem na lůžkovou péči a medicínský model. Na druhou stranu pod sociálním rezortem začal hned v devadesátých letech poměrně mohutný rozvoj služeb pro osoby s vážným duševním onemocněním a pro drogově závislé. Důraz byl kladen na komunitní péči. Po několika dekádách tak vedle sebe existovaly dva systémy, které dlouho obtížně hledaly společný jazyk a komunikaci.

Ratifikace Úmluvy o právech lidí se zdravotním postižením Evropskou komisí měla výrazný vliv na nastavení cílů využití Evropských strukturálních fondů. Ve finančním období 2014-2021 nebylo již možno využít tyto zdroje na investice do ústavní péče, ale naopak na proces deinstitucionalizace. Původní záměr využít v ČR značnou část těchto prostředků na „humanizaci“ psychiatrických nemocnic, tak jak byly využity prostředky s Norských fondů, nemohl být realizován. Již rezervované prostředky jsou aktuálně využívány na projekty cílené na rozvoj multidisciplinárních komunitních týmů pro všechny skupiny pacientů-klientů, budování regionální sítě potřebných služeb a paralelně transformaci psychiatrických nemocnic. Realizace projektů postupně otvírá řadu dříve tabuizo-

vaných témat. Podporuje propojování dříve oddělených světů zdravotních a sociálních služeb s cílem realizace principu zotavení. Otvírá prostor pro zapojování klientů do všech podstatných rozhodovacích procesů. Napomáhá porozumění lidských práv jako hlavního úhelného kamene kvality péče. Postupně dochází k ochotě hlavních plátců péče (zdravotní pojišťovny, MPSV, kraje) k realokaci existujících finančních zdrojů i jejich případného navýšení.

Aktuálně tvoření Národní akční plán péče o duševní zdraví na následujících deset let, překlene limity Strategie reformy psychiatrie z roku 2013, otvírá prostor pro naplnění potřebných podstatných změn ve smyslu rozvoje robustních komunitní péče, redukce péče institucionální a orientace celého systému na naplňování potřeb a práv klientů-pacientů.

Z vývoje v zemích kde již reformy proběhly, tak i z vývoje v posledních 30 let v ČR je možno definovat podmínky pro úspěšné nastartování a realizaci reformy péče o duševně nemocné.

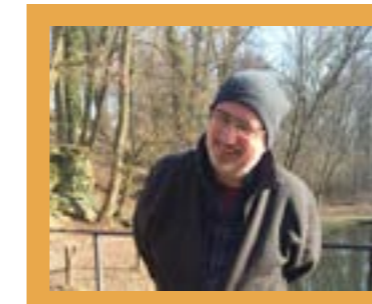
Základním faktorem je změna myšlení, změna hodnot, definice lidských práv jako úhelného kamene kvality péče. Nezbytným je existence pro-reformě smýšlejícího kritické množství profesionálů jak zdravotníků, tak sociálních pracovníků a jejich vzájemná komunikace a spolupráce. Významnou změnou bylo aktivní zapojení psychiatrické společnosti. Nezbytnou je i aktivní role uživatelů a rodinných příslušníků. Klíčový je „leadership“ ze strany MZ a aktivní spolupráce ze strany MPSV a aktivní zapojování krajů.

## PSYCHIATRIEREFORM IN DER TSCHECHISCHEN REPUBLIK

Während in westlichen Demokratien der Prozess der Deinstitutionalisierung der Versorgung von psychisch Erkrankten in den 60-er Jahren des letzten Jahrhunderts begann, wurde über die Notwendigkeit einer Transformation der „Psychiatrie“ in Tschechien erst nach der Samtrevolution erwogen. Jedoch blieb im Bereich Gesundheitswesen der Inhalt von Versorgung im Prinzip ohne wesentliche Änderungen mit Betonung von stationärer Behandlung und medizinischen Modell. Andererseits begann im Sozialresort gleich in den 90-er Jahren eine ziemlich mächtige Entwicklung von Diensten für Menschen mit ernsthaften psychischen Erkrankungen und für Drogenabhängige. Der Schwerpunkt wurde auf Versorgung in der Gemeinde. Über einige Jahrzehnte hinweg existierten somit zwei Systeme nebeneinander, welche lange umständlich eine gemeinsame Sprache und Kommunikation suchten. Die Ratifizierung der Behindertenrechtskonvention durch die EK hatte einen bedeutenden Einfluss auf die Zielsetzung der Nutzung Europäischer Strukturfonds. Im Finanzierungszeitraum von 2014-2021 konnten diese Mittel nicht mehr für Investitionen in die Versorgung von Einrichtungen genutzt werden, stattdessen aber in den Prozess der Deinstitutionalisierung.

Die ursprüngliche Absicht, einen bedeutenden Teil dieser Mittel in der Tschechischen Republik für eine „Humanisierung“ Psychiatrischer Krankenhäuser zu nutzen, wie es bei Mitteln Norwegischer Fonds der Fall war, konnte nicht mehr realisiert werden. Die schon reservierten Mittel werden aktuell gezielt für

Projekte für die Entwicklung multidisziplinärer Gemeindeteams für alle Gruppen von Patienten-Klienten, die Bildung regionaler Netze notwendiger Dienste und parallel für die Transformation psychiatrischer Krankenhäuser genutzt. Die Verwirklichung der Projekte öffnet nach und nach eine Reihe vorher tabuisierter Themen. Sie unterstützt eine Verbindung früher getrennter Welten gesundheitlicher und sozialer Dienste mit dem Ziel einer Verwirklichung des Prinzips von Recovery. Es eröffnet sich ein Raum für die Einbeziehung von Klienten in alle wesentlichen Entscheidungsprozesse. Es hilft, Menschenrechte als Hauptantrieb für Versorgungsqualität zu verstehen. Schrittweise wächst die Bereitschaft der wichtigsten Geldgeber (Krankenversicherungen, Sozialministerium und Landes-/Regionalämter) zur Reallokation existierender Finanzmittel und ihrer eventuellen Erhöhung. Der aktuell geschaffene Nationale Aktionsplan für Seelische Gesundheit für die folgenden 10 Jahre überbrückt Limitierungen der Strategie der Psychiatriereform aus dem Jahre 2013 und öffnet einen Raum für die Erfüllung notwendiger wesentlicher Änderungen im Sinne der Entwicklung einer robusten Gemeindeversorgung, Reduktion institutionalisierter Versorgung und Orientierung des gesamten Systems zur Erfüllung von Bedürfnissen und Rechten der Klienten-Patienten. Aus der Entwicklung in Ländern, wo schon Reformen verliefen, als auch aus der Entwicklung in den letzten 30 Jahren in Tschechien ist es möglich, Bedingungen für einen erfolgreichen Start und Realisierung einer Reform der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu definieren.



**MUDr. Jan Pfeiffer** – psychiatr, expert v projekte Reformy psychiatrickej starostlivosti v ČR, zakladateľ organizácie Fokus, bývalý predseda Európskej expertnej skupiny pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť a člen Európskeho výboru na zabránenie mučeniu a neľudskému či ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu. Expert na oblasť deinštitucionalizácie a komunitnej starostlivosti.

## UNIVERZÁLNA PREVENCIA NA ŠKOLÁCH A VYSOKÝCH ŠKOLÁCH – BEST PRACTICE-PRÍKLADY „ŠIALENÝ? NO A!“ A „PSYCHICKY ZDRAVO ŠTUDOVAŤ“

*Irrsinnig Menschlich, Leipzig, Germany/Nemecko*

**C**iel: Sprostredkovanie pochopenia, aký úžitok môže všeobecne prevencia vytvárať a aké predpoklady majú byť splnené pre celoštátne rozšírenie.

Metóda: Reflexia, prehľad, správa zo skúseností

Výsledky: Irrsinnig Menschlich e.V. existuje takmer 20 rokov. Čo sme ako malá organizácia pre destigmatizáciu a prevenciu psychických ochorení a podporu duševného zdravia doteraz dosiahli? Zameriavame sa na dospievajúce obdobie, v ktorom často psychické ochorenia začínajú. Avšak, často trvá roky, kým dotyční vyhľadajú pomoc. Najväčšou prekážkou je pritom strach zo stigmy. Irrsinnig Menschlich e.V. skraca svoju preventívnu prácu na školách, pri štúdiu a v podnikoch tento časový úsek. Pomáhame ľuďom rozpoznať svoj problém skôr, neskrývať sa a vedieť prijímať podporu. Spoločne s expertmi so skúsenosťou s duševnou chorobou na vlastnej veci, ktorí majú skúsenosti so zvládaním kríz, otvárame srdcia, dávame nádej a komunikujeme o psychických krízach.

Sme expertmi nízkoprahových bazálnych intervencií, vďaka ktorým sa nám darí otvárať „dvere“ v školách a dať impulzy pre preventívne procesy. Podnecujeme tím aj procesy, aby sa na regionálnej, nadregionálnej a národnej úrovni vytvárali siete spolupráce s operatívnymi a finančnými

partnermi a súčasne do toho zapájame politiku. Potenciál nášho preventívneho programu „Šialený? No a!“ je hodnotený ako „obrovský“, ako to uvádza nedávno zverejnená štúdia od McKinsey & Company a Ashoka Deutschland. Skúmala spoločensky vplyv programu „Šialený? No a!“. Výsledok v skratke: „Šialený? No a!“ redukuje bariéry prístupu v systéme pomoci. Z toho vyplýva nasledovný finančný potenciál. Podľa tejto štúdie je každé percento žiakov, ktorí ochorejú, iba z finančného hľadiska hodných 80 miliónov Eur.

Program „Šialený? No a!“ uskutočňujeme v Nemecku s viac ako 70 partnermi a dosiahli sme v roku 2018 takmer 25.000 žiakov s ročným prírastkom viac ako 20%. Aj v Rakúsku, Čechách a na Slovensku sme aktívni. „Psychicky zdravo študovať“ uskutočňujeme v spolupráci s viac ako 40 vysokými školami v Nemecku a „Psychicky zdravo pracovať“ už je pripravené na štart. Čo sú faktory úspechu pre náš vývoj? Čo sú šance a riziká? Chceme svoje medzinárodné siete viac vybudovať? Ako majú národní aktéri v budúcnosti napríklad náš preventívny program „Šialený? No a!“ a „Psychicky zdravo študovať“ zapojiť do svojho národného kontextu.

Súhrn: Naše programy majú zmysel. Chceme s našimi medzinárodnými partnermi viac spolupracovať a získavať nových národných aktérov v iných európskych krajinách, aby sa náš program v Európe ďalej šírila.

## UNIVERSELLE PRÄVENTION IM SETTING SCHULE UND HOCHSCHULE – DIE BEST PRACTICE-BEISPIELE „VERRÜCKT? NA UND!“ UND „PSYCHISCH FIT STUDIEREN“

**Z**iel: Vermittlung eines Verständnisses, welchen Nutzen universelle Prävention schaffen kann und welche Voraussetzungen es für einen nationalen Roll out bedarf. Methode: Reflexion, Übersicht, Erfahrungsbericht

Ergebnisse: Irrsinnig Menschlich e.V. gibt es fast 20 Jahre. Was haben wir in einem Fünftel-Jahrhundert als kleine Organisation für die Entstigmatisierung und Prävention psychischer Erkrankungen sowie für die Förderung der psychischen Gesundheit bewirkt? Der Versuch eines Fazits. Wir fokussieren auf Heranwachsende und junge Erwachsene. Psychische Erkrankungen beginnen oft schon im Jugendalter. Doch häufig vergehen mehrere Jahre, bis Betroffene Hilfe suchen. Die größte Hürde für sie ist die Angst, stigmatisiert zu werden. Irrsinnig Menschlich e.V. verkürzt mit seiner Präventionsarbeit in Schule, Studium und Unternehmen diese Zeitspanne. Wir helfen Menschen, ihre Not früher zu erkennen, sich nicht zu verstecken und Unterstützung anzunehmen. Gemeinsam mit unseren krisenerfahrenen persönlichen Experten öffnen wir Herzen, geben Hoffnung und machen seelische Krisen besprechbar.

Wir sind Experten niedrigschwelliger Basisinterventionen, mit denen es uns gelingt die „Türen“ zu den Settings Schule und Hochschule zu öffnen und hier Prozesse im Sinne der Verhältnisprävention anzustoßen. Wir stoßen auch Prozesse an indem wir auf regionaler, überregionaler und nationaler Ebene Netzwerke von operativen und finanziellen Partnern schaffen und dabei die Politik mit einbinden. Das Potenzial unseres Präventionsprogramms „Verrückt? Na und!“ wird

als „riesig“ eingeschätzt, so eine soeben von McKinsey & Company und Ashoka Deutschland veröffentlichte Studie, die die gesellschaftliche Wirkung von „Verrückt? Na und!“ untersucht hat.

Das Ergebnis in aller Kürze: „Verrückt? Na und!“ reduziert die Zugangsbarrieren ins Hilfesystem. Daraus ergibt sich folgendes finanzielle Potenzial. Laut der Studie ist jeder Prozentpunkt an erkrankten Schülern, die sich in frühzeitige Behandlung begeben, allein finanziell jedes Jahr 80 Millionen Euro wert.

Das Programm „Verrückt? Na und!“ setzen wir in Deutschland mit über 70 Kooperationspartnern um und erreichten 2018 fast 25.000 Schüler\*innen mit einem jährlichen Wachstum von mehr als 20%. Auch in Österreich, Tschechien und der Slowakei sind wir aktiv. „Psychisch fit studieren“ führen wir in Zusammenarbeit mit mehr als 40 Hochschulen in Deutschland durch und „Psychisch fit arbeiten“ steckt bereits in den Startlöchern.

Was sind die Erfolgsfaktoren für unsere Entwicklung? Was sind die Chancen und Risiken? Wir wollen wir stärker unsere internationalen Netzwerke ausbauen? Wie müssen nationale Akteure künftig beachten, um beispielsweise unser Präventionsprogramm „Verrückt? Na und! Seelisch fit in der Schule“ in ihren nationalen Kontext umzusetzen.

Zusammenfassung: Unsere Programme wirken. Wir wollen mit unseren internationalen Partnern stärker zusammenarbeiten, neue nationale Akteure in anderen Europäischen Länder gewinnen, um unsere Programme weiter in Europa zu verbreiten.



**Norbert Göller** studied process engineering at TU Dresden and cultural sciences at Humboldt-Universität zu Berlin. He worked for several years as a research assistant and later as an editor and journalist, project manager, tour guide, author, film director and media producer. Since 2003 Norbert Göller has been committed to Irrsinnig Menschlich e.V. At Manuela Richter-Werling's side, he has developed the association into a recognised player in the primary prevention of mental crises and the promotion of the mental health of adolescents and young adults in Germany. Today he is responsible for strategic development, partnership management and fundraising.



## DRUHÝ STUPEŇ PSYCHOLOGICKEJ LIEČBY (PSYCHOLOGICKÁ LIEČBA S NIŽŠÍM STUPŇOM INTENZITY)

*Slovensko/Slovakia, Česká republika/Czech republic*

**P**říspěvek sa zaoberá zvýšením dostupnosti a kvality psychologickej starostlivosti prostredníctvom zavedenia inovatívneho modelu menej intenzívnych psychologických liečebných postupov (druhého stupňa liečby) do zdravotnej starostlivosti o psychické ochorenia v SR. Psychologická liečba druhého stupňa (Menej intenzívne psychologické liečebné postupy) (anglicky low intensity psychological therapies) predstavuje psychologické liečebné postupy, ktorých základnou charakteristikou je, že sú menej náročné pre pacienta, obvykle sú kratšie ako štandardná psychoterapeutická liečba a poskytované netradičným spôsobom (internet, telefón), vyžadujú nižšie náklady pre poisťovne a poskytovateľov, liečba je určená vybraným diagnostickým skupinám, zohľadňuje stupeň postihnutia pacienta a je podložená medicínou založenou na dôkazoch. Nižšia náročnosť pre pacienta je dôsledkom menej intenzívneho terapeutického kontaktu, pacient je v styku s terapeutom prevažne pomocou telefónu a internetu v dobe, ktorá mu vyhovuje, nemusí dochádzať na terapiu, liečba trvá obvykle kratší čas a môže sa vykonávať skupinovo.

Nižšie náklady pre poisťovne spočívajú v tom, že poskytovatelia vykazujú výkony s nižšou bodovou hodnotou. Tento typ liečby vzhľadom k jej charakteru je menej finančne náročný pre poskytovateľov (prevádzkové a mzdové náklady). U terapeutov dochádza k výraznému skráteniu vzdelávania. Predpokladom je absolvovanie skúšky pre výkon práce v zdravotníctve a ročného štúdia spočívajúceho v vzdelávaní v MIPLP a supervízii klinickej praxe. MIPLP vychádzajú v medicíne založenej na dôkazoch. Ich efektívitu doloženú štúdiami u niektorých porúch uvádzame v návrhu štandardných diagnostických a terapeutických postupov odboru klinická psychológia. Z týchto dôvodov sú tieto postupy sú tiež odporúčané v nových štandardných diagnostických postupoch, ktoré vypracúvajú pracovná skupina pre psychiatriu a klinickú psychológiu. Idea uvedeného modelu vychádza zo zavedenia a zhodnotenia efektivity inovatívneho modelu MIPLP v Anglickom systéme zdravotnej starostlivosti. NICE odporúčania pre psychologickú liečbu s nižšou mierou terapeutického kontaktu pre depresiu, úzkostné poruchy a poruchy príjmu potravy.

## THE SECOND STAGE OF PSYCHOLOGICAL TREATMENT (PSYCHOLOGICAL TREATMENT WITH LOWER INTENSITY)

**T**he paper deals with increasing the availability and quality of psychological care by introducing an innovative model of less intensive psychological treatment (second stage treatment) into health care for mental illness in Slovakia. Second-level psychological therapies (low-intensity psychological therapies) are psychological therapies whose basic characteristic is that they are less patient-consuming, usually shorter than standard psychotherapeutic treatments and provided in a non-traditional way (internet, telephone), require lower costs for insurance companies and providers, treatment is for selected diagnostic groups, takes into account the degree of disability of the patient and is supported by evidence-based medicine. Lower difficulty for patient is a consequence of less intensive therapeutic contact, the patient is mainly in contact with the therapist using the telephone and the Internet at a time that is convenient for him, does not need to travel to therapy session, usually takes less time and can be done in groups. Because of its nature, this type of treatment is less costly for providers (operating and wage costs).

The result is also a significant shortening of education among therapists. The prerequisite is the passing of an exam for the performance of work in health care and an annual study of education in second stage of psychological treatment and supervision of clinical practice. Second-level psychological therapies is based on evidence-based medicine. Their effectiveness, as evidenced by studies in some disorders, is presented in the proposal for Standard diagnostic and therapeutic procedures in clinical psychology. For these reasons, these procedures are also recommended in the new standard diagnostic procedures developed by the Working Group on Psychiatry and Clinical Psychology. The idea behind this model is based on the introduction and evaluation of the effectiveness of the innovative Second-level psychological therapies model in the English healthcare system. More is on the NICE webpages.

Diagnóza	Liečba
Depresia	Sprevádzaná seba pomoc založená na KBT Štruktúrovaná telesná aktivita
Panická poruchy	Sprevádzaná seba pomoc založená na KBT
Sociálna fóbia	Sprevádzaná seba pomoc založená na KBT sa neodporúča ako postup prvej voľby. Zvažuje sa v prípade, ak postihnutý odmieta terapiu tvárou v tvár, avšak chce podstúpiť psychologickú liečbu
Generalizovaná úzkostná porucha	Seba pomoc založená na KBT Psychoedukačné skupiny
Obsedantne kompulzívna porucha	Sprevádzaná seba pomoc založená na KBT
Postrumatická stresová porucha	Nižšia miera terapeutického kontaktu sa neodporúča – len pozorné sledovanie
Bulímia	Seba pomoc založená na KBT

**Doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.** krajský psychológ Žilinského kraja Po ukončení štúdia v roku 1976 na FF UPJŠ pracoval ako psychológ na Psychiatrickom oddelení v Liptovskom Mikuláši. Od roku 1994 pracuje ako klinický psychológ na pracovisku klinickej psychológie Psychagogia v Liptovskom Mikuláši a zároveň vyučuje na Univerzite Konštantína Filozofa v Nitre, Slovenskej zdravotníckej univerzite a Českom inštitúte KBT Odyssea. Absolvoval výcvik v schématerapii, psychoterapii psychóz, psychodráme, v hypnóze, v gestalt terapii a v biofeedbackových metódach, kde je držiteľom certifikáciu v neurofeedbacku vydanom Biofeedback Certification Internationale Alliance, USA. Je členom komisie pre prípravu štandardných diagnostických, preventívnych a terapeutických postupov v klinickej psychológii. Spolupracuje s Univerzitou Oxford pri zavádzaní druhého stupňa liečby psychických ochorení.



## PRÍPRAVA NA PRÁCU A ZAMESTNÁVANIE OSÔB S DUŠEVNÝMI OCHORENIAMI AKO SÚČASŤ ZAČLENENIA DO KOMUNITNÉHO ŽIVOTA

*Slovenská únia podporovaného zamestnávania,  
Bratislava*

**L**egislatíva sociálnych služieb a služieb zamestnanosti v SR ponúka niekoľko možností pre sociálne a pracovné začlenenie občanov s rôznymi formami duševných ochorení. Prax na Slovensku tiež ponúka skúsenosti z oblasti podpory a sprevádzania tejto cieľovej skupiny na ceste do bežného komunitného života s potrebnou podporou. Dôležitou súčasťou vo fáze návratu do bežného života je využívanie pomoci Agentúr podporovaného zamestnávania (APZ), rehabilitačných stredísk a integračných centier, ale aj rôznych aktivít svojpomocných skupín.

Cieľom je podporiť klienta pri vytvorení primeranej formy bývania a pracovného začlenenia. Podpora spočíva vo vytvorení individuálneho plánu, ktorý zohľadňuje aktuálny zdravotný stav, očakávania a potreby klienta a jeho rodiny, a taktiež možnosti regiónu, v ktorom žije.

Nevyhnutnou je spolupráca s Úradmi práce, sociálnych vecí a rodiny a zamestnávateľmi. Zamestnávateľ je súčasťou podporného trojuholníka / APZ, klient, zamestnávateľ) a jeho úlohou je definovať pracovné miesto a pracovnú pozíciu, ktorú ponúka. Agentúra podporovaného zamestnávania pripravuje klienta na pracovné miesto, pomáha zdefinovať motiváciu a významne sa podieľa

na vyhľadani pracovného miesta. Dôležité je vytvoriť alebo nájsť pracovné miesto šité na mieru konkrétnemu klientovi a opačne. Najdôležitejšie je však sprevádzať klienta s cieľom udržať si pracovné miesto, podporiť jeho silné stránky a najmä tie schopnosti, v ktorých môže vyniknúť a v ktorých „je dobrý“.

Ako funguje model podporovaného zamestnávania na Slovensku a aké sú skúsenosti Agentúry podporovaného zamestnávania pri zamestnávaní klientov s duševnými poruchami a pri ich začleňovaní do komunitného života, ako aj vyhodnotenie skúseností z tejto práce po 20tich rokoch fungovania APZ v Bratislave je témou tohto príspevku.

### Literatúra:

1. V. Záhorcová, Štandardy kvality podporovaného zamestnávania, Bratislava, 2008
2. M. Filipová, D. Koršová, S. Mareková, Š. Nováková, A. Padyšáková, J. Pauk, Z. Stavrovská,
3. V. Záhorcová : Podporované zamestnávanie v procese prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, Implementačná agentúra MPSVR, Bratislava, 2015

**Viera Záhorcová** vyštudovala psychológiu a pôsobila ako detská klinická psychologička na Detskej klinike v Bratislave. Inšpiráciu pre prácu s osobami so zdravotným znevýhodnením, diagnostiku, terapiu a prácu s rodinou nachádzala aj v desaťročnej každodennej spolupráci s prof. Karolom Matulayom, najmä v téme „liečba prácou“, ktorá bola pre p. profesora kľúčová pri liečbe pacientov s duševnými ochoreniami.

Po roku 1989 sa začala aktívne angažovať v oblasti kvality života ľudí so zdravotným znevýhodnením. Spolupracovala so Združením na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím a s Ligou za duševné zdravie. Viac ako 20 rokov patrí k čelným predstaviteľom prúdu, ktorý sa snaží vytvárať pre ľudí so zdravotným znevýhodnením podmienky pre plné začlenenie do komunity a chápať ich ako plnohodnotných občanov.

Založila prvé centrum včasnej diagnostiky na Slovensku, ktoré dodnes slúži ako vzor pre ostatné centrá, kde pracujú multidisciplinárne tímy s rodinami od prenatálneho veku dieťaťa až do nástupu do školy. Je neúnavnou propagátorkou myšlienky, že všetci jednotlivci môžu pracovať na bežnom trhu práce, ak majú zabezpečené adekvátnu podporu a služby. Preto v roku 1999 založila prvú Agentúru podporovaného zamestnávania, iniciovala zásadné legislatívne zmeny v oblasti vzdelávania a zamestnávania znevýhodnených skupín. V súčasnosti je predsedníčkou Slovenskej únie podporovaného zamestnávania. Svoje presvedčenie o tom, že podmienkou nezávislého života je zaradenie sa do pracovného procesu s primeranou mierou podpory v komunite, roky odborne pretavuje do praktických krokov vedúcich k zamestnávaniu ľudí so zdravotným znevýhodnením. Angažuje sa pri tvorbe nástrojov na podporu aktivizácie a zamestnávania, prakticky vedie dve chránené dielne, je odborným garantom sociálnych služieb Rehabilitačné stredisko Podporný kruh a Integračné centrum pre osoby s duševným a mentálnym znevýhodnením. Podporuje vznik nových komunitných modelov podpory pre tieto



cieľové skupiny, propaguje individuálnu podporu a sprevádzanie znevýhodnených občanov v komunite, prioritne podporou na otvorenom trhu práce. Venuje sa aj lektorskej činnosti v neziskovom sektore a v SZU Bratislava.

V posledných rokoch pôsobí ako expert pre aktivizáciu a zamestnávanie znevýhodnených skupín v Národných projektoch transformácie a deinštitucionalizácie sociálnych služieb v SR. Kľúčovými oblasťami jej odborného záujmu je podpora zdravotne znevýhodnených občanov v komunite, podporované zamestnávanie – zamestnávanie občanov so zdravotným znevýhodnením na otvorenom trhu práce, komunitné sociálne služby a služby zamestnanosti ako nástroj pre rozvoj a začlenenie klientov do komunity a nezávislého života s primeranou mierou podpory.



## STIGMA PSYCHICKÝCH PORÚCH NA SLOVENSKU

“No more stigma”, Slovensko

Psychická porucha môže byť súčasne vedeckou diagnózou, no mimo rámca odborného sveta a medicíny implicitnou sociálnou nálepkou. Nevýhody pre diagnostikovaných pacientov vznikajú vo chvíli, keď diagnóza stráca funkciu návodu na liečbu a zmení sa v sociálny stereotyp s vpečatenou ujmou. Z diagnózy tak vzniká sociálna stigma. Stigmatizáciu možno všeobecne charakterizovať ako proces označovania (labellingu), ktorý súvisí ako so spoločenským vylučovaním a odmietaním stigmatizovaného, tak aj s vlastnými pocitmi hanby. Hanba potom u stigmatizovaného pramení z nepriaznivého sociálneho úsudku o vlastnej osobe či spoločenskej skupine. Tento úsudok býva založený na určitom ryse, ktorý súvisí s identitou, správaním, vzhľadom

dom či zdravotným stavom, a ktorý je spoločnosťou považovaný za nenormálny a legitimuje tak určité zvláštne správanie, napríklad prehládanie či diskrimináciu dotyčného. Takto sú stigmatizované aj psychické poruchy. Hlavným zámerom práce je priblížiť problematiku stigmatizácie súvisiacej s psychickými poruchami a možnosti destigmatizácie. Praktická časť práce predkladá výsledky výskumu zameraného na mieru stigmatizácie na Slovensku realizovaného pomocou Škály hláseného a zamýšľaného správania (RIBS). Cieľom výskumu je identifikovať prevalenciu hláseného a zamýšľaného stigmatizujúceho správania voči ľuďom trpiacim psychickou poruchou v Slovenskej republike, sekundárnym cieľom je výsledky porovnať so zisteniami v Českej republike a Anglicku.

## STIGMA OF MENTAL DISORDERS IN SLOVAKIA

At the same time, mental disorder can be a scientific diagnosis, but beyond the professional world and medicine an implicit social label. Disadvantages for diagnosed patients arise when the diagnosis loses its function as a treatment guide and turns into a social stereotype with a detrimental effect. Thus, the diagnosis creates a social stigma. Stigmatization can generally be characterized as a process of labeling, which is related to both social exclusion and rejection of stigmatized as well as self-shame. The shame of the stigmatized then stems from the unfavorable social judgment of the person or social group. This judgment is based on a certain feature that is related to identity, behavior, appearance or health, and which is considered by

the society to be abnormal and thus legitimizes certain particular behavior, such as the overlook or discrimination of the person concerned. Thus, psychiatric disorders are also stigmatized. The main aim of this work is to bring the issue of stigma associated with mental disorders and the possibility of de-stigmatization. The practical part presents the results of research focused on the rate of stigmatization in Slovakia implemented using the Reported and Intended Behavior Scale (RIBS). The aim of the research is to identify the prevalence of reported and deemed stigmatizing behavior towards people suffering from mental disorders in the Slovak Republic, secondary objective is to compare the results with the findings in the Czech Republic and England.



**MUDr. Miroslava Palušná** - pracujem na psychiatrickom oddelení v Prešove, v roku 2013 som vyštudovala všeobecné lekárstvo na Lekárskej fakulte UPJŠ v Košiciach, v apríli 2019 som atestovala v odbore psychiatria. Po vzore destigmatizačných organizácií zo zahraničia som sa spolu s priateľmi “z brandže” pustila do týchto aktivít na Slovensku založením neziskovky, čo považujem za jednu z najlepších vecí, do ktorých som sa pustila.

## VČASNÁ PREVENČE V OBLASTI DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ - KDE JE JEJÍ MÍSTO?

Fokus Praha, Česká republika

Výchova a vzdelávání mladých lidí je nejenom úlohou rodiny, ale také úlohou školského systému. Mladí lidé tráví ve škole 6 až 8 hodin denně, ve škole prožívají svoje úspěchy, ale také krize. Učitelé a škola vidí psychický stav mladých lidí a také na něj mají velký vliv. Vzdelávání

ale patří do kompetence Ministerstva školství a psychické zdraví do kompetence Ministerstva zdravotnictví. Kam teda spadá prevence v oblasti duševního zdraví? Přednáška dává do souvislosti stávající systém primární prevence (nejenom) v ČR s aktuální potřebou v oblasti prevence duševních nemocí.

## EARLY PREVENTION IN MENTAL HEALTH - WHERE IS ITS PLACE?

Upbringing and education of young people is the main task of not only the family but the school system as well. Young people spend from 6 to 8 hours per day at school, it is there where they experience the success and the crisis. The teachers and the school perceive the mental state of their young charges and furthermore they have big

impact on it. However, the education is in the jurisdiction of the Ministry of education, youth and sports and the mental health is in the jurisdiction of the Ministry of health. Where that leaves the promotion/prevention in the field of mental health? The lecture connects the existing system of primary prevention in the Czech republic with the real need for the prevention of mental illness.

**Bc. Mgr. Alena Vrbová, DiS., Ledovec, z. s. Plzeň.** Vystudovala jsem sociální pedagogiku na Vyšší odborné škole v Praze a sociální práci na Západočeské univerzitě v Plzni. V roce 2019 jsem absolvovala magisterský obor Supervize a řízení sociálních a zdravotnických organizací na Univerzitě Karlově v Praze. Od roku 1996 jsem působila jako lektor programů primární prevence drogových závislostí, a to od roku 1996 v PREV-Centru v Praze, a v průběhu roku 1997 se mi spolu s kolegy podařilo dlouhodobý program všeobecné primární prevence zavést v Plzni, nejprve pod hlavičkou K-centra (tehdy nadace Druhý břeh), později tu bylo založeno samostatné středisko pro primární prevenci – P-centrum, v rámci organizace CPPT, o.p.s. Tady jsem (po dokončení studia a dvouleté praxi ve školství – učitelka 1. a 2. stupně ZŠ, pedagogická pracovnice školního klubu) působila jako koordinátorka a lektorka preventivních programů a od roku 2003 do roku 2006 také jako vedoucí programu. Jako členka Sekce Primární prevence při A. N. O. jsem se podílela na zavádění terminologie pro primární prevenci, na přípravě standardů a úspěšně jsem provedla P-centrum pilotním, a poté i řádným, procesem certifikace všeobecné primární prevence. Zároveň jsem prošla školením pro výkon činnosti certifikátorky, a v letech 2006 – 2008 jsem realizovala certifikační procesy v zařízeních poskytujících primární prevenci. V letech 2005 – 2012 jsem pracovala jako externí vyučující Katedry psychologie na Západočeské univerzitě. V současné době působím v Ledovci jako sociální pracovnice, lektorka preventivních a destigmatizačních seminářů, editorka webových stránek a redaktorka Ledovec, čtvrtletníku naší neziskové organizace, která poskytuje sociální služby lidem se zkušeností s duševním onemocněním.



## MOŽNOSTI PSYCHOSOCIÁLNYCH AKTIVÍT V RÁMCI ÚSTAVNÉHO PSYCHIATRICKÉHO ZARIADENIA

*Psychiatricka nemocnica, Hronovce, Slovensko/Slovakia  
Sekcia sociálnej psychiatrie Slovenskej psychiatrickej spoločnosti,  
o. z. SLS, Slovensko/Slovakia*

**B**io - psycho - sociálny koncept duševného zdravia či psychickej poruchy je akceptovaný už niekoľko desaťročí. Nie vždy je však dostatočne aplikovaný do systému poskytovania zdravotnej starostlivosti pre ľudí s duševnou poruchou. V našich podmienkach často naráža na striktnú dichotómiu sociálnych a medicínskych aspektov prevencie i liečby. Modifikácia sociálnych faktorov pritom môže potenciovať (i

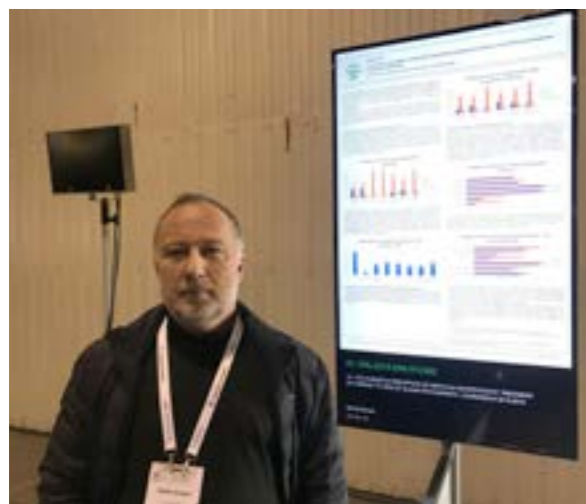
determinovať) efektívnosť biologických a psychologických intervencií.

Príspevok prezentuje model prepojenia sociálnej starostlivosti do štruktúry psychiatrického ústavného zariadenia v Psychiatrickej nemocnici Hronovce s využívaním sociálneho poradenstva, psychosociálnej rehabilitácie, podporovaného bývania a zamestnávania až po integráciu psychosociálne postihnutých na voľnom trhu práce.

## POSSIBILITIES OF PSYCHOSOCIAL ACTIVITIES IN CONDITIONS OF INSTITUTIONAL PSYCHIATRIC FACILITIES

**B**io - psycho - social concept of mental health or mental disorder has been accepted for decades now. However, this concept is not always sufficiently applied into the system of health care for people with mental disorders. In our conditions, it often encounters with a strict dichotomy of social and medical aspects of prevention and treatment. Modification of social factors can potentiate (and determine) the effectiveness of biological and psychological interventions.

The/Our paper presents model of connecting social care to the structure of psychiatric hospitalization care in the Psychiatric Hospital Hronovce, with the use of social counseling, psychosocial rehabilitation, facility of supported housing and employment, and up to the integration of psychosocially disabled people at the free labor market.



**MUDr. Marek Zelman** je psychiater. V súčasnosti je riaditeľom Psychiatrickej nemocnice Hronovce, v ktorej sa dlhoročne realizujú projekty longitudinálnej psychosociálnej starostlivosti a psychiatrickej rehabilitácie. V súčasnosti nemocnica prevádzkuje zariadenie podporovaného bývania a rôzne formy podporovaného zamestnávania i zamestnávania psychosociálne postihnutých na voľnom trhu práce. V minulosti pôsobil v občianskom združení EFKO primárne pôsobiacom na poli psychosociálnej rehabilitácie a reintegrácie.

## ODĽAHČOVACIA SLUŽBA A DÔLEŽITOSŤ JEJ VYUŽÍVANIA PRÍBUZNÝMI OSÔB S DUŠEVNOU PORUCHOU

### Cieľ teoretickej časti:

Témou práce je odľahčovacia služba, ktorú v súčasnosti na Slovensku celkovo využíva len veľmi malý počet fyzických osôb, opatrujúcich fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím. Odľahčovacia služba bola na Slovensku zavedená do Zákona č. 448/2008 o sociálnych službách v roku 2009. Jej cieľom je umožniť fyzickej osobe, ktorá opatruje, nevyhnutný odpočinok na účel udržania jej fyzického zdravia a duševného zdravia a prevencie jeho zhoršenia. Hlavným cieľom tejto práce je poukázať na dôležitosť progresívneho druhu sociálnej služby - odľahčovacej služby pre špecifickú cieľovú skupinu - pre príbuzných, ktorí žijú v spoločnej domácnosti s členom, ktorý má duševnú poruchu. Títo príbuzní síce neopatrujú svojho člena rodiny s duševnou poruchou, avšak zo starostlivosti o neho sú veľmi vyčerpaní, pretože aj oni sami sa ocitajú v záťažovej situácii, s ktorou sa potrebujú vyrovnávať. Aj u nich sa nahromadí veľa emócií, súvisiacich nielen s ochorením svojho príbuzného, ale aj s danou situáciou v rodine. Ich problémom a potrebám sa nevenuje taká pozornosť, ako samotnému chorému. Zatiaľ, čo pri iných ochoreniach príbuzní osôb s ťažkým zdravotným postihnutím dostávajú podporu z okolia, aby prekonalí záťažovú životnú situáciu, príbuzní osôb s duševnou poruchou musia čeliť pocitom hanby, viny a predsudkom zo strany spoločnosti, čo prispieva k ešte väčšej náročnosti tejto situácie. Motiváciou k napísaniu práce sú naše osobné skúsenosti z praxe - príbuzní, ktorí žijú v spoločnej domácnosti s osobou s duševnou poruchou, by mali, tak isto ako chorí, dostať podporu od spoločnosti, napr. prostredníctvom odľah-

čovacích služieb a respitnej (úľavovej, od-dychovej) starostlivosti, ktoré sú v zahraničí využívané vo väčšom rozsahu. Cieľom teoretickej práce je odľahčovaciu službu predstaviť, vysvetliť a zviditeľniť, zvýšiť povedomie o dôležitosti využívania odľahčovacej služby, a tým zväčšiť okruh záujemcov o jej využívanie príbuznými osôb s duševnou poruchou. Príspevok doplníme konkrétnym príkladom z praxe z rozhovoru s matkou dospelého prijímateľa sociálnej služby, ktorá žije spoločne so svojim duševne chorým synom v spoločnej domácnosti. Po formálnej stránke sme zvolili spracovanie práce prostredníctvom koncepcie IMRAD.

### Cieľ empirickej časti:

V empirickej časti sa zameriavame na špecifickú cieľovú skupinu - príbuzných, ktorí žijú v spoločnej domácnosti s osobou s duševnou poruchou. Cieľom empirickej časti práce je zistiť, do akej miery sú osoby, ktoré opatrujú svojich príbuzných s duševnou poruchou, oboznámené s možnosťami pomoci, potrebnej pri tejto náročnej práci, s dôrazom na poznatky o odľahčovacej službe, ich informovanosti o tejto možnosti pomoci, ako aj zmapovanie jej využitia v reálnej praxi. Z kvantitatívnych metód sme zvolili techniku dotazníka ako nástroja na získavanie primárnych údajov. Dotazník vyplnilo spolu 131 respondentov - príbuzných osôb s duševnou poruchou. Výsledky výskumu je teda treba považovať len za informatívne, ale prezentované výsledky ukázali, že informácie o odľahčovacej službe malo 40,5% opýtaných žijúcich v obciach a iba 22,3% respondentov pochádzajúcich z miest. Okrem toho sme zistili, že



odľahčovaciu službu vôbec nepozná až 77,7% oslovených osôb v mestách a viac než polovica (59,5%) respondentov žijúcich na vidieku. Zistené výsledky považujeme za negatívne a myslíme si, že je veľmi potrebné poskytnúť tieto dôležité informácie nielen osobám, ktoré opatrujú ľudí s duševnou poruchou, ale aj profesionálom z radov pomáhajúcich profesií,

## **RESPITE CARE AND IMPORTANCE OF ITS USING BY THE RELATIVES OF PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS**

### **Aim of the theoretical part:**

The topic of the thesis is respite care, which is currently used in Slovakia only by a very small number of natural persons caring for a natural person with severe disability. Respite care in Slovakia has been implemented into the Law no. 448/2008 on social services in 2009. Its aim was to allow a natural person that has a patient in his or her care to have access to necessary relief in order to preserve the physical and mental health and to prevent its worsening. The main aim of this thesis is to draw attention to the importance of a progressive type of social service - respite care for a specific target group - for relatives who live in a common household with a member who has a mental disorder. These relatives do not care for their family member with a mental disorder, but they are very exhausted from their care, because they find themselves in a stressful situation with which they need to cope. They also accumulate a lot of emotions related not only to their relative's illness but also to the given situation in the family. Their problems and needs are not addressed as much as the patients themselves. While in other diseases, relatives of people with severe disabilities receive support from the environment to overcome the stressful life situation,

ktorí prispievajú k ich odbornej starostlivosti. V závere práce uvádzame odporúčania pre prax, ktoré sú v rámci danej problematiky dôležité.

**Kľúčové slová:** odľahčovacia služba, duševné poruchy, príbuzní, úzkosť, záťaž, domáce prostredie

relatives of people with mental disorders have to face feelings of shame, guilt and prejudice on the part of society, thus contributing to the even greater difficulty of the situation. The motivation to write the work is our personal experience from practice. Relatives who live in a common household with a person with a mental disorder should, as well as the sick, receive support from society, e.g. through respite care services, which are used to a greater extent abroad. The aim of the theoretical work is to introduce the respite care, to explain it and to make it visible, to raise awareness of the importance of using the respite care, thus increasing the range of people interested in its use by relatives of persons with mental disorders. The paper is supplemented by a concrete example from practice based on an interview with a mother who lives at home with her son, an adult recipient of social services suffering from a mental illness. On the formal side, we chose to process the work through the IMRAD concept.

### **Aim of the empirical part:**

In the empirical part, we focus on a specific target group - relatives who live in a common household with a person with a mental

disorder. The aim of the empirical part of the thesis is to find out to what extent persons who care for their relatives with mental disorders are familiar with the possibilities of assistance needed in this demanding work, with an emphasis on knowledge of the respite care, their awareness of this possibility of assistance as well as mapping its practical use. From quantitative methods, we chose the questionnaire technique as a tool for obtaining primary data. The questionnaire was completed in total by 131 respondents - relatives of persons with mental disorders. Therefore, the results of the research should only be considered as informative, but the presented results have shown that 40.5% of the respondents living in the municipalities and only 22.3% of the

respondents coming from the cities had information on the respite care. In addition, we found out that up to 77.7% of the respondents in the cities and more than half (59.5%) of the respondents living in rural areas do not know the respite care at all. We perceive the results to be negative and think it is very important to provide this important information not only to persons who care for people with a mental disorder, but also to professionals from the helping professions, who contribute to their professional care. At the end of the work we present the recommendations for practice that are important within the given issue.

**Key words:** Respite care, Mental disorders, Relatives, Distress, Burden, Home environment

**Mgr. Žaneta Kováčiková** sa narodila v Nitre. V roku 2015 ukončila štúdium sociálnej práce na



Pedagogickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave. V sociálnych službách pracuje od roku 2013, pôvodne ako pracovný terapeut, neskôr ako sociálny terapeut a sociálny pracovník, momentálne ako sociálny pedagóg. Zamerala sa na viaceré cieľové skupiny prijímateľov sociálnych služieb (PSS s mentálnym znevýhodnením, PSS s duševnou poruchou, PSS v seniorskom veku). V súčasnosti opäť pracuje s PSS s mentálnym znevýhodnením. Vedie s nimi najmä biblioterapeutické stretnutia, hry s hudbou a aktivity zamerané na tréning pamäti. Od roku 2013 ako dobrovoľníčka aktívne spolupracuje s o. z. Dobrota pre Afriku. Pravidelne sa zúčastňuje na prednáškach, školeniach, konferenciách, kurzoch, tréningoch a workshopoch, ktoré jej môžu pomôcť rozšíriť si svoje vedomosti a profesionálne zručnosti.

## OSAMELOŠŤ SOCIÁLNEJ IZOLÁCIE A SOCIÁLNE ZAČLENENIE ZÁVISLÝCH ĽUDÍ V PERSPEKTÍVE ABSTINENCIE

*Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ  
v Košiciach, Slovensko*

### Abstrakt

Závislosť od alkoholu a závislosti od iných psychoaktívnych látok patria do skupiny látkových závislostí. Napriek jednotnej diagnostickej kategórii syndrómu závislosti, slovenská spoločnosť generuje rôznu mieru diskriminácie, opresie a stigmatizácie závislých ľudí, čím sa sťažuje celý terapeutický proces.

Východiská: Rozličné typy osamelosti vychádzajú z rozdielnych príčin, reflektujú významný kvantitatívny a/alebo kvalitatívny deficit v oblasti základných ľudských potrieb afiliácie, intimity a lásky. Multidimenzionálny fenomén osamelosti sociálnej izolácie môže závislosti predchádzať, simultánne sa vyvíjať, môže byť jej dôsledkom a prekážkou v perspektíve abstinencie.

Ciele: Hlavným cieľom predkladanej štúdie je prezentovať zmiešané dáta výskumu sociálneho začlenenia a osamelosti sociálnej izolácie závislých ľudí. Sekundárnym cieľom je diskutovať tému osamelosti sociálnej izolácie a stigmatizácie závislých ľudí v kontexte perspektívy abstinencie.

Metódy: Kvantitatívne dáta boli získané pomocou škály osamelosti UCLA a dotazníka sociálnej začlenenosti T-98. Kvalitatívne dáta boli získané naratívny a fenomenologickým rozhovorom a spolu s fenomenologickou interpretáciou vsadené do štatistických zistení. Súbor: Výskumu sa zúčastnilo 235 respondentov. Z toho bolo 139 hospitalizovaných a 96 abstinujúcich respondentov. Celkový súbor tvorilo 160 mužov a 75 žien vo veku od 18 do 75 rokov.

Výsledky: Komparácie medzi podskupinami respondentov preukázali štatisticky významné rozdiely v kritériách osamelosti sociálnej izolácie a sociálneho začlenenia. Závěry: Teoretickou a dátovou trianguláciou a paralelnými testami sme potvrdili úvahy o osamelosti sociálnej izolácie a sociálneho začlenenia ako významných faktoroch v doliečovaní a perspektíve abstinencie.

Kľúčové slová: Osamelosť sociálnej izolácie. Sociálne začlenenie. Stigmatizácia. Závislosť. Abstinencia.

## LONELINESS OF SOCIAL ISOLATION AND THE NEED FOR SOCIAL AFFILIATION OF ADDICTED PEOPLE IN PERSPECTIVE OF ABSTINENCE

### Abstract

Alcohol addiction and addiction of other psychoactive substances together belong to the group of substance addictions. In spite of the unified category of a syndrome of addiction, the Slovak society generates varying degrees of discrimination, oppression and stigmatization of addicted people, making the whole therapeutic process more difficult.

### Background:

Different types of loneliness are based on different causes, reflecting a significant quantitative and/or qualitative deficit in the basic human needs for social affiliation, intimacy and love. Multidimensional phenomenon of loneliness of social isolation could forego addiction, or it may simultaneously develop, or it might be the consequence, and obstruction in perspective of abstinence.

### Objectives:

The main objective is to present mixed data on need to social affiliation and loneliness of social isolation of addicted people. The secondary aim is to discuss the social affiliation, and the loneliness of social isolation and stigmatization of addicted people in the context of the abstinence perspective.

### Methods:

Quantitative data were obtained using the UCLA loneliness scale and the T-98 social affiliation questionnaire. Qualitative data were obtained through narrative and phenomenological interviews and, together with phenomenological interpretation put in statistical findings.

### Research sample:

235 respondents participated in this research. There were 139 hospitalized respondents and

96 abstaining respondents. The total population sample was 160 men and 75 women aged from 18 to 75 years.

### Results:

Comparison between subgroups of respondents showed statistically significant differences within the criteria of loneliness of social isolation, and in the need for social affiliation. Conclusions: By theoretical and data triangulation and parallel tests, we have confirmed considerations about the loneliness of social isolation and the need for social affiliation as important factors in a subsequent care and the perspective of abstinence.

Keywords: Loneliness of Social Isolation. Need for Social Affiliation. Stigmatization. Addiction. Abstinence.

**Mgr. Ján Kahan** - je aspirantom na akademický titul PhD. v odbore Integratívna sociálna práca pod vedením prof. PhDr. Evy Žiakovej, CSc. Jeho vedecko-výskumné zameranie sa sústreďuje hlavne na problematiku osamelosti sociálnej a emocionálnej izolácie látkovo závislých ľudí v kontexte perspektívy a udržania abstinencie. V rámci uvedenej oblasti výskumu sa zaoberá aj súvisiacimi fenoménmi a psycho-sociálnymi patologickými javmi, ako sú sociálna opora, zmysel života, sociálne vylúčenie, stigmatizácia, nezamestnanosť a podobne. Je aktívnym riešiteľom výskumnej úlohy v rámci agentúry Vega so zameraním na rizikové správanie mladých ľudí vo vzťahu k prežívanej osamelosti. Počas štúdia na Katedre sociálnej práce, Filozofickej fakulty UPJŠ bol odmenený Cenou dekanu a Cenou rektora za prínos pre fakultu a univerzitu. Adresa: Katedra sociálnej práce

Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach  
email: jankokahan@gmail.com  
web-page: www.ff.upjs.sk  
Moyzesova 9, 040 59 Košice, Slovakia

**Prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.** - pôsobí ako vedúca Katedry sociálnej práce na FF UPJŠ v Košiciach od roku 2008. Vo svojej pedagogickej činnosti sa orientuje na psychologické aspekty sociálnej práce; sociálnu prácu s rizikovými skupinami klientov, akými sú závislí klienti, dlhodobo chorí, osamelé a týrané matky. Vo vedeckovýskumnej činnosti bola vedúcou 8 grantových výskumov v rámci agentúr Kega a Vega, ktoré sa zameriavali hlavne na problematiku osamelosti v súvislosti s onkologickými ochoreniami, závislosťami, zmyslu života adolescentov, príčinami porúch správania rizikových klientov. Od roku 2008 je členkou Akreditačnej komisie pre „Sociálne a behaviorálne vedy“ pri Ministerstve Školstva vlády SR v Bratislave; od 2012 členkou výboru Asociácie vzdelávateľov sociálnej práce na Slovensku; od roku 2016 členkou skupiny v rámci grantovej agentúry Vega v komisii č. 11 Vedy o človeku; je zároveň členkou vedeckých rád na FF UPJŠ, FZaSP TU v Trnave, FF PU v Prešove ako aj členkou komisie pre udeľovanie vedeckých hodností PhD. v odbore sociálna práca na slovenských univerzitách.

Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach  
tel: +421 55 234 7145  
mobil: +421918 643 840  
email: eva.ziakova@upjs.sk  
web-page: www.ff.upjs.sk  
Moyzesova 9, 040 59 Košice, Slovakia



## KOMUNITNÁ STAROSTLIVOSŤ O DUŠEVNÉ ZDRAVIE

### ZPP Radosť, Košice

V tomto príspevku opisujeme štandardné metódy sociálnej práce aplikované v dennom rehabilitačnom stredisku pre ľudí s duševnými poruchami. Úvodom uvádzame kľúčové ciele sociálnej práce s psychiatrickými klientmi ale aj ich rodinami zamerané na rozvoj vo viacerých oblastiach. V skratkosti opisujeme program a kroky sociálnej rehabilitácie s využitím indi-

viduálnych plánov špecifických pre každého klienta. Aktivity prebiehajúce v stredisku sme rozdelili do štyroch hlavných kategórií, ktoré následne detailne vysvetľujeme. V závere príspevku sa venujeme načrtnutiu niektorých problematických faktov, ktoré vyplynuli z nášho pozorovania vrámci dlhodobej praxe v súvislosti s prácou s klientmi a zároveň aj ich možných riešení.

## COMMUNITY CARE FOR MENTAL HEALTH

In this paper, we describe standard methods of social work applied in a daily rehabilitation centre for people with mental disorders. In the introduction we present the key objectives of social work with psychiatric clients and their families focused on development in several areas. We briefly describe the program and steps of social

rehabilitation using individual plans specific to each client. We have divided the activities in the centre into four main categories, which we then explain in detail. In the end of the article, we outline some of the problematic facts that emerged from our observations in the long-term practice of working with clients and also possible solutions.

## PERSPEKTÍVY A MOŽNOSTI DUŠEVNE CHORÝCH

### “No more stigma”, Slovensko

Témou workshopu je stigmatizácia v oblasti duševného zdravia. Účastníci budú mať možnosť formou hrania rolí

a diskutovať si životnú perspektívu ľudí trpiacich psychickými poruchami.

## PROSPECTS AND POSSIBILITIES OF THE MENTALLY ILL

The theme of the workshop is stigmatization in mental health. Participants will have the opportunity to play roles and

discussions to experience the life perspective of people suffering from mental disorders.

## Výstupy z monitoringov zariadení sociálnych služieb a psychiatrických nemocníc a liečební v Slovenskej republike

V svojej prezentácii sa komisárka pre osoby so zdravotným postihnutím bude venovať predstaveniu Úradu komisára pre osoby so zdravotným postihnutím, jeho pôsobnosti a činnosti definovanej zákonom č. 176/2015 Z. z. o komisárovi pre deti a o komisárovi pre osoby so zdravotným postihnutím a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Okrem iných činností, ktorým sa komisárka venuje, v prezentácii priblíži výsledky z uskutočnených

monitoringov dodržiavania práv osôb so zdravotným postihnutím garantovaných Dohovorom o právach osôb so zdravotným postihnutím nielen v zariadeniach sociálnych služieb, ale aj v psychiatrických nemocniciach a psychiatrických liečebniach v Slovenskej republike, pričom cieľom týchto monitoringov je identifikovať a súčasne zmapovať akým spôsobom je zabezpečené dodržiavanie práv osôb so zdravotným postihnutím v monitorovaných zariadeniach a zdefinovať návrhy opatrení na zlepšenie.

**JUDr. Zuzana Stavrovská** pred prijatím kandidatúry na funkciu komisárky pre osoby so zdravotným postihnutím vykonávala slobodné povolanie advokátky. Vo svojej 15-ročnej advokátskej praxi spolupracovala so Združením na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím v SR. Spolupráca spočívala v realizácii projektov zameraných na obhajobu práv a záujmov ľudí s mentálnym postihnutím. Tiež v poskytovaní sociálno-právneho poradenstva rodičom, príbuzným a ľuďom s mentálnym postihnutím. Angažovala sa za zmenu zákona o občianskych preukazoch. I vďaka nej od roku 2004 majú občiansky preukaz aj ľudia pozbavení spôsobilosti na právne úkony.

Zuzana Stavrovská sa angažovala aj za prijatie Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím. Bola členkou pracovnej skupiny Inclusion Europe, ktorá pripravovala správnu implementáciu Dohovoru v členských štátoch EÚ. Okrem práce na pripomienkovaní zákonov sa aktívne podieľala na zvyšovaní povedomia ľudí s mentálnym postihnutím, ale aj odborníkov zo zariadení sociálnych služieb. Absolvovala a lektorovala viacero seminárov vo všetkých samosprávnych krajoch o Dohovore a tiež na tému spôsobilosti na právne úkony. Zuzana Stavrovská je jednou z iniciátorov tzv. reformy opatrovníctva, ktorou sa mení legislatívne prostredie v súlade s Dohovorom, týkajúce sa podporovaného rozhodovania a súdneho konania o spôsobilosti na právne úkony upraveného v Civilnom mimosporovom poriadku. Je autorkou a spoluautorkou viacerých odborných publikácií, ktoré pomáhajú ľuďom so zdravotným postihnutím riešiť rôzne životné situácie. V rámci projektu deinštitucionalizácie sociálnych služieb v roku 2015 vykonávala lektorskú činnosť v oblasti zamestnávania ľudí so zdravotným postihnutím s prihliadnutím na právnu problematiku týkajúcu sa ľudí pozbavených alebo obmedzených spôsobilosti na právne úkony. 2. decembra 2015 bola Národnou radou Slovenskej republiky na obdobie 6 rokov zvolená za komisárku pre osoby so zdravotným postihnutím. Prostredníctvom tejto funkcie sa ako nezávislý orgán podieľa na ochrane práv osôb so zdravotným postihnutím.



## AKO ZÍSKAŤ SPOKOJNOSŤ A UDRŽAŤ SI JU

*PRAEMIUM-PERMANSIO s.r.o Košice, Slovensko*

*PRAEMIUM-PERMANSIO s.r.o Košice,*

*Denné centrum duševného zdravia Facilitas n.o. Košice, Slovensko*

**Z**ážitkové stretnutie s arteterapeutickými technikami, ponúkajúcimi reštrukturalizáciu myšlienok vo forme obrazu. Arteterapia predstavuje symbolické vyjadrenie, poznávanie a vnímanie seba a sveta prostredníctvom umeleckých zážitkov, ktoré vychádzajú z vlastného tvorivého prejavu. Obohacuje teda našu tvorivosť, utvára vzťahy a pomáha porozumieť prostrediu, v ktorom žijeme. Najnovšie tendencie v arteterapii dospelých vyjadrujú interdisciplinárny prístup. Ciele expresívnych techník sa posúvajú do rekonštrukcie, integrácie, pod-

pory zodpovednosti za vytváranie vlastného života a životných plánov. Workshop ponúka stretnutie s vlastnou predstavou spokojnosti a kontakt s ostatnými. Každý moment je iný a našou snahou je stabilizovať sa, v tom sa môžeme hrať. Bojovať a udržiavať stále stabilitu je únavné. Hra s farbami môže poskytnúť nový priestor sebapoznania. Skupinová expresívne techniky využívame v priebehu špecializovaného sociálneho poradenstva ako i preventívnych programoch.

Workshop: Čas 90 min max – do 30 ľudí – vhodná miestnosť so stolmi, ale aj bez.

## HOW TO GET SATISFACTION AND KEEP IT

**A**n experiential meeting with art therapy techniques, offering the restructuring of ideas in the form of an image. Art therapy is a symbolic expression, cognition and perception of oneself and the world through artistic experiences based on their own creative expression. Thus, it enriches our creativity, shapes relationships and helps to understand the environment in which we live. Recent trends in adult art therapy reflect an interdisciplinary approach. The goals of expressive techniques are moving towards reconstruction, integration, and

accountability for creating one's life and life plans. The workshop offers a meeting with your own idea of satisfaction and contact with others. Every moment is different and our effort is to stabilize, in which we can play. It is tiring to fight and maintain stability. Color play can provide a new space for self-knowledge. We use group expressive techniques during specialized social counseling as well as preventive programs.

Workshop: Time 90 min max - up to 30 people - suitable room with tables but also without.

## KOMUNITNÁ SOCIÁLNA PRÁCA A DUŠEVNÉ ZDRAVIE

*PRAEMIUM-PERMANSIO s.r.o Košice,*

*PRAEMIUM-PERMANSIO s.r.o Košice,*

*<sup>3</sup> Denné centrum duševného zdravia Facilitas n.o. Košice*

**K**omunitná sociálna práca má svoje nezastupiteľné miesto v sociálnej práci a treťom sektore. V slovenských podmienkach je to nová forma sociálnej práce, ktorá vytvára priestor na vyvolávanie a podporovanie zmeny v rámci miestneho spoločenstva. Cieľom komunitnej sociálnej práce je nahliadať na problémy členov komunity a posilniť ich aktivitu smerom k schopnosti spoločne riešiť problémy. Je to proces, pretože komunita je živý organizmus, ktorého riešiteľom problémov sú samotní členovia komunity. Vychádzajúc z jednej z priorít NPDZ, ktorou je zlepšenie duševného zdravia obyvateľstva vnímame, že

intervencie a služby ciele na zlepšenie duševného zdravia, musia byť zamerané na celú populáciu, a nielen na znevýhodnených ľudí. V príspevku prinášame praktické skúsenosti s komunitnou sociálnou prácou organizácie Facilitas n.o. Košice v spolupráci s miestnymi inštitúciami a organizáciami. Posilňovanie nezdolnosti, cieľavedomé pestovanie húževnatosti, podnecovanie k pružnosti pri riešení problému a podpora zdravej sebaúcty je tou správnou cestou „životného otužovania“ detí, dospievajúcich a dospelých.

Kľúčové slová: Duševné zdravie. Komunitná sociálna práca. Preventívne programy.

## COMMUNITY SOCIAL WORK AND MENTAL HEALTH

**C**ommunity social work has a unique place in social work and the third sector. In Slovak conditions, it is a new form of social work that creates the space for evoking and supporting change within the local community. The aim of community social work is to look at the problems of community members and strengthen their activity towards the ability to solve problems together. It is a process because the community is a living organism, whose members are the members of the community themselves. Based on one of the NPDZ priorities, which is to improve the mental health of the population, we perceive that interventions

and services aimed at improving mental health must be targeted at the whole population and not only at disadvantaged people. The contribution brings practical experience with the community social work of Facilitas n.o. Košice in cooperation with local institutions and organizations. Strengthening resilience, purposeful cultivation of resilience, encouraging flexibility to solve the problem, and promoting healthy self-esteem is the right way of „living hard“ for children, adolescents and adults.

Key words: Mental health. Community social work. Preventive programs.



## ŠTANDARDNÉ DIAGNOSTICKÉ A TERAPEUTICKÉ POSTUPY A ICH ZAVÁDZANIE DO PRAXE V LIEČBE DUŠEVNÝCH OCHORENÍ

**S**vetová zdravotnícka organizácia (WHO) vytvorila postupy na ohodnotenie morbidity každého ochorenia. Podľa jej údajov vo vyspelých krajinách sú duševné ochorenia zodpovedné za 38% celkovej morbidity. Za 6% morbidity sú zodpovedné kardiovaskulárne ochorenia a ešte menej diabetes.

Viac šokujúci je však fakt, že ľudia s duševnými poruchami nedostávajú pomoc na úrovni súčasnej vedy a väčšina ľudí ju nedostáva vôbec. Avšak čo sa týka duševných ochorení v EU sa lieči menej ako tretina postihnutých. Dokonca aj pri ťažkej depresii je to len polovica.

Vo väčšine krajín je hlavnou formou liečby medikácia. Napríklad v roku 2007 sa 15% Britských dospelých pacientov s úzkosťou, alebo depresiou liečilo len liekmi a len 10% z nich malo nejakú formu terapie, alebo poradenstva „tvárou v tvár“ (s, alebo bez medikácie), hoci britské národné odporúčania NICE hovoria,

že všetkým postihnutým by sa mala poskytnúť psychologická liečba a liekmi by mala byť liečená len omnoho menšia časť.

Našu liečba duševných ochorení je málo dostupná a nezodpovedá súčasným vedeckým poznatkom. Tohto si bolo vedomé MZ SR, ktoré vytvorilo odborné skupiny, ktoré majú za úlohu vypracovať Štandardné diagnostické a liečebné postupy pre jednotlivé duševné ochorenia na základe najnovších vedeckých poznatkov. Tieto štandardy sú chápané širšie a zahrňujú popis súčasného stavu a definíciu problému, navrhujú preventívne, diagnostické a terapeutické postupy a definujú organizáciu zdravotnej starostlivosti a jej nositeľov. V súčasnosti sú niektoré štandardy pre odbor psychiatria schválené a niektoré štandardy pre odbor klinická psychológia sú v procese schvaľovania. Príspevok popisuje proces ich vytvárania a význam, ktorý budú mať pre klinickú prax.

## STANDARD DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC PROCEDURES AND THEIR IMPLEMENTATION IN THE TREATMENT OF MENTAL ILLNESS

**T**he World Health Organization (WHO) has developed procedures to assess the morbidity of each disease. According to her data in developed countries, mental illnesses are responsible for 38% of total morbidity. 6% of morbidity are responsible for cardiovascular disease and even less for diabetes.

However, the more shocking is the fact that people with mental health problems are not getting help at the current science level and most people do not receive it at all. Even with severe depression, it's only half.

Our treatment for mental illness is little available and does not correspond to current scientific knowledge. This was the consciousness of the Ministry of Health of the Slovak Republic,

which created expert groups whose task is to develop Standard Diagnostic and Therapeutic Procedures for Individual Mental Illnesses based on the latest scientific knowledge. These standards are broader in scope and include a description of the current state and definition of the problem, propose preventive, diagnostic and therapeutic procedures, and define the organization of healthcare and its carriers. At present, some standards for the Department of Psychiatry are approved and some standards in the Department of Clinical Psychology are in the process of approval. The presentation describes the process of their creation and the importance they will have for clinical practice.

**Doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.** krajský psychológ Žilinského kraja Po ukončení štúdia v roku 1976 na FF UPJŠ pracoval ako psychológ na Psychiatrickom oddelení v Liptovskom Mikuláši. Od roku 1994 pracuje ako klinický psychológ na pracovisku klinickej psychológie Psychagogia v Liptovskom Mikuláši a zároveň vyučuje na Univerzite Konštantína Filozofa v Nitre, Slovenskej zdravotníckej univerzite a Českom inštitúte KBT Odyssey. Absolvoval výcvik v schématerapii, psychoterapii psychóz, psychodráme, v hypnóze, v gestalt terapii a v biofeedbackových metódach, kde je držiteľom certifikáciu v neurofeedbacku vydanom Biofeedback Certification Internationale Alliance, USA. Je členom komisie pre prípravu štandardných diagnostických, preventívnych a terapeutických postupov v klinickej psychológii. Spolupracuje s Univerzitou Oxford pri zavádzaní druhého stupňa liečby psychických ochorení.



## KNIŽNICA - PARTNER A NAVIGÁTOR NA CESTE K ZDRAVÉMU JA

*Verejná knižnica Mikuláša Kováča,  
Banská Bystrica, Slovensko/Slovakia*

Poster sa zaoberá funkciou verejnej knižnice uvedenej v Manifeste IFLA UNESCO.

Verejná knižnica pôsobí ako brána do sveta informácií pre všetkých, vrátane tých, ktoré majú fyzické alebo duševné znevýhodnenia. Okrem vypožičiavania knižných zbierok a dokumentov pozitívne naladené, neutrálne a bezpečné prostredie Verejnej knižnice Mikuláša Kováča v Banskej Bystrici (VKMK) ponúka rôzne príležitosti (zmysluplné trávenie voľného času, rozhovory so spisovateľmi, maliarmi, hudobníkmi, prezentácie ich práce, umelecké terapie) v prospech všetkých, ktorí sa ich zúčastňujú. Zázemie knižnice pôsobí aj terapeuticky na ľudí s rôznym znevýhodnením, vrátane ľudí s duševnými ochoreniami.

Poster sa zameriava na knižnicou pripravovanú odporúčajúcu bibliografiu: „Vystúpme z hmly - nalogujme sa na zdravie“, zamerané na navigáciu ľudí s psychickými problémami, poruchami a tiež odborníkov v zložitom svete tlačených a elektronických informačných zdrojov.

Bibliografia ponúka anotovaný zoznam starostlivo vybraných titulov vedeckých, profesionálnych, vzdelávacích a beletristických kníh vydaných v rokoch 2000-2019, ktoré by mohli pomôcť tým, ktorí potrebujú poradiť tvárou v tvár ťažkým životným situáciám a chceli

by obnoviť vnútornú silu a začať proces seba liečenia. Publikácia obsahuje aj odkazy na relevantné, bezplatné elektronické informačné zdroje, ako sú databázy, webové portály a sociálne siete, vytvárané a spravované odborníkmi, ale aj rôznymi občianskymi združeniami a svojpomocnými skupinami pôsobiace v oblasti ochrany duševného zdravia.

Obsahovú štruktúru bibliografie tvoria jednotlivé problémové oblasti a obdobia v procese ľudského rozvoja od detstva až do staroby, ako sú: *psychiatrické stavy, problémy, traumy, poruchy, závislosti a terapie*, ktoré s nimi súvisia:

- tehotenstvo, potrat, popôrodná adaptácia, vývoj novorodencov, emocionálne vzdelávanie, škola (šikanovanie, úzkosť, výkonnosť), puberta (rodičia, láska, sexualita), formovanie osobnostnej štruktúry, pocity vylúčenia, menejcennosti a nedostatočnosti; v oblasti medziludských vzťahov (priateľstvo, sociálne kontakty a fóbie, osamelosť), partnerské vzťahy (sexualita, intimita, empatia, manipulácia), otázky anorexie a obezity, psychosomatické poruchy (potlačenie emócií, bolesť, neurologické, onkológia, atď), duševné zdravie (potiaže neurotické, úzkostné obsedantné, depresie, traumy...), rodinné vzťahy (rodičovstvo, žiarlivosť, zneužívanie, alkoholizmus, rozvod, smrť partnera...) a duchovnosť.

## LIBRARY - PARTNER AND NAVIGATOR ON THE ROAD TO HEALTHY SELF

The poster tackles the function of the public library - stated in the UNESCO/ Public Library Manifesto - to act as a gateway to the world of information for all, including those with any physical or mental handicaps. In addition to lendings of library collection, the positively tuned, neutral and secure environment of the Mikulas Kovac Public Library in Banská Bystrica provides for a various opportunity (talks with writers, painters, musicians and presentation of their work, art therapy workshops) to act on behalf of all who attend them.

The poster focuses on the recommending bibliography: „*Get out of the Fog - Mental Health is to Log...*“, aimed to navigate people with psychic problems, disorders, and also the professionals, in an intricate world of printed and electronic information sources. The bibliography offers an annotated list of carefully selected titles of scientific, professional, educational, and belletristic books, issued within the years 2000-2019, which might help those in need of advice while facing difficult life situations and would like to renew the inner power, face the challenges, and start the process of self healing. The publication also

includes links to relevant, free, online electronic information sources, such as databases, web portals and social networks, created and managed by experts, various civil associations, and self-help groups, active in the field of mental health protection.

Content structure of the bibliography tackles the relevant issues in the process of human development from childhood to senior age, such as: psychiatric conditions, problems, traumas, disorders, addictions and therapies related to each other; pregnancy, abortion, postpartum adaptation, development of newborns, emotional education, school (bullying, anxiety, performance), puberty (parents, love, sexuality), shaping character structures, feelings of exclusion, inferiority and insufficiency; in the field of interpersonal relations (friendship, social contacts and phobias, aloneness), partnership relationships (sexuality, intimacy, empathy, manipulation), the issue of anorexia and obesity, psychosomatic disorders (suppression of emotions, pain, neurological, oncology, etc.), mental health (neurotic, anxiety, obsessive, depression, trauma...), family relationships (parenting, jealousy, abuse, alcoholism, divorce, death of partner,...) and spirituality.



## KOMUNITNÁ STAROSTLIVOSŤ O ĽUDÍ S OBSEDANTNO-KOMPULZÍVNOU PORUCHOU

**K**omunitná starostlivosť zastáva, v súlade s princípmi Reformy psychiatrickej starostlivosti (1999), významné postavenie v sfére psychiatrickej starostlivosti.

Naša práca referuje o dlhodobej starostlivosti o pacientov s obsedantno-kompulzívnou poruchou (OCD), využitím princípov terapeutickú komunitu a systematických postupov kognitívno-behaviorálnej terapie (KBT). Naša práca je založená na empirických pozorovaniach vývoja terapeutickú komunitu za obdobie desaťročnej systematickej práce. Organizačná štruktúra terapeutickú práce je rozdelená do viacerých línií. Významnú časť predstavuje organizovanie trojdňových pobytových stretnutí s konštantným terapeutickým programom pre pacientov s OCD a ich blízkych. Podporou kontinuity terapeutickú starostlivosti je OC poradňa, ktorou je týždenne poskytované individuálne aj skupinové poradenstvo. Edukačnými cyklami nazvanými OCEDUKA sa snažíme o zvýšenie

teoretického povedomia o obsedantno-kompulzívnej poruche, o edukáciu v rôznych možnostiach terapie a jednotlivých technikách či postupoch vychádzajúcich z princípov kognitívno-behaviorálnej terapie. Súbežne s rozvíjaním terapeutickú starostlivosti vzniklo zo snáh pacientov s OCD a ich blízkych občianske združenie OCDSTOP.

Terapeutická komunita podporuje motiváciu pacientov k liečbe, vytvára bezpečné prostredie pre tvorbu sociálnych väzieb, podporu autentického sebaaprejavu a následnej korektívnej skúsenosti.

Záver: Terapeutickou starostlivosťou pre ľudí s OCD a ich blízkych pracujeme desiaty rok. Tento model považujeme za jeden z efektívnych foriem dlhodobej psychiatrickej starostlivosti pre ľudí s OCD.

Kľúčové slová: obsedantno-kompulzívna porucha, terapeutická komunita, kognitívno-behaviorálna terapia

## COMMUNITY CARE FOR PEOPLE WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

**C**ommunity care in psychiatry holds an eminent place in a vision of psychiatric care regarding the principles of the Psychiatric Care Reform (1999).

We present the model of long-term care for patients with obsessive-compulsive disorder (OCD), having the platform in therapeutic community principles embedded in the systematic cognitive-behavioural approach (CBT). Our work is based on empirical observations of the development of the therapeutic community in the 10-year scope of systematic work. The organizational structure of our therapeutic care uses several different methods. Firstly, we organize three day residence stays for patients and their relatives which consist of constant therapeutic program. Therapeutic care is supported by OCD outpatient guidance centre which offers individual and group counselling for people with OCD and it's provided once a week. We believe that education and understanding the disorder can lead to effective therapeutic process of a person with OCD. Program OCEDUKA gives plenty of information from explaining basic terms of disorder, through educating

different possibilities of therapy, focusing on specific cognitive-behavioural techniques, to counselling.

Simultaneously with our therapeutic community care, the civic association OCDSTOP was created by our patients with OCD and their relatives.

We would like to present our therapeutic work with OCD patients and its effects using a specific example of our continuing care. The therapeutic community for people with OCD supports motivation for treatment. A therapeutic community gives the opportunity to open communication channels and offers a safe environment, where new forms of social support, subsequent corrective experience and authentic self-expression can be created. Conclusion: Therapeutic community for people with OCD and their relatives using therapeutically focused meetings started 10 years ago. We see this model as one of the effective forms of long-term psychiatric care for patients with obsessive-compulsive disorder.

Key words: obsessive - compulsive disorder, therapeutic community, cognitive - behavioural therapy

## PRÍPRAVA ŠTUDENTOV SOCIÁLNEJ PRÁCE NA PRÁCU S ĽUĎMI S DUŠEVNÝMI PORUCHAMI

*Katolícka univerzita v Ružomberku, Teologická fakulta,  
Katedra spoločenských vied, Košice, Slovensko*

**P**ríspěvek priblíži výsledky kvalitatívneho výskumu, ktorý bol zameraný na sociálnu prácu s ľuďmi s duševným ochorením. Výskum sa realizoval v slovenských a českých sociálnych zariadeniach, ktoré sú primárne určené pre ľudí s duševnými poruchami. Od sociálnych pracovníkov sme zisťovali metódy, ktoré využívajú pri práci s duševne chorými klientmi a čo

pokladajú za dôležité pri formácii študentov sociálnej práce pre prácu s touto cieľovou skupinou. Cieľom príspevku je zviditeľniť potrebu prípravy študentov sociálnej práce aj na prácu s ľuďmi s duševným ochorením a analyzovať hlavné body obsahu tejto prípravy.

**Kľúčové slová:** duševné poruchy, formácia študentov, metódy, sociálna práca, výskum

## PREPARING SOCIAL WORK STUDENTS TO WORK WITH PEOPLE WITH PSYCHICAL ILLNESS

**T**he article will present the results of a qualitative research focused on social work with people with psychical illness. The research was conducted in Slovak and Czech social facilities primarily designed for people with mental disorders. We questioned the social workers for their methods they use in working with psychically

ill clients and what they consider important in the formation of social work students to work with this target group. The aim of the article is to highlight the need to prepare students of social work to work with people with psychical illness and to analyze the main points of the content of this formation.

**PhDr. Michaela Šulová, PhD.** — Vyštudovala sociálnu prácu na Teologickej fakulte Katolíckej univerzity. V rámci doktorátu absolvovala študijné mobility na zahraničných univerzitách



v Ríme, Viedni, Varšave, Zagrebe a Gazi. Pracuje ako odborný asistent sociálnej práce na Katedre spoločenských vied TF KU v Košiciach. Pôsobí v občianskom združení Maják nádeje, kde sa venuje pomoci rodinám v hmotnej a sociálnej núdzi. V minulosti pracovala ako sociálny pracovník v rehabilitačnom stredisku pre ľudí s duševnými poruchami, kde si uvedomila potrebu zvýšenia sociálnej starostlivosti o túto zraniteľnú skupinu, preto sa aj v rámci pôsobenia na univerzitnej pôde venuje výskumu a aplikácii metód sociálnej práce zameraných na ľudí s duševnými poruchami.

## “PŘÍBĚH ROZVOJE PROGRAMU BNA V ČR”

*Focus Praha, Česká republika*

**B**lázníš? No a! je preventivní program v oblasti duševního zdraví pro mladé lidi ve věku 15 - 20 let, původně pocházející z Německa. V ČR funguje už 14 let, zvládl vícero vln rozšíření do regionů i výzkum změny postojů studentů

v oblasti duševního zdraví a nemoci. Přednáška načrtne samotné fungování programu, shrne způsob jeho řízení na regionální i na národní úrovni a postup jeho rozšiřování v rámci ČR včetně zdrojů financování.

## “STORY OF CSW PROGRAM DEVELOPMENT IN CZECH REPUBLIC”

**C**razy? So what!, originated in Germany, is the prevention/promotion in the field of mental health for young people from age 15 to 20. In the Czech Republic the project has been going on for 14 years, we have several successful expansions under our belt as well as the research

of young adults attitude changes in the field of mental health and illness. The lecture sketches out the workings of the project, it sums up the operation on the regional and national level and it describes the process of the expansion with its financing resources.



Dávame Vám do pozornosti vybrané publikácie vydané Nadáciou Socia, ktoré sa venujú rôznym témam oblasti podpory komunitných služieb.



Sociálna služba podpora samostatného bývania - Publikácia SOCIÁLNA SLUŽBA PODPORA SAMOSTATNÉHO BÝVANIA vznikala postupne. Na spoločných pracovných skupinách sme sa snažili presnejšie vymedziť obsah a cieľ tejto sociálnej služby. Zároveň sme sa venovali aj praktickým otázkam, ktoré musí riešiť poskytovateľ, objednávateľ aj prijímateľ tejto služby.



Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v Slovenskej republike - Nadácia SOCIA kladie dôraz na komunitné služby. Posledné roky sa snažíme podporovať proces deinštitucionalizácie. Pri snahách o zmenu je vždy dôležité poznať situáciu, kde sa nachádzame a čo máme za sebou. Preto sme radi, že sme mohli vydať publikáciu Miroslava Cangára: Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v Slovenskej republike, ktorá takýto komplexný pohľad poskytuje.



Právo na bývanie - Predkladaná odborná publikácia Právo na bývanie sa zameriava na problém bývania v Slovenskej republike z dvoch perspektív. Prvá si kladie za cieľ predstaviť právny koncept práva na bývanie, ktoré je v medzinárodnom práve ľudských práv pevne ukotvené. Druhá perspektíva je situačná v tom zmysle, že sa snaží pomenovať aktuálnu situáciu na Slovensku.



Dobrá spoločnosť a sociálne práva - Od prijatia Všeobecnej deklarácie ľudských práv v roku 1948 je odkaz na prirodzenú ľudskú dôstojnosť bežnou súčasťou úvodných slov medzinárodných dohovorov o ľudských právach. Je to práve hodnota ľudskej dôstojnosti, ktorá podľa medzinárodných dohovorov odôvodňuje sociálne práva. Sú to tie práva, ktoré nám majú umožniť žiť život bez vážnych obmedzení, napríklad aby sme mali dostatok jedla či pitia, adekvátne bývanie. Čo to ale presne znamená z hľadiska povinností, ktoré má štát voči občanom? Na tieto otázky nájdete odpovede v publikácii DOBRÁ SPOLOČNOSŤ A SOCIÁLNE PRÁVA.



viac o nezávislom živote, ako ho vysvetľujú ľudia so zdravotným postihnutím.

Búranie mýtov - Publikácia Búranie mýtov o nezávislom živote sa zaoberá najbežnejšími mylnými predstavami o ľuďoch s postihnutím, o nezávislom živote a osobnej asistencii. Je určená každému, kto by sa chcel dozvedieť

Všeobecný komentár k článku 19 Dohovoru - Výbor OSN vydal Všeobecný komentár k článku 19 Dohovoru o práva osôb so zdravotným postihnutím: Žiť nezávisle a byť začlenený do komunity. Považujeme ho za tak zásadný dokument, že sme ho v spolupráci s Radou pre poradenstvo pripravili aj v ľahkočitateľnej verzii. Veľmi jasne hovorí o tom, čo znamená napĺňanie tohto článku pre štáty a pomenúva čo konkrétne znamená, ak človek chce žiť nezávisle a byť začlenený do komunity.

