

Peer podpora dospělých se závažným duševním onemocněním: terénní zpráva

Larry Davidson (1, 2), Matthew Chinman (3), David Sells (2) a Michael Rowe (2)

- (1) Jemu adresujte korespondenci; email: larry.davidson(at)yale.edu
- (2) Program for Recovery and Community Health, Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, Conn.
- (3) VISN-22 Mental Illness Research, Education, and Clinical Center, West Los Angeles VA Healthcare Center

Peer podpora je založena na přesvědčení, že ti, kdo čelili těžkým překážkám, vydrželi a překonali je, mohou poskytnout užitečnou podporu, povzbuzení, naději a možná i mentorství jiným, kteří se nacházejí v podobné situaci. Tato domněnka je široce přijímaná u řady problémů, například u závislosti, traumatu nebo rakoviny; stigma a stereotypy o duševních nemocích ale vedou k tomu, že pokusy lidí v procesu zotavování tuto podporu nabídnout v rámci systému péče o duševní zdraví byly dlouho brzděny. Od raných devadesátých let, kdy vznikly programy nasazující osoby s duševním onemocněním do konvenčních pozic jako management, se celou zemí rychle rozšířily příležitosti k poskytování a získávání peer podpory v rámci hnutí recovery. Tento článek definuje peer podporu jako formu péče o duševní zdraví a poskytuje přehled dat ze čtyř randomizovaných kontrolovaných studií, které ukazují jen malé rozdíly mezi výsledky konvenční péče poskytované peer a non-peer pracovníky. Dále zvažujeme, zda a jak může člověk jedinečně přispět v léčebném procesu na základě vlastní historie závažné duševní nemoci a zotavení, a uvádíme přehled prvních pokusů identifikovat a zhodnotit tyto potencionální přidané hodnoty v péči. V závěru konstatujeme, že peer podpora je na počátku vývoje coby forma poskytování služeb v oboru duševního zdraví, a vyslovujeme podporu dalšího zkoumání a hodnocení této slibné, byť neověřené praxe.

Klíčová slova: duševní nemoc, recovery, zotavení, péče o duševní zdraví, vzájemnost, mentorování, pohyb příjemce-přeživší

„Plně rozumějí jazyku, myšlenkám, pocitům, strastem, znamením, stiskům a heslům toho druhého, a proto se podvolí vlivu svých proměněných bratří mnohem snáze, než teoretikům, kteří mluví a doufají v potlesk.“

D. Banks McKenzie (1, 2)

Tento komentář zakladatele Appletonova dočasného domova v Bostonu v pozdním 19. století se týkal úlohy, kterou reformovaní alkoholici mohou sehrát v životech lidí stále aktivně závislých. Tato základní myšlenka samozřejmě není omezena na závislost; domněnka, že lidé, kteří čelili těžkým překážkám a překonali je, mohou poskytnout užitečnou podporu, povzbuzení, naději a mentorství, je přijímána už od starověku. Až nyní ale začíná být brána vážně představa, že tuto funkci může adekvátně a s dobrými výsledky plnit i někdo s vážným duševním onemocněním. Nechceme ignorovat fakt, že jedinci se závažným duševním onemocněním si navzájem poskytovali podporu v rámci léčebného zařízení i mimo něj odedávna, a že tuto podporu výzkumy označovaly jako do jisté míry přínosnou. Příklady mohou být pozitivní výměny v kontextu skupinové terapie a poskytování a získávání sociální podpory v kontextu psychosociálních klubů, rezidenčních programů a komunitního života obecně. Přestože „peer podpora“ na tyto fenomény navazuje, jak v tomto přehledu uvidíme, liší se od nich.

Až na několik izolovaných výjimek (např. Sullivan, který najímal zotavující se osoby jako pomocníky ve své ústavní jednotce ve 20. letech 20. století) (3) můžeme ideu, že lidé s historií závažné duševní nemoci mohou poskytnout naději, podporu, povzbuzení i mentorování dalším v podobné situaci tak, jako se to děje u lidí s historií závislosti, traumatu, rakoviny a dalších vážných problémů, vystopovat

do raných 90. let 20. století.(4, 5) Tyto rané pokusy byly iniciovány profesionály v oblasti péče o duševní zdraví, ocenění za samotnou ideu ale náleží úspěchu hnutí příjemců a přeživších psychiatrické péče. Toto hnutí vzniklo v polovině 70. let 20. století, když se bývalí pacienti v celé zemi začali sdružovat a společně lobbovat za reformy v systému péče o duševní zdraví a proti diskriminaci spojené s duševními nemocemi, kterou zažívali. Hnutí kromě politické síly vzniklo z ustálené tradice svépomoci a vzájemné podpory, která prostupuje americkou společností a posledních 25 let je důkladně studována.(6-12) Jak politické úspěchy hnutí, tak rychlé rozšíření svépomocných skupin a skupin pro vzájemnou podporu, které z tohoto hnutí vznikly, ukázaly, že lidé s vážnými duševními onemocněními jsou schopni hrát ve svých vlastních životech, ve společnosti a v životech svých peerů důležitou aktivní roli. Toto poučení z hnutí příjemců a přeživších psychiatrické péče vedlo k rozvoji té formy peer podpory, kterou se v tomto článku zabýváme.

Právě nyní je vhodná doba k tomu, abychom se začali zajímat o vědecké důkazy týkající se této formy peer podpory, protože během posledních deseti let se napříč Spojenými státy i v celém světě rychle rozšířily intervence peer pracovníků vyvinuté přímo pro lidi se závažnými duševními onemocněními. Jak prezidentská Nová komise svobody (New Freedom Commission on Mental Health), tak nová akční agenda Ministerstva pro záležitosti veteránů volají po častějším využívání těchto intervencí; několik států již hradí služby peer pracovníků v rámci programu Medicaid. Nedávná studie sponzorovaná Úřadem Spojených států pro alkoholismus, zneužívání léků a duševní zdraví dokonce zjistila, že skupin, programů a organizací provozovaných lidmi se závažnými duševními nemocemi je v současnosti skoro dvakrát více než tradičních profesionálně vedených organizací pro duševní zdraví.(13) Klademe si především otázku, zda nebo do jaké míry existují adekvátní empirické důkazy o efektivitě takovýchto intervencí peer pracovníků, které by podpořily jejich současný růst a široké užití.

Tuto otázku, jakkoli se zdá být přímočará, ve skutečnosti komplikuje řada vnějších i vnitřních problémů přímo souvisejících s podstatou peer intervencí; vývoj peer podpory mezi lidmi s vážnými duševními nemocemi je navíc stále v počátečním stádiu. V neposlední řadě je mezi těmito komplikacemi skutečnost, že když definujeme člověka jako „peer“, což v tomto případě znamená identifikovat jej nebo ji jako osobu s vlastní historií vážné duševní nemoci, nám o něm či o ní mimo tento jeden aspekt osobní zkušenosti mnoho neříká. Zároveň s tím, jak se rozšířila idea peer podpory, se stalo téměř stejně běžným setkat se s profesionály v oblasti péče o duševní zdraví, kteří odhalují své vlastní historie duševních nemocí, jako s lidmi s historií duševní nemoci, kteří se následně stávají poskytovateli péče. V procesu zkoumání dosud sesbíraného materiálu o peer intervencích se tedy musíme zabývat následujícími otázkami:

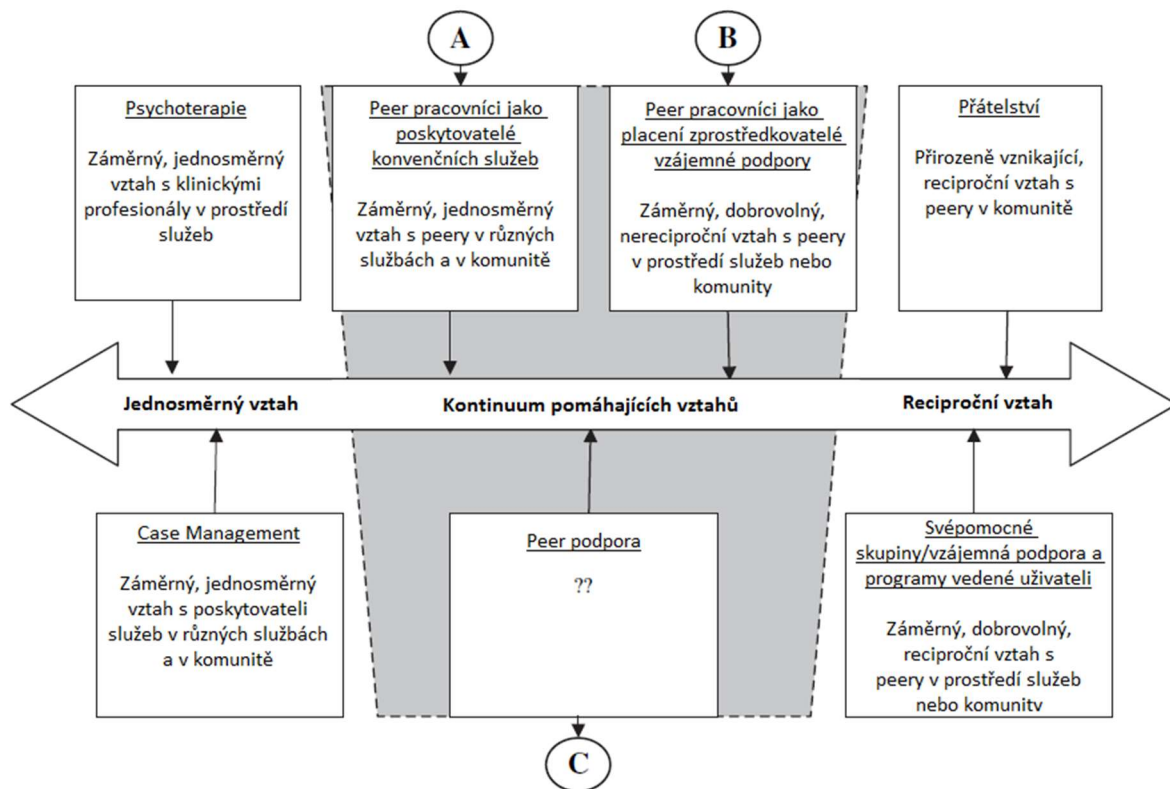
1. Co definuje peer podporu jako formu zdravotní péče?
2. Co ukazuje srovnání intervencí poskytovaných peer pracovníky se stejnými intervencemi non-peer pracovníků?
3. Co o intervencích specifických pro peer zaměstnance víme?
4. Co je aktivními složkami peer podpory?

Co je to peer podpora?

V dřívějším přehledu tohoto tématu jsme navrhli tři široké kategorie, do nichž můžeme intervence poskytované peer pracovníky rozdělit.(14) Těmi byly vzájemná podpora, účast v programech vedených uživateli péče nebo peer pracovníky a zapojení uživatelů péče jako poskytovatelů služeb a podpory. Předmětem zájmu tohoto přehledu jsou především důkazy o účincích služeb a podpory poskytovaných osobě s duševní nemocí, proto se omezíme na zkoumání třetí zmíněné kategorie. Nebudeme se tedy věnovat účinkům účasti v svépomocných skupinách nebo skupinách vzájemné

podpory, které jsme již dříve definovali jako „proces, během něhož se lidé dobrovolně sdružují, aby si vzájemně pomohli se vyrovnávat s problémy a starostmi, které sdílejí“ (14, s.168) a nebudeme se zabývat ani účinky programů vedených uživateli, které nabízejí jinou než peer podporu a tím se dostávají mimo záběr našeho přehledu. Čtenáře, které zajímají vědecké poznatky o těchto alternativních možnostech peerů se aktivně zapojit do zotavování ostatních, tímto odkazujeme na existující články na tato témata.(14-23)

Co tedy „peer podporou“ myslíme? Jak je vidět v obr. 1 níže, peer podporu vidíme jako odlišnou od tradičních svépomocných a vzájemných skupin jako jsou GRWO, Anonymní schizofrenici nebo Zotavení s.r.o. (23-29) i od drop-in center a organizací vedených uživateli, přestože peer podpora zapadá do stejného teoretického kontinua.(30-33) Ve skupinách vzájemné pomoci i v programech vedených uživateli jsou vztahy mezi peery považovány za v podstatě reciproční: někteří peer pracovníci mohou být zkušenější a kvalifikovanější, ale očekává se, že z procesu něco získají všichni. Peer podporu naopak koncipujeme jako situaci, v níž jedna nebo více osob s osobní historií duševního onemocnění a zkušeností zásadního zlepšení psychiatrické potíže nabízí služby a/nebo podporu dalším lidem s vážným duševním onemocněním, kteří ve vlastním zotavovacím procesu zatím nejsou tak daleko.



Obr. 1. Kontinuum pomáhajících vztahů mezi dospělými se závažným duševním onemocněním.

V kontrastu se vzájemnou podporou a programy vedenými uživateli je tedy peer podpora definována jako podpora v rámci asymetrického, ne-li jednosměrného vztahu, v němž je nejméně jeden ustanovený poskytovatel služeb/podpory a jeden ustanovený příjemce služeb/podpory. Tento posun od vzájemnosti k přijímání péče způsobil značné napětí a debatu uvnitř komunity uživatelů; peer pracovníci se stali do větší či menší míry podezřelými z toho, že se zaprodali stávajícímu systému péče o duševní zdraví.(34) Na druhou stranu rozvoj intervencí založených na peer podpoře mimo vzorce vzájemné podpory a programů vedených peery posloužil ke sblížení peer podpory s hlavním

proudem praxe v oboru péče o duševní zdraví. Přítomnost článku o empirických poznatcích o této praxi v tomto časopise je jedním z důkazů probíhající změny.

Z toho, že peer podpora je blíže hlavnímu proudu psychiatrické praxe než vzájemná podpora a programy vedené peery, ale nelze vyvozovat jednoduché rovnítko. Jak vidíme v obr. 1, je důležité si všimnout způsobů, kterými se konvenční klinické a rehabilitační postupy v oblasti duševního zdraví mohou – ale nemusí – lišit od těch, které poskytují peer pracovníci. Na levém konci spektra jsou vztahy nejen asymetrické, ale také záměrně započaté (tedy ne vzniklé přirozeně) a vyvíjející se v klinickém nebo jinak formálním prostředí, tedy ne v širší komunitě. Na tomto konci kontinua se nachází psychoterapie v ordinacích, která je paradigmatickým příkladem důkladně strukturované, formálně vymezené a profesionálně řízené asymetrické praxe. Na druhém konci spektra se nachází přátelství, které považujeme za paradigmatický příklad přirozeně vzniklého, oboustranného a vzájemného vztahu, který se vyvíjí primárně v přirozeném prostředí komunity. Mezi psychoterapií a přátelstvím ale leží široké pole. Různorodé aktivity, které leží v tomto spektru, rozlišujeme na základě toho, kdo se jich účastní, jak účastníci identifikují sami sebe a své role, podle toho, kde se odehrávají, i podle podstaty samotného vztahu.

Definovali jsme, že peer podpora leží někde uprostřed tohoto kontinua; nyní se obracíme k otázce vědeckých poznatků o různých aktivitách, které se nacházejí v této rozlehlé šedé zóně.

Co ukazuje srovnání intervencí poskytovaných peer pracovníky se stejnými intervencemi ne-peer pracovníků?

V rámci široce definované kategorie peer podpory (v obr. 1 označené stínovaným lichoběžníkem) můžeme začít případem, kdy osoba s historií vážného duševního onemocnění nabízí další osobě s vážnou duševní nemocí běžné služby případového vedení, tedy případ označený v diagramu jako „A“. Podle toho, do jaké míry jsou služby nabízené touto první osobou (např. asistence s dávkami nebo s ubytováním) totožné se službami nabízenými lidmi bez osobní zkušenosti ze závažným duševním onemocněním, může být otázkou, do jaké míry je možné je považovat za „peer“ služby, tím spíše, že mnoho poskytovatelů se zdráhá svou historii duševní nemoci zveřejnit. Je možné argumentovat tím, že citlivost poskytovatele k zážitkům hospitalizace, medikace, stigmatu atd. je vlastní zkušeností postižení a zotavení zvýšena bez ohledu na to, jestli si přeje tuto zkušenost zveřejnit, a že by tato forma služby proto měla být posunuta na kontinuu dále než case management poskytovaný ne-peery. Je ale zřejmé, že takováto inovace služeb se příliš neblíží vzájemné podpoře nebo programům vedeným uživateli.

Tabulka 1 níže popisuje čtyři studie provedené do dnešního dne využívající randomizovaných kontrolovaných pokusů s cílem porovnat efektivitu konvenčních služeb poskytovaných peery ve srovnání se stejnými službami poskytovanými ne-peery (tedy lidmi, kteří se nehlásí k osobní historii duševní nemoci). Tyto studie neposkytují detailní informace o vlastních aktivitách peer a ne-peer pracovníků, deskriptivní studie programů případového vedení využívající záznamy aktivit a pozorování však ukázaly, že peer i ne-peer pracovníci praktikují vzorce reflektující běžná očekávání kladená na intenzivní model case managementu bez výrazných rozdílů v typech vykonávaných aktivit, rozsahu zapojení klienta a rodiny a místě poskytování služeb.⁽³⁵⁾ Naše vlastní studie podporované socializace, během níž se peer i ne-peer účastníci připojovali k sociálním a rekreačním aktivitám dospělých s vážnými duševními nemocemi, prokázala stejné překrytí aktivit.⁽³⁶⁾ Z tabulky je jasné vidět, že tři z těchto studií nenašly žádné významné rozdíly ve výsledcích služeb nebo podpory podle toho, jestli je poskytovali peer nebo ne-peer účastníci. Zbývající studie zjistila, že účastníci, kteří užívali služeb poskytovaných peery, déle zůstávali v komunitě a měli i méně hospitalizací.

Z pohledu proveditelnosti je uklidňující vědět, že peer pracovníci mohou poskytovat některé služby a podporu přinejmenším stejně efektivně jako ne-peer poskytovatelé. Vzhledem k dlouhé historii stigmatu a diskriminace spojené s duševními nemocemi bylo v tomto případě důležité v první řadě nezavrhnout nulovou hypotézu. S výjimkou studie Solomona a Drainové, k níž se vrátíme níže, je ve všech případech bohužel naprosto nejasné, zda vůbec vznikla při výkonu konvenční role nebo poskytování služeb či podpory díky osobní zkušenosti s nemocí a zotavováním přidaná hodnota, a pokud ano, jaká. Protože přibývá poskytovatelů, kteří zveřejňují své historie duševních nemocí, můžeme si tutéž otázku pokládat o konvenčních klinických a rehabilitačních službách poskytovaných lidmi v procesu zotavování v rolích psychiatrů, psychologů, zdravotních sester, sociálních pracovníků a rehabilitačních terapeutů. Proto věříme, že je nejlepší tyto služby a podporu charakterizovat ne jako „peer podporu“ *per se*, ale jako konvenční služby nebo podporu, které náhodou poskytují lidé v procesu zotavování, alespoň dokud nebudou k dispozici další důkazy, které by tuto klasifikaci vyvracely.(37)

Je nicméně důležité si uvědomit, že tento poznatek – tedy že peer poskytovatelé konvenčních služeb zřejmě většinou produkují úplně stejné výsledky jako ne-peer poskytovatelé těch samých služeb – může být artefaktem toho, jak málo jsme zatím pokročili v rozvoji peer podpory jako prostředku pro lidi se závažným duševním onemocněním. V této fázi procesu teprve začínáme zjišťovat, jak je možné identifikovat a hodnotit, které z prvků práce jedince jsou jedinečné a založené na jeho osobní zkušenosti s nemocí a zotavováním a co je podstatou přínosu spojeného s těmito prvky přidané hodnoty v péči. Je dost dobře možné, že běžné nástroje použité ve studiích tyto účinky nezachytí. Přestože například hospitalizace, fungování a symptomy jsou důležitými indikátory zlepšení, neobsahují všechny aspekty zotavení. Meřítka orientovaná na oblasti zotavování, tak jak je identifikují lidé žijící s duševní nemocí, jsou ve vývoji; v budoucnosti mohou být citlivějším nástrojem k rozpoznávání účinků těchto intervencí.

Co víme o intervencích specifických pro peer poskytovatele?

Co tedy vlastně zatím víme o poskytování podpory a služeb, které jsou jedinečné svým základem v osobní historii nemoci a zotavení poskytovatele, a tuto zkušenost v důsledku vyžadují? Když se vrátíme k obr. 1, blíže k druhému konci spektra leží příklad takovéto varianty označený písmenem „B“. Tato druhá alternativa reprezentuje případ, kdy je člověk s historií závažné duševní nemoci zaměstnán institucí pro duševní zdraví, aby vedl skupiny peer podpory pro další vážně duševně nemocné. Toto je – hned za peery poskytovaným case managementem – zvláště lákavá služba navíc, kterou kliničtí poskytovatelé přidávají k již existujícím službám ve snaze více se orientovat na zotavování. Tato praxe je hybridem mezi profesionálně vedenými podpůrnými skupinami a přirozeně vznikající svépomocí; sdílí prvky obou, ale neobsahuje reciprocitu vlastní vzájemné podpore. Peer pracovník se tak může snažit vytvořit stejné druhy aktivit, jaké typicky probíhají ve skupinách vzájemné podpory v rámci komunity, a přitom být placeným zaměstnancem klinického zařízení. Oproti profesionálním vedoucím podpůrných skupin má navíc svou vlastní zkušenost se stavem sdíleným všemi ostatními členy. Skutečnost, že tyto skupiny nejsou ani ryba ani rak může působit značné napětí, zmatek a znepokojení jak členům skupiny, tak klinickým zaměstnancům i samotnému vedoucímu skupiny.

Jedním z příkladů takového napětí je problematika důvěrnosti a hranic. Z pohledu členů skupiny je vedoucí skupiny peer, od něhož se očekává dodržení soukromí; to je tradiční součástí svépomocných/vzájemných skupin, kde cokoli je řečeno v rámci skupiny, je chráněno a nesdílí se s kýmkoli mimo skupinu. Zařízení oproti tomu očekává, že se peer vedoucí podrobí stejným standardům důvěrnosti jako ostatní kliničtí a rehabilitační pracovníci, včetně nutnosti porušit diskrétnost v případě, že by mohlo nastat bezprostřední ohrožení klienta nebo druhých lidí. Tato

rozdvoušená loajalita peer vedoucího je pouze špičkou ledovce konceptuálního zmatení, které dlí v takovýchto hybridních kombinacích běžné praxe s peery.

Protikladné pohledy na hranice a na přátelství přinášejí potenciálně ještě diskutabilnější problém. Pracovníci peer podpory mohou být vnímáni jako přátelé spíš, než ne-peer case manažeři nebo kliničtí pracovníci, a to z několika důvodů. Zaprvé, peer pracovníci nejenže smějí sdílet osobní informace a intimní příběhy z vlastního života, ale dokonce se to od nich očekává, právě proto, že mohou ze zkušenosti čerpat a dělit se o lekce z vlastního zápasení a úspěchů. Pokud nejsou omezeni na prostředí služby, je také pravděpodobnější, že se peer pracovníci na setkávání se členy skupiny přesunou do neoficiálních prostředí, jako jsou kavárny, restaurace a další veřejné prostory, které jsou tradičně spojeny spíše s přátelstvím než se zdravotní péčí. A konečně je důležité, aby kliničtí pracovníci docenili, že v rámci svépomocných skupin, vzájemné podpory a programů vedených uživateli není zpravidla přátelství mezi členy zakazováno; přesah vzájemné podpory za hranice skupiny nebo programu – hranice považované za umělé – je naopak povzbuzován. Před peer vedoucí najímané poskytovatelskými organizacemi to staví nepříjemný, nicméně zásadní problém. Mohou udržovat přátelské vztahy, které započali s lidmi v procesu zotavení před započatím práce pro organizaci, která těm samým lidem poskytuje služby? Jak mohou uspět ve snaze být ke svým klientům „přátelští“ a přitom se nestat jejich přáteli? Ať už je toto rozlišení pro organizaci jakkoli důležité, dává vůbec klientům samotným smysl? Mohou peer pracovníci přijmout podporu, kterou jim nabídnou příjemci jejich služeb? Pokud ne, nestávají se tím výrazně podobnější ne-peer zaměstnancům? Je-li tomu tak, kdy je popovídání nad šálkem kávy uhraditelná služba a kdy jen přátelská interakce? Je možné, že jsme nenašli žádné studie zabývající se tímto stále častějším fenoménem právě kvůli těmto velmi ožehavým a z velké části nevyřešeným problémům.

To nás konečně přivádí k peer podpoře jako takové, která je v grafu označena písmenem „C“. Peer podpora tak, jak ji zde definujeme, spočívá v zaměstnání osoby zotavující se ze závažného duševního onemocnění k poskytování služeb a/nebo podpory dalším lidem s duševním onemocněním. Stejně jako v příkladech A a B je tento člověk placeným poskytovatelem péče, který vstoupí do vztahu s dalšími s cílem jim pomoci a podpořit je v jejich vlastním zotavování. Stejně jako v příkladu A ale v kontrastu s příkladem B je v tomto případě jasné, že tento člověk není placeným přítelem a osobní informace má odhalit jen tehdy, když je to v zájmu klienta (tedy bez ohledu na zájmy samotného peer pracovníka). Stejně jako v příkladu B, ale odlišně od příkladu A je v této variantě jasné dáno, že služby a podpora poskytované tímto pracovníkem budou explicitně čerpat z jeho nebo její zkušenosti se zotavováním. Otázka, jejíž zodpovězení si tato definice hlasitě žádá, je ale právě jaké služby tento pracovník tedy bude poskytovat. Naší výzvou je identifikovat přesně ty konkrétní intervence, založené alespoň z části na jejich osobní historii nemoci a zotavení, které lidé v procesu zotavování mohou nabídnout a které tím oproti službám poskytovaným lidmi bez této zkušenosti mají jasnou výhodu. Otazníky, které jsou v diagramu u písmene C vepsány, značí stále ještě široké pole otevřené k objevování možností a variant těchto služeb.

Literatura na téma vzájemné podpory obsahuje řadu možných funkcí, které jsou založeny na sdílení osobní historie. Mezi nimi jsou například přijetí, porozumění, empatie a pocit sounáležitosti, které mohou vést ke zvýšení pocitu naděje, autonomie, výkonnosti a přijetí osobní odpovědnosti; vytvoření vzoru a poskytování konkrétních praktických informací k rozvoji zástupného učení, modelování a zvýšení schopnosti zvládat a řešit problémy; a vystavení alternativním světonázorům, ideologiím a kontextům, které nabízejí kognitivní a environmentální protijedy na izolaci, zoufalství a demoralizaci, které mnoho lidí zažívá v důsledku kontaktu s běžnými službami duševního zdraví.(14, 38, 39) Přestože tyto koncepty nabízejí užitečný výchozí bod, představují aktivity a potenciální dopady, které

zatím nejsou prakticky definovány, natož objektivně změřeny. Již však proběhlo několik pokusů toto učinit; ty krátce probereme, protože z nich vyplývá možný směr pro další výzkum tohoto tématu.

Co jsou aktivní složky peer podpory?

První pokus začít oddělovat jedinečné aktivní složky peer podpory udělali Solomon a Drainová (40) v kontextu kontrolovaného pokusu, který jsme popsali výše. Jako hypotézu navrhli, že pozitivní pracovní aliance a výsledky služeb budou v jejich studii ve srovnání s běžnými službami case managementu u příjemců služeb case managementu poskytovaných peery vyšší. Zatímco napříč těmito formami služeb regresivní analýza ukázala kladný vliv užší pracovní aliance na kvalitu života, spokojenost s léčbou, symptomy a pozitivní postoj k dodržování léčebného režimu, výsledky srovnání mezi formami byly nejednoznačné. To by však ve světle diskuze uvedené výše nemělo být překvapivé, protože peer pracovníci v této studii zastávali konvenční role a poskytovali konvenční služby.

V dalším pokusu Rowe, Jewell, Sells a kolektiv provedli randomizovanou kontrolovanou studii účinků zaměstnání „peer expertů“ na klinické výsledky lidí s vážným duševním onemocněním, kteří měli zároveň historii odchodu z léčby a násilí či pohrůžky násilím vůči druhým lidem; tedy populace, která je ve 38 státech (kromě Connecticutu, kde byla studie provedena) potenciálně způsobilá k povinné ambulantní léčbě. (41, 42) V této studii byli peer pracovníci najímáni a školeni specificky k využívání své historie závažného duševního onemocnění jako prostředku ke zvýšení vlastní důvěryhodnosti u této „těžko zapojitelné“ skupiny a ke zvyšování naděje, vytváření vzoru pro adaptivní řešení problémů a k demonstrování výhod účasti v léčbě a rehabilitaci. Peer pracovníci poskytli klientům formou služeb rozšířeného case managementu podporu v naplnění základních potřeb, ale zároveň zvýšili jejich přístup k možnostem příjemného sociálního vyžití a volnočasových aktivit a pomohli jim zaujímat oceňované sociální role přesahující zaměstnání. S cílem umožnit vybudování důvěry a „remoralizaci“ klientů pracovali peer zaměstnanci nanejvýš na dvanácti případech zároveň; služby a podporu poskytovali v komunitním prostředí jako rozšíření stávajících týmů intenzivního case managementu.

Pro kontrolovanou studii bylo vybráno celkem 137 účastníků ze čtyř lokalit. Ti byli randomizováni k příjmu intenzivního case managementu buď s výhodou účasti peer experta, nebo bez ní. Data byla shromážděna během rozhovorů na začátku studie a po šesti a dvanácti měsících, z nichž byly hodnoceny vztahy v léčbě, využití služeb a motivace, dále z hodnocení angažovanosti účastníků v léčbě na počátku studie, poskytovaného peer zaměstnanci, a konečně ze záznamů prezenze na schůzkách. Studie primárně ukázala, že účastníci s podporou peer expertů, kteří byli na počátku nejméně angažovaní v léčbě, vykazali během prvních šesti měsíců studie výrazné zvýšení kontaktů s poskytovateli, zatímco u účastníků z kontrolní skupiny kontaktů ve stejném období ubylo. Účastníci z experimentální skupiny také hlásili po šesti měsících větší pocit oblíbenosti, pochopení a přijetí svými poskytovateli, než účastníci v kontrolní skupině, tento efekt ale po dvanácti měsících zmizel. Účastníci, kteří se po šesti měsících cítili oblíbenější a více pochopení také byli po 12 měsících více motivováni k léčbě a více využívali skupin Anonymní alkoholici/narkotici.

Pokud mluvíme o možných aktivních složkách, zdá se, že tato zjištění potvrzují schopnost peer poskytovatelů vytvořit během léčby brzy efektivní a stabilní pracovní aliance s klienty, kteří jsou tradičně vnímáni jako ti nejvíce nezaopatřeni tradičním přístupem k péči. Ze studie také vychází, že rozdíly mezi vztahy s peer experty a vztahy s běžnými case manažery krystalizují spíše v dřívějších stádiích zapojení a po čase zase mizí s tím, jak ne-peer poskytovatelé peery „doženou“ a také si vytvoří silné pracovní aliance s klienty. Tento výstup je ve shodě s dřívějšími poznatky Solomona a kolektivu. (43)

<u>Studie</u>	<u>Program a vzorový popis</u>	<u>Výstupy</u>	<u>Závěry</u>
Solomon a kol.(40)	Porovnání dvou týmů intenzivního case managementu, poskytujících služby celkem 96 účastníkům: 1. tým ne-peerů a 2. tým peerů	Fungování, symptomy, sociální podpora, hospitalizace, kvalita života, spokojenost a pracovní aliance	Nebyly zjištěny výrazné rozdíly mezi skupinami.
O'Donnell a kol. (44)	Porovnání tří forem péče, služby poskytnuty celkem 119 účastníkům: 1. standardní case management, 2. case management se zaměřením na klienta a 3. case management zaměřený na klienta s přidaným peer pracovníkem	Fungování, zneschopnění, kvalita života, zátěž péče, spokojenost se službami, počet a délka hospitalizací, krizové návštěvy a dodržování režimu léčby a služeb	Žádné výrazné rozdíly mezi skupinami ve fungování, zneschopnění, kvalitě života, spokojenosti se službami a zátěži péče. Klienti, kterým se dostalo případového managementu se zaměřením na klienta hlásili zvýšenou spokojenost s léčbou.
Clarke a kol.(45)	Porovnání tří forem péče, služby poskytnuty celkem 164 účastníkům: 1. standardní case management, 2. peer case management, 3. běžná péče	Psychiatrické hospitalizace, zatčení, návštěvy na pohotovosti, bezdomovectví	Účastníci ve formě péče 2. měli méně hospitalizací a delší pobyt v komunitě. Žádné další rozdíly mezi formami
Davidson a kol.(36)	Porovnání 3 forem, služby zvláštní podpory nabídnuty celkem 260 účastníkům: 1. vytvořena dvojice s peer dobrovolníkem, 28 dolarů měsíčně na sociální/rekreační aktivity, 2. vytvořena dvojice s ne-peer dobrovolníkem, 28 dolarů měsíčně na sociální/rekreační aktivity, 3. 28 dolarů měsíčně na sociální/rekreační aktivity	Symptomy, pohoda, sebedůvěra, sociální fungování, zaměstnanost a sociální podpora	Žádné výrazné rozdíly mezi formami.

Diskuse

Tato poslední studie je slibná, představuje však pouze počáteční pokus identifikovat jedinečné přínosy osobní historie závažného duševního onemocnění pro pěstování vztahů plných důvěry, které jsou užitečné pro lidi s vážným duševním onemocněním, a zvláště pro ty z nich, kdo jsou odpojeni od běžných služeb. Přestože se zdá, že „peer podpora“ se prudce rozšířila celou zemí, teprve začínáme objevovat a rozvíjet jedinečné způsoby, jak mohou být lidé se zkušeností duševní nemoci a zotavení užiteční pro zvýšení angažovanosti a pokrok v zotavování jiných. Toto nemá být komentář zrazující zastávce peer podpory, ale spíše varovná poznámka o vyvozování závěrů přesahujících hranice dostupných dat. Doufáme, že k současnému nadšení pro peer podporu, které sdílíme, se připojí stejnou měrou závazek a zdroje k vytvoření základny vědeckých důkazů: je třeba přesně zhodnotit faktory ovlivňující proces léčby a to, jaké výsledky je možné od uživatelů takovýchto služeb a podpory očekávat.

V této chvíli bychom přirovnali stav této oblasti ke stavu psychoterapeutického výzkumu před zavedením manualizace a dalších striktních prvků uspořádání (např. škály přesnosti dodržování principů). Právě tak, jako jsme si na počátku výzkumu psychoterapie nebyli jisti, co vlastně v praxi odlišovalo freudovského klinika od rogeriánského nebo behavioristického, víme málo o tom, jak člověk v procesu zotavování ze své vlastní vážné duševní nemoci funguje v roli poskytovatele služeb. Také mnoho nevíme o podstatě vztahu, který si tento člověk na základě své zkušenosti vytvoří s klienty. K tomu, aby se peer podpora vyvinula ze slibné ke skutečně vědecky podložené praxi, bude třeba vložit úsilí do vytváření modelů, manuálů, osnov školení a měřítek přesnosti, která nám umožní určit, co peer poskytovatelé se svou zkušeností dělají a pro koho, za jakých okolností a s jakými účinky. Do té doby si alespoň můžeme být jisti, že není důvod se obávat jakéhokoli snížení kvality a účinnosti současných služeb s přidáním peer pracovníků do současných organizací pro duševní zdraví, a že je zároveň možné mnoho získat z naděje, vytváření vzorů a vystavení klientů různorodým světonázorům, které peer pracovníci přinášejí už svou pouhou přítomností v řadách poskytovatelů péče o duševní zdraví.

Poděkování

VA Health Services Research and Development Service částečně financoval tento článek skrze podporu Zlepšování péče o veterány pomocí využití uživatelů v rolích poskytovatelů péče o duševní zdraví (#IIR 02-009). Práci na článku podpořil také Department of Veterans Affairs Desert Pacific Mental Illness Research, Education, and Clinical Center (MIRECC).

Reference

1. McKenzie D. *The Appleton Temporary Home: A Record of Work*. Boston, Mass: T.R. Marvin and Sons; 1875.
2. White W. The history of recovered people as wounded healers: I. from Native America to the rise of the modern alcoholism movement. *Alcohol Treat Q*. 2000;18:1–23.
3. Perry HS. *Psychiatrist of America: The Life of Harry Stack Sullivan*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1982.
4. Nikkel RE, Smith G, Edwards D. A consumer-operated case management project. *Hosp Community Psychiatry*. 1992; 43:577–579. 5. Sherman PS, Porter R. Mental health consumers as case management aides. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42: 494–498.
6. Gartner A, Reissman F. *The Self-Help Revolution*. NewYork, NY: Human Science Press; 1984.
7. Jacobs MK, Goldman G. Psychology and self-help groups. *Am Psychol*. 1989;44:536–545.

8. Katz AH. Self-help and mutual aid: an emerging social movement? *Annu Rev Sociol.* 1981;7:129–155.
9. Katz AH, Levin LS. Self-care is not a solipsistic trap: a reply to critics. *Int J Health Serv.* 1980;10:329–336.
10. Kurtz LF. The self-help movement: review of the past decade of research. *Soc Work Groups.* 1990;13:101–115.
11. Reissman F. The “helper-theory” principle F. *Soc Work.* 1965; 10:27–32.
12. Reissman F. Restructuring help: a human services paradigm for the 1990s. *Am J Community Psychol.* 1990;18:221–230.
13. Goldstrom ID, Campbell J, Rogers JA, et al. National estimates for mental health mutual support groups, self-help organizations, and consumer-operated services. *Adm Policy Mental Health.* In press.
14. Davidson L, Chinman M, Kloos B, Weingarten R, Stayner D, Tebes JK. Peer support among individuals with severe mental illness: a review of the evidence. *Clin Psychol Sci Pract.* 1999;6:165–187.
15. Galanter M. Zealous self-help groups as adjuncts to psychiatric treatment: a study of Recovery, Inc. *Am J Psychiatry.* 1988;145:1248–1253.
16. Humphreys K. Individual and social benefits of mutual aid and self-help groups. *Soc Policy.* 1997;27:12–19.
17. Kurtz LF. Mutual aid for affective disorders: The Manic Depressive and Depressive Association. *Am J Orthopsychiatry.* 1988;58:152–155.
18. Kyrouz E, Humphreys K. Do psychiatrically disabled people benefit from participation in self-help/mutual aid organizations? a research review. *Community Psychol.* 1996;29:21–25.
19. Mowbray CT, Chamberlain P, Jennings M, Reed C. Consumer-run mental health services: results from five demonstration projects. *Community Ment Health J.* 1988;24: 151–156.
20. Raiff NR. Self-help participation and quality of life: a study of the staff of Recovery, Inc. *Prev Hum Serv.* 1982;1:79–90.
21. Raiff NR. Some health related outcomes of self-help participation: Recovery, Inc. as a case example of a self-help organization in mental health. In: Gartner A, Riessman F, eds. *The Self-Help Revolution.* New York, NY: Human Science Press; 1984:189–193.
22. Salem DA, Seidman E, Rappaport J. Community treatment of the mentally ill: the promise of mutual-help organizations. *Soc Work.* 1988;33:403–408.
23. Young JM, Williams CI. An evaluation of GROW, a mutual help community mental health organization. *Community Health Stud.* 1987;11:90–95.
24. Kurtz LF, Chambon A. Comparison of self-help groups for mental health. *Health Soc Work.* 1987;12:275–283.
25. Maton KI, Salem DA. Patterns and psychological correlates of material support within a religious setting: the biirectional support hypothesis. *Am J Community Psychol.* 1995;15: 185–207.
26. Medvene LJ. An organizational theory of self-help groups. *Soc Policy.* 1985;15:35–37
27. Rappaport J, Seidman E, Toro PA, et al. Collaborative research with a mutual help organization. *Soc Policy.* 1985;15:12–24.
28. Ryback RS. Schizophrenics Anonymous: a treatment adjunct. *Psychiatry Med.* 1971;2:247–253.
29. Snowdon J. Self-help groups and schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry.* 1980;14:265–268.
30. Chamberlain J. The Ex-Patients’ Movement: where we’ve been and where we’re going. *J Mind Behav.* 1990;11:323–336.
31. Kaufmann CL. The self-help employment center: some outcomes from the first year. *Psychosoc Rehabil J.* 1995;13:520.
32. Mowbray CT, Tan C. Consumer-operated drop-in centers: evaluation of operations and impact. *J Ment Health Adm.* 1993;20:8–19.
33. Segal S, Silverman C, Temkin T. Characteristics and service use of long-term members of self-help agencies for mental health clients. *Psychiatr Serv.* 1995;46:269–274.

34. Davidson L, Weingarten R, Steiner J, Stayner D, Hoge M. Integrating prosumers into clinical settings. In: Mowbray CT, Moxley DP, Jasper CA, Howell LL, eds. *Consumers as Providers in Psychiatric Rehabilitation*. Columbia, Md: International Association for Psychosocial Rehabilitation Services; 1997:437–455.
35. Paulson R, Herinckx H, Demmler J, Clarke G, Cutler D, Birecree E. Comparing practice patterns of consumer and non-consumer mental health service providers. *Community Ment Health J*. 1999;35:251–269.
36. Davidson L, Shahar G, Stayner DA, Chinman MJ, Rakfeldt J, Tebes JK. Supported socialization for people with psychiatric disabilities: lessons from a randomized controlled trial. *J Community Psychol*. 2004;32:453–477.
37. Chinman M, Rosenheck R, Lam JA, Davidson L. Comparing consumer and non-consumer provided case management services for homeless persons with serious mental illness. *J Nerv Ment Dis*. 2000;188:446–453.
38. Kennedy M, Humphreys K. Understanding worldview transformation in mutual help groups. *Prev Hum Serv*. 1994; 11:181–189.
39. Kloos B. *Meaning-making in the Context of Residential Treatment Settings for Persons With Histories of Psychological Disorders* [dissertation]. Urbana-Champaign, Ill: University of Illinois; 1998.
40. Solomon P, Draine J. The efficacy of a consumer case management team: two-year outcomes of a randomized trial. *J Ment Health Adm*. 1995;22:135–146.
41. Jewell C, Davidson L, Rowe M. The “paradox of engagement”: how political, organizational, and evaluative demands can hinder innovation in community mental health services. *Soc Serv Rev*. In press.
42. Sells D, Davidson L, Jewell C, Falzer P, Rowe M. The treatment relationship in peer-based and regular case management services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. In press.
43. Solomon P, Draine J, Delaney MA. The working alliance and consumer case management. *J Ment Health Adm*. 1995; 22:126–134.
44. O’Donnell M, Parker G, Proberts M, Matthews R, Fisher D, Johnson B, Hadzi-Pavlovic D. A study of client-focused case management and consumer advocacy: The Community and Consumer Service Project. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33: 684–693.
45. Clarke GN, Herinckx HA, Kinney RF, Paulson R, Cutler DL, Lewis K, Oxman E. Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: Findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care. *Mental Health Service Research*. 2000;2(3):155–164.