

Konference „Chudoba, záležitost nás všech.“

(20. – 21. října 2010, Univerzita Hradec Králové)

Souvisí chudoba s duševním zdravím?

Petr Hejzlar

Je chudoba příčinou duševních nemocí?

Řeklo by se, že když je někdo chudý, bude náchylnější ke vzniku duševních potíží. V literatuře se odhaduje podíl duševních poruch, které vznikly až následně jako důsledek nepřizpůsobivého způsobu života, na jednu třetinu z psychiatrické nemocnosti zjištěné u celé populace (*Sullivan, 2000*). Když se ale podíváme na velké skupiny duševních poruch, ukazuje se, že vysvětlovat výskyt duševních nemocí chudobou jednoduše nelze.

Traduje se, že schizofrenie jako nejvýznamnější onemocnění z tzv. velké psychiatrie má stejný výskyt bez ohledu na pohlaví, rasu a sociální původ. Na druhou stranu je známý výzkum Farise a Dunhama z 30. let v Chicagu, který našel zvýšenou prevalenci schizofrenie v chudinských slumech města. Nález byl později replikován v dalších amerických i evropských městech. Akumulace osob se schizofrenií v nižších sociálních vrstvách byla interpretována jako důsledek špatných sociálních podmínek.

Tato zjištění byla později vysvětlena teorií *sociálního skluzu*, která předpokládá, že nižší sociální postavení schizofreniků není příčinou, ale důsledkem onemocnění. Lidé se schizofrenií mají nižší sociální postavení než jejich rodiče. Tento rozdíl je pro schizofrenii specifický již v období před první hospitalizací. Ovšem četnost sociálního poklesu po první epizodě nemoci je srovnatelná jak u schizofrenních nemocných, tak u pacientů s afektivními poruchami.

O afektivních poruchách, zvláště unipolární depresi, se často hovoří jako o „civilizační chorobě“. Má se za to, že její výskyt je vyšší ve vyspělých zemích. Jenže existují názory, že rozvoj deprese nezpůsobuje nízký materiální a sociální statut, nýbrž ztráta pocitu životního smyslu. Frieda Frommová-Reichmanová se domnívala, že pro rodiny pacientů s bipolární afektivní poruchou je typická sociální, kulturní a ekonomická ambicióznost na jedné straně, a izolovanost v geografické komunitě na straně druhé (*Höschl, Libiger, Švestka, 2004*).

V oblasti závislostí na návykových látkách bude kauzální pořadí také spíše nejprve nemoc, potom chudoba. Na pořízení psychoaktivní látky potřeba finanční prostředky, které

člověk nemá, je-li absolutně chudý. „Vytvoření“ závislosti není zdarma. Jedním z rysů závislosti je zanedbávání sociálně ekonomických důsledků užívání psychoaktivní látky, třeba propadu do bídy.

U úzkostných, neurotických, poruch, se spíše než biologické (genetické) příčiny zdůrazňují nevyhovující mezilidské vztahy a nekvalitní či málo podnětné rodinné prostředí. Z literatury i praxe víme, že tyto prediktory nemusí být nutně vázány na nízký socioekonomický statut rodiny.

Složitější je to u organických duševních poruch. Demence, zvláště vaskulární a degenerativní, mají stoupající výskyt s věkem. Dožít se vysokého věku (a tím i vyššího rizika vzniku demence) předpokládá spíše relativní blahobyt než život v chudobě. Na druhou stranu organické duševní poruchy infekčního původu a také některé příčiny mentální retardace jsou spojeny s chudobou, resp. nízkým ekonomickým potenciálem celé společnosti a z toho vyplývající špatnou či málo dostupnou zdravotní péčí.

Jak vidno, na otázku zda je chudoba příčinou duševních chorob, není jednoznačná odpověď. Kauzální směr je spíše opačný. Na druhou stranu chudí lidé mají horší vyhlídky na adekvátní zdravotní péči. I když není chudoba jistou příčinou (jednou z příčin), jistě vede k horší prognóze vývoje onemocnění.

Jsou duševní nemoci jednou z příčin chudoby?

Ano, duševní nemoci jsou často hlavní příčinou vzniku relativní i absolutní chudoby. Z literatury a praxe můžeme označit tyto hlavní důvody:

- a. Duševní nemoc, zvl. psychóza, často vzniká v adolescenci či ranné dospělosti, tedy v době, kdy nemocný nemá osvojené či rozvinuté sociálně praktické dovednosti. Jeho šance uplatnit se na trhu práce se výrazně snižuje.
- b. Duševní nemoci většinou mají chronický charakter, a proto velmi často vedou ke ztrátě zaměstnání.
- c. Psychotické poruchy za sebou zanechávají funkční postižení kognitivní funkcí. Nemocný neztrácí inteligenci, ale schopnost produktivně uplatnit svou paměť, pozornost, schopnost plánování atp. Jeho šance na návrat do zaměstnání nebo získání nové práce klesá. Funkční postižení může vést k nerozumnému vynakládání financí nebo k neplnění finančních závazků spojených s užíváním bytu.
- d. Duševně nemocní lidé jsou často objektem zneužívání. Nejedno duševně nemocný přichází o bydlení či finance, protože je někým podveden.

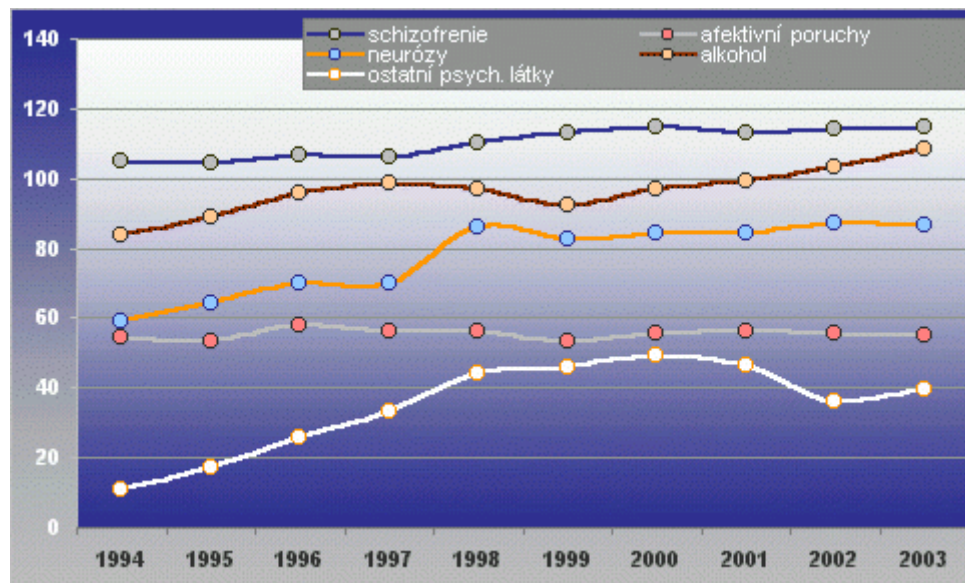
e. Funkční duševní poruchy jsou často dědičné. Trpí-li jimi více členů rodiny, ekonomický statut takové rodiny upadá.

f. Společenská stigmatizace znamená, že veřejnost (tedy i živnostníci, manažeři, prostě zaměstnavatelé) má nepravdivé předsudky vůči duševně nemocným lidem a pod jejich vlivem těmto lidem neumožňuje využívat společenské zdroje stejně jako lidem zdravým.

Dopady duševních nemocí se v populaci budou pravděpodobně zhoršovat. Výzkumné studie WHO uvádějí, že každý čtvrtý občan EU potřebuje během svého života minimálně jedenkrát vyhledat odbornou pomoc pro řešení svých psychických problémů. Obecně se udává, že 30 až 40 procent populace v zemích EU má určité psychické problémy trvalejšího charakteru. Dvě až pět procent lidí trpí vážnou duševní nemocí.

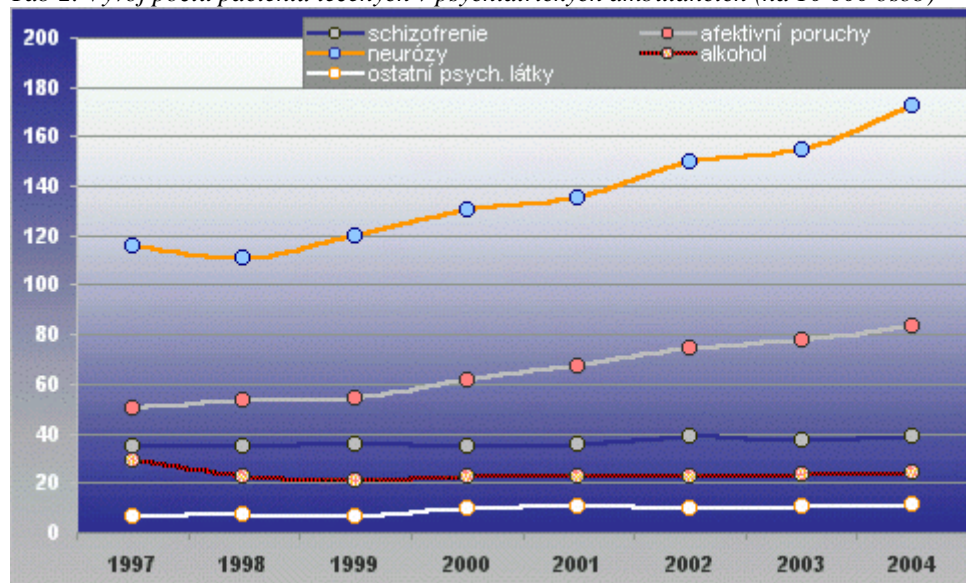
Také v České republice stoupají počty lidí ambulantně ošetřených a hospitalizovaných pro duševní onemocnění. Samozřejmě, nelze spolehlivě tvrdit, že je to důsledek rostoucího absolutního počtu nemocných. Může jít i o pozitivní projev destigmatizace psychiatrie („chodit k psychiatrovi je normální“). Stoupající počty ukazují tabulky 1 a 2.

Tab 1. Vývoj počtu hospitalizací v lůžkových psychiatrických zařízeních (na 100 000 osob)



Zdroj: ÚZIS ČR

Tab 2. Vývoj počtu pacientů léčených v psychiatrických ambulancích (na 10 000 osob)



Zdroj: ÚZIS ČR

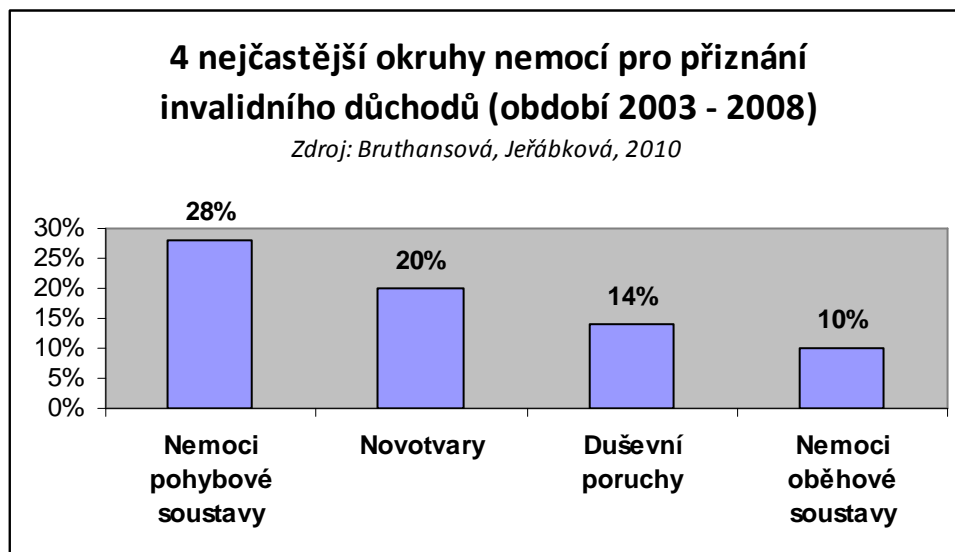
Chudoba nemá jen objektivní měřitelný rozměr. Jde i o subjektivní hodnocení, tzv. subjektivní chudobu. V této souvislosti je potřeba zmínit termín *kvalita života*. Kvalita života měřená dotazníkem WHOQOL ($N = 410$) je u psychiatricky nemocných signifikantně horší než u zdravé populace. Výsledky korelují s tíží psychopatologie. Čím závažnější onemocnění, tím nižší kvalita života (Maasthof et al., 2006).

Duševní nemoc a invalidita

Systém invalidních důchodů má poskytnout finanční jistotu lidem se zdravotním omezením k výkonu zaměstnání. Nebylo by korektní tvrdit, že invalidní důchodce znamená chudý člověk. V mnoha případech tomu tak není, přinejmenším záleží na rodinném zázemí. Přesto je pro řadu lidí i s invalidním důchodem obtížné ekonomicky přežít, a to zvláště při nákladech městského života. Pro mnohé mladé psychotiky není ani invalidní důchod reálným příjmem, protože nikdy nepracovali.

Duševní poruchy byly v České republice v letech 2003 až 2008 třetí nejvýznamnější skupinou diagnóz co do podílu na nově přiznaných invalidních důchodech. Na celkovém počtu nově přiznaných plných invalidních důchodů se podílely zhruba jednou sedminou (14%), resp. jednou desetinou u částečných důchodů (10%). Za uvedené období se počet důchodů z indikace duševní poruchy mírně snižoval u plných důchodů (cca o 4 % ročně), naopak u částečných důchodů počet rostl, zhruba o 5% ročně.

Tab 3. Nejčastější okruhy nemocí pro přiznání invalidního důchodu

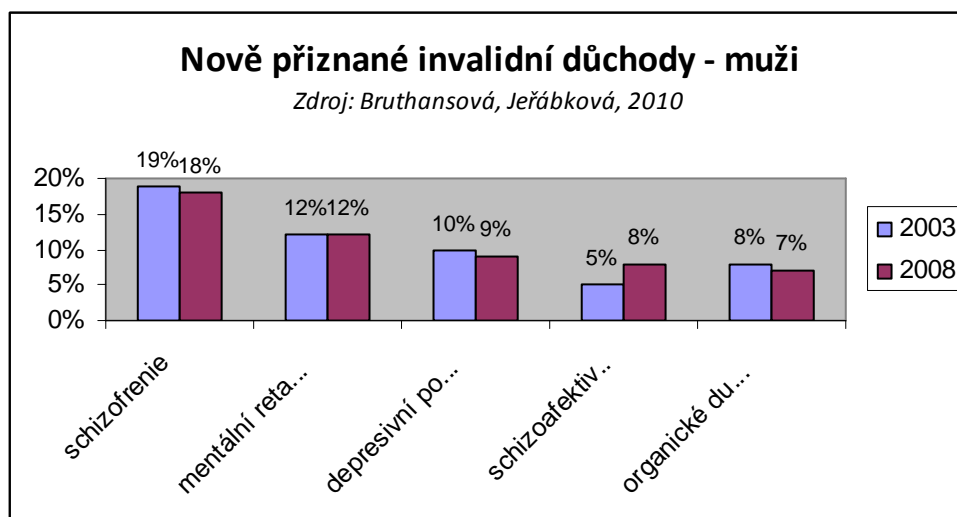


Celkově ovšem podíl duševních nemocí relativně k jiným skupinám chorob narůstá. I tak, je stále výrazně nižší než v západoevropských zemích. Např. ve Francii nebo Německu je relativní podíl duševních chorob na přiznaných důchodech až 3x vyšší než u nás. Jako možné vysvětlení obecně vysokého podílu nově přiznaných invalidních důchodů se nabízejí stále náročnější požadavky na vykonávanou práci, které s sebou přinášejí stres, obavy o ztrátu zaměstnání, špatné mezilidské vztahy na pracovišti a promítání všech obtíží do rodinného soužití.

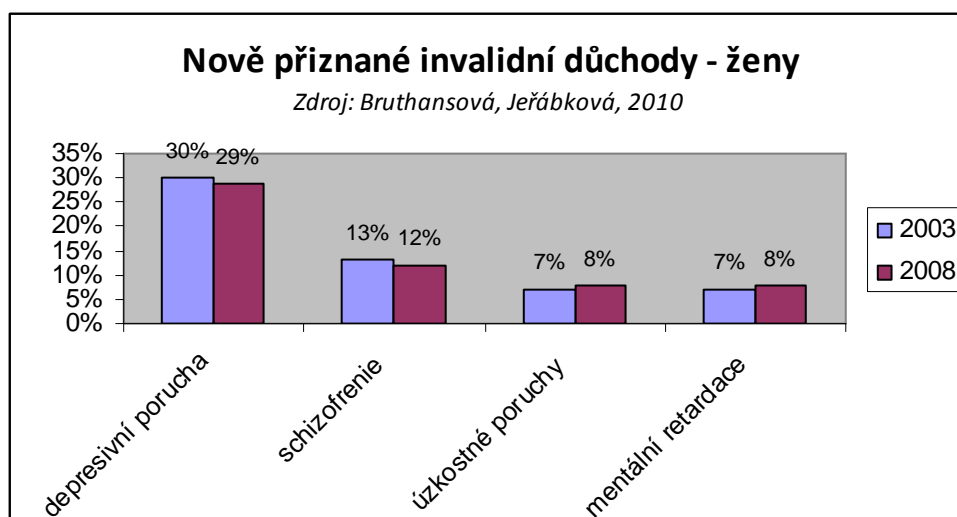
Skupina diagnóz Poruchy duševní a poruchy chování se oproti ostatním skupinám odlišuje zejména věkovou strukturou. Přestože hlavní věkovou skupinu osob, kterým je přiznáván invalidní důchod, tvoří obdobně jako u ostatních skupin osoby v předdůchodovém věku, tato skupina obsahuje i poměrně vysoký podíl osob do 19 let.

Nejčastěji zastoupené diagnózy, na základě kterých je přiznán plný invalidní důchod, se v čase příliš nemění. Mezi ženami a muži je ale významný rozdíl. U žen jsou nejčastějším důvodem přiznání důchodu afektivní poruchy, u mužů schizofrenie, viz tabulky 4 a 5 (Bruthansová, Jeřábková, 2010).

Tab 4.



Tab 5.



Socioekonomické dopady duševní poruch

Duševní onemocnění je spjato s ekonomickými dopady nejen pro jednotlivce, nýbrž i pro celou společnost. Dlouhodobý nárůst duševních onemocnění se projevuje vyšší spotřebou zdravotnických a sociálních služeb a tím i vyššími nároky na společenské zdroje. Vedle výdajové složky je potřeba vnímat i ztráty plynoucí z poklesu produktivity práce, ať už přímo u nemocných nebo u jejich rodin, které o ně musí pečovat na úkor vlastního ekonomického výkonu.

Pro ilustraci: ve Španělsku v roce 2002 činily výdaje a ekonomické ztráty spojené s duševními chorobami přibližně 7,019 mld. euro (Oliva-Moreno et al., 2008). Na této částce se podílí oblasti dle tabulky 6.

Tab 6.

Přímé medicínské výdaje (hospitalizace a ambulantní péče)	39,6%
Přímé nemedicínské výdaje – formální a neformální sociální péče	17,7%
Ztráty v produktivitě práce	42,7%

Přímé medicínské výdaje představovaly 7,3% všech prostředků vydávaných ročně na zdravotní péči ve Španělsku.

Podle mezinárodních odhadů tvořily celkové společenské výdaje na duševní zdraví ve vyspělých zemích 3-4% z hrubého národního produktu (*World Health Organization, 2003*). Odhad výdajů v České republice činil za rok 2001 5,6 mld. Kč, což představovalo 0,26% hrubého národního produktu. Ve zdravotnických výdajích činila částka vydávaná na duševní zdraví 3,54% celkových výdajů za rok 2001 (*Dlouhý, 2004*). Odhad struktury těchto výdajů ukazuje tabulka 7.

Tab 7.

Psychiatrické léčebny	35,6%
Léky na předpis	33,2%
Ambulantní péče odborných lékařů	17,4%
Ústavní péče v nemocnicích	9,6%
Ostatní typy péče	4,2%

Na tomto místě je potřeba zdůraznit, že podíl výdajů na duševní zdraví z celkových výdajů na zdravotnictví je v České republice velice nízký. Ve Velké Británii, Lucembursku či Švédsku podíl přesahuje 10%. Průměr zemí EU je 6,3%. Česká republika je s 3,5% až na předposledním místě, když zcela poslední o pouhou jednu desetinu procento je Slovensko.

Česká republika přitom patří k zemím s nejnižší mírou chudoby – podle metodiky EU dosáhla v roce 2008 hodnoty 9 % (podíl osob s příjmem pod hranici 60 % mediánu národního ekvivalizovaného příjmu na spotřební jednotku), zatímco průměr zemí EU činí 17 %.

Duševní nemoc a lidé bez domova

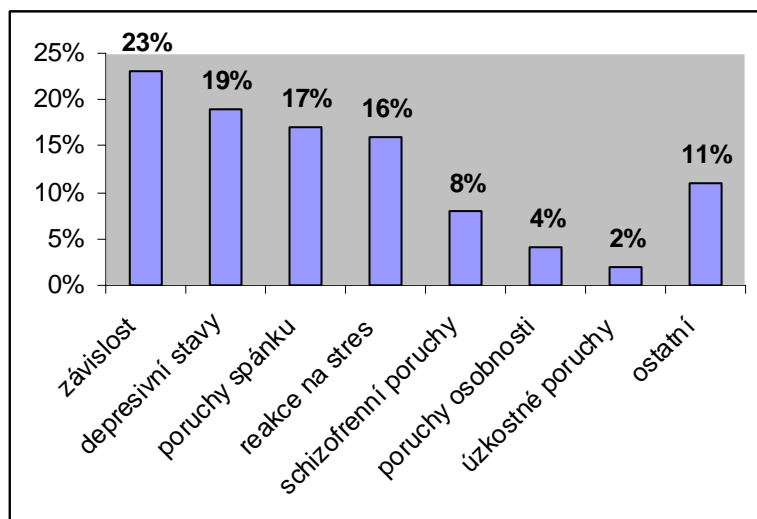
Bezdomovectví, život bez stálého přístřeší, postihuje především jedince zdravotně nebo sociálně znevýhodněné. Hlavní příčinou bezdomovectví je chudoba a pro ni zase významný faktor představují duševní choroby. Podle studie z Mnichova dvě třetiny duševně nemocných bezdomovců se jimi stalo až po prvním nástupu duševního onemocnění (*Fichter et al., 1996*).

Výzkumníci Psychiatrického centra Praha a 3. pražské lékařské fakulty UK provedli v letech 2002-3 šetření duševního zdraví pražských bezdomovců (*Dragomirecká a kol., 2004*)

s cílem odhadnout výskyt duševních poruch. Použili dotazník Světové zdravotnické organizace SRQ (Self-reporting Questionnaire), který vyplnilo 257 osob, z toho 32 ženy (12,5%). Pětina souboru (22,6%) uvedla, že se v minulosti léčila v psychiatrické léčebně, 13,2% osob absolvovalo protialkoholní léčbu. Horší duševní stav byl zjištěn u žen. Depresivní a úzkostné příznaky byly zjištěny u 21,3% mužů a 37,5% žen, psychotické příznaky u 7,1% mužů a 18,8% žen. Více duševních potíží měly osoby s nižším dosaženým vzděláním, delší dobou života bez přístřeší a ústavní léčbou pro psychickou poruchu.

Šupková (Šupková a kol., 2007) sledovala duševní nemoci a poruchy chování u bezdomovecké populace, jež navštívila v období 1.1.2005 - 31.5.2006 ordinaci praktického lékaře pro bezdomovce (tabulka 8).

Tab 8.



Uvedená česká data odpovídají zahraničním zkušenostem. Podle Binesové (Bines, 1994) jsou lidé spící po noclehárnách 8x častěji postiženi duševním onemocněním ve srovnání s bydlící populací. Lidé „spící na ulici“ jsou postiženi dokonce 11x častěji. Vysoké riziko bezdomovectví je u pacientů s duální diagnózou, např. schizofrenií a závislostí na drogách nebo alkoholu (Koegel, 1988). Kombinace drogové závislosti, trvalých (chronických) příznaků psychózy a narušení běžného denního řádu propuštěním z hospitalizace se zvyšuje riziko, že se pacient opět stane bezdomovcem do 3 měsíců od propuštění (Olfson et al., 1999).

Komunitní služby pro duševně nemocné jako způsob sociální prevence

Posláním komunitních služeb je sociální rehabilitace duševně nemocných lidí. Pomáhají jim tam, kde oni bydlí, aby zvládli běžné praktické fungování, nedostávali se do sociálních potíží nebo se z těchto potíží brzy dostali. Smyslem je „udržení“ klienta

v komunitě. Služby úzce spolupracují s psychiatrickými zařízení a tak se včas kontaktují s nemocnými, kteří se ocitnou vlivem nemoci v těžké sociální situaci.

Dostupnost služeb v rámci celé republiky zdaleka není dostatečná. Situace ve Východních Čechách je relativně lepší díky činnosti občanského sdružení Péče o duševní zdraví, které provozuje 6 mobilních regionálních komunitních týmů v 6 okresech Královéhradeckého a Pardubického kraje. Činnost je poskytována jako služby sociální prevence podle zákona o sociálních službách. Služby ročně využije téměř 600 osob. Ve většině případů jsou mobilní týmy schopny pomoci svým klientům, aby se nedostali za hranici chudoby.

Existují ovšem i případy klientů, kteří již za touto hranicí dávno jsou a pak je velmi složité jim pomoci zlepšit materiálně ekonomický statut. Podle mého názoru se zde projevuje systém definovaných cílových skupin, jak je zaveden i vyžadován nejen zákonem, ale i poskytovateli dotací na činnost sociálních služeb. Obecně se nám nedostává služeb, respektive odborných programů, pro osoby, které spadají do více znevýhodněných skupin najednou. Např. služby pro bezdomovce neumějí specificky pracovat s lidmi s duševní nemocí a pro služby určené duševně nemocným je zase (i vzhledem k jejich kapacitě a časové dostupnosti) obtížné pracovat s klientem, který žije na ulici.

Královéhradecké středisko zmíněného sdružení Péče o duševní zdraví v minulém roce uzavřelo dohodu o spolupráci s místní Charitou. Dohoda zatím spočívá hlavně ve vymezení základních pravidel pro výměnu informací a vzájemnou nabídku služeb klientům druhé organizace. Třeba se nám v budoucnu podaří tento základ rozvinout do specializovaného programu, jaké dosud chybí v celé zemi.

Literatura:

Bines W. The Health of single Homeless People. New York: Centre for Housing Policy, University of New York, 1994. 25p.

Bruthansová D, Jeřábková V. Vývoj invalidity v letech 2003 – 2008 podle diagnóz vybraných skupin nemocí. Praha: VÚPSV, 2010.

Dlouhý M. Mental Health Care System and Mental Health Expenditures in the Czech Republic. Journal of Mental Health Policy and Economics 7(4): 159 – 165.

Dragomirecká E, Kubisová D, Anděl M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. Psychiatrie 2004; 8(4): 274 – 279.

Fichter MM, Koniarczyk M, Greifenhagen A, Koegel P, Quadflieg N, Wittchen HU, Wölz J. 1996 Mental illness in a representative sample in homeless men in Munich, Germany. *Euro Arch Psychiatry and Clin Neurosciences* 246: 185 - 196.

Höschl C, Libiger J, Švestka J. *Psychiatrie*, 2. doplněné a rozšířené vydání. Praha: Tigris 2004. 883s.

Koegel P, Burnam MA, Farr RK. 1988 The Prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. *Arch gen Psychiatry* 45: 1082 – 1095.

Masthoff ED, Trompenaars FJ, Van Heck GL, Hodiament PP, De Vries J. Quality of life and psychopathology: investigations into their relationship. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40:333–340.

Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J. 1999 Prediction of homelessness within three months of discharge among inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 50(5): 667 – 673.

Oliva-Moreno J, Lopez-Bastida J, Montejo-Gonzalez AL, Osuna-Guerrero R, Duque-Gonzalez B. The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *European Journal of Health Economics* 2009; 10:361–369.

World Health Organization. 2003. *Investing in Mental Health*. Geneva: WHO, 2003.

MUDr. Petr Hejzlar

občanské sdružení Péče o duševní zdraví

Bělehradská 389

530 09 Pardubice

petr.hejzlar@pdz.cz