

**DUŠEVNÉ ZDRAVIE NA RÁZCESTÍ:
OD BYROKRACIE K ČLOVEKU POHLADOM SOCIÁLNEJ PRÁCE
Petronela Šebestová - Peter Plavčan**

**MENTAL HEALTH AT THE CROSSROADS:
FROM BUREAUCRACY TO HUMANITY FROM A SOCIAL WORK PERSPECTIVE**

ABSTRAKT

Predkladaný článok prináša kritickú analýzu slovenského systému starostlivosti o duševné zdravie z perspektívy sociálnej práce. Reflektuje napätie medzi prežívajúcim medicínsko-byrokratickým modelom, ktorý redukuje zraniteľného človeka na diagnózu a tabuľkový kód, a moderným bio-psycho-sociálnym prístupom. Text zdôrazňuje kľúčovú rolu sociálneho pracovníka ako „tlmočníka ľudskosti“ medzi rigidným aparátom štátu a autentickým prežívaním klienta. Analyzuje systémové zlyhania, akými sú neúplná realizácia integrovaného posudku (vyňatie agendy Sociálnej poisťovne), nesystematické projektové financovanie a obmedzený exekutívny vplyv Rady vlády pre duševné zdravie. Výrazná časť štúdie je venovaná ostrej kritike súčasného trendu nadužívania diagnózy syndrómu vyhorenia. Tento fenomén je interpretovaný ako celospoločenský pokles psychickej odolnosti voči bežnému stresu, čo vedie k zahlteniu psychiatrických kapacít na úkor pacientov s ťažkými duševnými ochoreniami. Záver zdôrazňuje nevyhnutnosť riešiť sociálno-ekonomické korene duševného utrpenia a potrebu odvážnych systémových reforiem namiesto udržiavania súčasnej fragmentovanej praxe.

Kľúčové slová: sociálna práca, duševné zdravie, integrovaný posudok, byrokracia, syndróm vyhorenia, bio-psycho-sociálny model, psychická odolnosť

ABSTRACT

This article presents a critical analysis of the Slovak mental health care system from the perspective of social work. It reflects on the tension between the persisting medical-bureaucratic model, which reduces vulnerable individuals to diagnoses and tabular codes, and the modern bio-psycho-social approach. The text highlights the crucial role of the social worker

as a "translator of humanity" bridging the gap between the rigid state apparatus and the client's authentic experience. It analyzes systemic failures, such as the incomplete implementation of the integrated assessment (excluding the Social Insurance Agency), inefficient project-based funding, and the limited executive impact of the Government Council for Mental Health. A significant portion of the study is dedicated to a sharp critique of the current trend of overusing the burnout syndrome diagnosis. This phenomenon is interpreted as a societal decline in psychological resilience to everyday stress, which leads to the overburdening of psychiatric capacities at the expense of patients with severe mental illnesses. The conclusion emphasizes the necessity of addressing the socio-economic roots of mental distress and the need for bold systemic reforms instead of maintaining the current fragmented practice.

Keywords social work, mental health, integrated assessment, bureaucracy, burnout syndrome, bio-psycho-social model, psychological resilience

Krída byrokratickej optiky: Ālovek redukovaný na kód

Slovenský systém starostlivosti o duševné zdravie stojí na historickom a hodnotovom rázcestí. Na jednej strane prežíva hlboko zakorenený inštitucionálny a medicínsky model, ktorý sa formoval desaťročia. Na strane druhej čoraz hlasnejšie rezonuje volanie po bio-psycho-sociálnom a komunitnom prístupe, ktorého prirodzeným nositeľom je práve sociálna práca. Toto rázcestie nie je len teoretickým konceptom z učebníc; je to každodenná, často bolestivá realita, v ktorej sa stretáva zraniteľný človek s rigidným aparátom štátu. Ālovek s narušeným duševným zdravím je ako redukovaný na kód. Dnešný systém má tendenciu kĺzať po povrchu a vnímať duševné ochorenie primárne cez prizmu administratívy. Keď človek s duševným ochorením vstúpi do systému, štátny aparát ho okamžite začne kategorizovať. Pre zdravotnú poisťovňu je to kód diagnózy podľa MKCH (Medzinárodnej klasifikácie chorôb). Pre Sociálnu poisťovňu je to percentuálna miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť. Pre Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny je to zas kolónka v žiadosti o preukaz ZŤP. Tento roztrieštený, rezortný prístup spôsobuje zásadné odľudštenie (dehumanizáciu) starostlivosti. Systém sa nepýta: „Kto ste a čo potrebujete, aby ste mohli dôstojne žiť?“ Pýta sa: „Spĺňate tabuľkové kritériá pre priznanie tohto konkrétneho príspevku?“ Byrokracia vytvára ilúziu kontroly a spravodlivosti, no v skutočnosti produkuje klientov, ktorí prepadávajú sitom. Psychiatrická diagnóza je totiž dynamická – človek môže mať mesiace absolútnej stabilizácie a následne prudký relaps. Byrokratické tabuľky však vyžadujú statické, definitívne stavy, s

ktorými si v prípade epizodických duševných ochorení (ako sú bipolárna porucha či schizofrénia) jednoducho nevedia poradiť.

Tu prichádza na scénu sociálna práca, ktorá sa snaží priepasť medzi človekom a byrokraciou preklenúť. Pohľad sociálneho pracovníka je radikálne odlišný, pretože sa neriadi len diagnózou, ale príbehom a kontextom. Zatiaľ čo medicína lieči symptómy, sociálna práca sa snaží stabilizovať prostredie, v ktorom symptómy vznikajú. Táto zmena paradigmy nespočíva len v úprave pracovných metód, ale v radikálnom obrate vo filozofii prístupu. Sociálny pracovník na tomto rázcestí prestáva byť len administrátorom a stáva sa tlmočníkom medzi dvoma svetmi, ktoré si navzájom nerozumejú: Je to jazyk paragrafov, lekárske kódy (MKCH), byrokratických lehôt a tabuliek. Tento jazyk je exaktný, chladný a zameraný na zhodu s normou. Je to neštruktúrovaný, emotívny jazyk ľudskej zraniteľnosti, straty zmyslu, ale aj skrytého potenciálu klienta. Prechod „od byrokracie k človeku“ a samotné tlmočenie prebieha v dvoch rovinách: Prvá rovina je tlmočenie systému klientovi - ochrana dôstojnosti a partnerstvo. Keď systém vygeneruje chladné rozhodnutie (napríklad zamietnutie príspevku), klient sa často cíti stratený a ponížený. Sociálny pracovník tento byrokratický jazyk prekladá do reči podpory. Nevysvetľuje len legislatívu, ale chráni klienta pred tým, aby ho aparát „zomlel“. Tým nahrádza tradičný inštitucionálny paternalizmus skutočným partnerstvom.

Zmena paradigmy: Sociálna práca ako tlmočník ľudskosti

Tam, kde posudkový lekár vidí len „dekompenzovaného pacienta“, sociálny pracovník tlmočí systému skutočný príbeh: „*Tento človek prišiel o bezpečné bývanie, čo priamo spôsobilo zhoršenie jeho zdravotného stavu.*“ Vracia byrokratickým tabuľkám ich sociálny kontext a spája roztrieštený pohľad úradov do jedného celku. Tento tlmočnický rozmer naberá na absolútnej kritickosti práve dnes, v čase digitálnej transformácie, e-governmentu a automatizácie (v kontexte tzv. Sociálnej práce 4.0). Paradigma sa mení v tom, že čím viac sa systémy modernizujú a štandardizujú, tým väčšie je riziko ich dehumanizácie. Sociálna práca ako tlmočník ľudskosti je poistkou, ktorá do rigidných štruktúr vracia empatiu a individualizáciu – hodnoty, ktoré žiadna technológia ani legislatíva nedokážu vygenerovať samy o sebe. Sociálny pracovník chápe, že depresia nie je len nedostatok serotonínu v mozgu, ale môže byť priamym dôsledkom dlhodobej nezamestnanosti, toxického rodinného prostredia alebo hrozacej straty bývania. Zatiaľ čo medicína lieči symptómy, sociálna práca sa snaží stabilizovať prostredie, v ktorom symptómy vznikajú alebo graduujú.

Pozícia sociálneho pracovníka je však na tomto rázcestí mimoriadne náročná. Stáva sa doslova nárazníkom. Na jednej strane vníma autentické utrpenie a reálne, komplexné potreby klienta. Na druhej strane musí s týmto klientom navigovať v systéme, ktorý je pomalý, stigmatizujúci a zviazaný neflexibilnou legislatívou. Sociálny pracovník sa snaží klientovi prinavrátiť autonómiu a dôstojnosť, no nástroje, ktoré mu na to štát dáva (napr. proces zbavovania/obmedzovania spôsobilosti na právne úkony, umiestňovanie do veľkokapacitných zariadení), často robia presný opak – klienta pasivizujú a robia z neho celoživotného pacienta.

Prekročiť toto rázcestie a vydať sa definitívne cestou „k človeku“ preto nevyžaduje len viac empatie od jednotlivcov. Vyžaduje si to tvrdú, systémovú reformu (ako je napríklad zavedenie integrovaného posudku), ktorá sociálnym pracovníkom konečne uvoľní ruky, aby nemuseli byť len administrátormi chudoby a zúfalstva, ale skutočnými sprievodcami na ceste k zotaveniu. Pohľad sociálnej práce na duševné zdravie je zásadne odlišný od toho prísne klinického. Sociálny pracovník nevidí len „schizofréniu“ alebo „ťažkú depresiu“; vidí človeka, ktorý pre svoju chorobu sa dostal do nepriaznivej sociálnej a zdravotnej situácie a je stigmatizovaný svojím okolím. Hlavné úlohy sociálneho pracovníka v systéme duševného zdravia je koordinácia služieb pre klienta. (case management). Človek s vážnym duševným ochorením často nedokáže sám obiehať úrady, lekárov a poisťovne. Sociálny pracovník funguje ako sprievodca týmto byrokratickým bludiskom. Ďalej to je práca s rodinou a komunitou destigmatizácia, búranie predsudkov a budovanie podpornej siete. Sociálny pracovník a pracovníci v sociálnych službách musia venovať pozornosť aj obhajobe práv klienta pred inštitúciami, ktoré k ľuďom s duševným ochorením často pristupujú apriori nedôverčivo.

Realita sociálnych pracovníkov na Slovensku je však tristná. Narážajú na chronický nedostatok komunitných služieb. Ak aj sociálny pracovník pomôže klientovi stabilizovať sa, často ho nemá kam poslať. Chýbajú podporované bývania, chránené dielne sú často len formálne a ambulantné sociálne služby pre dospelých s duševným ochorením sú v mnohých regiónoch absolútne nedostupné. Výsledkom je veľká preťaženosť samotných pracovníkov, ktorí sú nútení sanovať zlyhania štátu vlastnou obetavosťou, no s minimálnym ohodnotením a nízkym spoločenským statusom.

Ilúzia integrácie a nedotknuteľnosť Sociálnej poisťovne

Ak hovoríme o zavedení integrovaného posudku v zmysle nedávnych legislatívnych noviel, musíme nevyhnutne poukázať na jeho najväčší systémový paradox. Hoci zákon priniesol integráciu posudzovania odkázanosti na sociálne služby a peňažné príspevky na

kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia (ŤZP), jeden kľúčový pilier zostal z tejto reformy úplne vynechaný. Je ním posudzovanie invalidity pre účely priznania invalidného dôchodku, ktoré naďalej zostáva exkluzívnou a izolovanou doménou Sociálnej poisťovne. Tento stav vytvára absurdnú situáciu, kedy na Slovensku naďalej existujú dva paralelné, navzájom neprepojené vesmíry posudkovej činnosti. (Žiaková,2011)

Na jednej strane stojí reformovaný systém úradov práce a obcí, ktorý sa prostredníctvom integrovaného posudku aspoň pokúša zohľadňovať sociálny kontext, zostatkový potenciál človeka a jeho potrebu kompenzácií v bežnom živote. Na strane druhej však neochvejne stojí prísne medicínsky model Sociálnej poisťovne. Posudkový lekár Sociálnej poisťovne neskúma, ako človek s ťažkou depresiou funguje vo svojej domácnosti alebo či potrebuje asistenciu pri sociálnej integrácii. Zaujíma ho jediný, striktno tabuľkový parameter, ktorým je percentuálna miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť. Ak má dnes človek s ťažkou depresiou získať invalidný dôchodok, posudzuje ho posudkový lekár Sociálnej poisťovne. Ak ten istý človek potrebuje preukaz ZŤP alebo príspevok na kompenzáciu, musí ísť na Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny (ÚPSVaR), kde ho posudzuje iný lekár podľa iných tabuliek a iných zákonov.

Tento stav je nielen neefektívny, ale najmä hlboko dehonestujúci. Tu mal priniesť revolúciu **integrovaný posudok**. Ideálna vízia integrovaného posudku vychádza z Medzinárodnej klasifikácie funkčnej schopnosti, dizability a zdravia (MKF), ktorú vypracovala WHO. Cieľom je zlúčiť lekárske a sociálne posudzovanie do jedného celku. Klient by už nemal byť hodnotený len podľa toho, akú má diagnózu z lekárskej správy (medicínsky model), ale komplexne – aké má prekážky v prostredí, aké sú jeho zostatkové schopnosti a akú sociálnu podporu reálne potrebuje. O posudku by mal rozhoduje **multidisciplinárny tím**, ktorého pevnou a rovnocennou súčasťou je práve sociálny pracovník. Zavedenie integrovaného posudku je ukázkovým príkladom toho, ako dobré úmysly narážajú na tvrdú realitu slovenskej štátnej správy. Ministerstvo práce (MPSVR SR) a Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR) dlhodobo nedokážu nájsť spoločnú reč. Agendy si prehadzujú ako horúci zemiak. Na funkčný integrovaný posudok potrebujeme obrovské množstvo kvalifikovaných posudkových lekárov a špecializovaných sociálnych pracovníkov. Už dnes je systém pred kolapsom pre personálny podstav. Prepojenie databáz Sociálnej poisťovne, zdravotných poisťovní a ÚPSVaR je technologickou výzvou, ktorá na Slovensku tradične končí pri drahých a nefunkčných tendroch. Hrozí, že namiesto holistického prístupu sa integrovaný posudok zvrhne len na ďalší rozsiahly

formulár, ktorý systém mechanicky "vyhodnotí" bez skutočného pochopenia životnej situácie človeka.

K zlepšeniu daného stavu vznikla Rada vlády pre duševné zdravie vznikla ako reakcia na dlhodobo ignorovanú potrebu medzirezortnej spolupráce. Duševné zdravie nie je len vecou zdravotníctva – zasahuje do školstva (prevencia a šikana), sociálnych vecí (chudoba a služby), polície a spravodlivosti (kriminalizácia ľudí s duševnými poruchami) či financií. Rada má pôsobiť ako koordinačný, poradný a iniciatívny orgán vlády. Jej kľúčovou úlohou je implementácia **Národného programu duševného zdravia**. Na jej pôde vznikajú pracovné skupiny a stratégie, ktoré majú za cieľ reformovať psychiatrickú starostlivosť, posilniť prevenciu a podporovať komunitnú starostlivosť. Napriek nepopierateľnej snahe odborníkov, ktorí v Rade a jej výboroch pôsobia, čelí tento orgán oprávnenej kritike.

Rada prijíma vynikajúce uznesenia a píše kvalitné stratégie. Problém nastáva, keď sa majú tieto stratégie premietnuť do reality. Keďže Rada nedisponuje vlastným masívnym rozpočtom ani možnosťou priamo nariaďovať zmeny ministerstvám, jej rozhodnutia často končia v zásuvkách úradníkov. Národný program duševného zdravia je bez adekvátneho finančného krytia len zoznamom prianí. Ak ministerstvo financií neschváli peniaze na komunitné centrá alebo na vzdelávanie sociálnych pracovníkov, Rada s tým nedokáže pohnúť. S každou výmenou vlády sa menia priority. Rada sa často stáva rukojemníkom politického cyklu, kedy nové vedenie rezortov zastaví alebo prehodnocuje to, čo to predchádzajúce začalo. (MZ SR Národný program duševného zdravia a akčné plány 2023).

I keď sa situácia zlepšuje, hlas pacientov, ľudí so skúsenosťou s duševným ochorením a samotných terénnych sociálnych pracovníkov je v najvyšších orgánoch často prehlúsený hlasom akademikov a lekárskeho elít. Ak sa na problém pozrieme zastrešujúcou optikou sociálnej práce, musíme konštatovať, že systém na Slovensku trpí asymetriou. Masívne (hoci stále nedostatočne) financujeme lôžkové psychiatrické oddelenia, no absolútne zlyhávame v následnej starostlivosti. Keď pacienta s ťažkou depresiou alebo schizofréniou prepustia z nemocnice stabilizovaného, vráti sa do toho istého stresujúceho prostredia, do tej istej chudoby a izolácie, z ktorej prišiel. Bez včasnej intervencie sociálneho pracovníka, bez podporného bývania a bez spravodlivého (a integrovaného) posudku o invalidite je len otázkou času, kedy sa ocitne na psychiatrii znova – hovoríme o tzv. fenoméne otáčavých dverí (revolving door).

Rada vlády pre duševné zdravie si tento problém plne uvedomuje. Presadzovanie reformy psychiatrickej starostlivosti a tvorba **centier duševného zdravia** (kde by pod jednou

strehou sedel psychiater, psychológ a sociálny pracovník) je obrovským krokom vpred. Tieto centrá by mohli byť presne tým miestom, kde teória bio-psycho-sociálneho modelu ožije v praxi. Avšak tempo ich zakladania a budovania siete je alarmujúco pomalé, často závislé výhradne od dočasných grantov z fondov EÚ (Plán obnovy), čo vyvoláva otázky o ich dlhodobej udržateľnosti po vyčerpaní týchto zdrojov. Ak sa kriticky pozrieme na reálny dopad nespočetných národných a európskych projektov zameraných **na duševné zdravie**, musíme si položiť veľmi neprijemnú otázku o ich skutočnej efektívnosti. Súčasný systém sa totiž stal do veľkej miery rukojemníkom projektového myslenia. Zo štrukturálnych fondov a z Plánu obnovy prúdia do tejto oblasti nemalé finančné prostriedky, no pri pohľade na terénnu realitu je hľadanie hmatateľných výsledkov často priam detektívnou prácou. Vytvorili sme ilúziu masívnej aktivity, ktorá však každodenný život ľudí s ťažkým duševným ochorením mení len úplne minimálne.

Najväčším zlyhaním tohto projektového prístupu je jeho samotná podstata, ktorou je dočasnosť. Duševné ochorenie nepozná harmonogramy výziev a nekončí sa dňom vyčerpania schváleného grantu. Napriek tomu štát dlhodobo alibisticky sanuje chýbajúcu systémovú starostlivosť cez časovo ohraničené a nesystematické projekty. V praxi to vyzerá tak, že nezisková organizácia s nadšením vybuduje komunitné centrum a zamestná multidisciplinárny tím odborníkov. Klienti si po rokoch nedôvery konečne vybudujú bezpečný vzťah so svojím sociálnym pracovníkom, začnú robiť pokroky a stabilizujú sa. Po dvoch alebo troch rokoch sa však projektové financovanie skončí a štát odmietne prevziať finančnú zodpovednosť za udržateľnosť týchto služieb. Centrum sa zatvorí, odborníci odídu inam a zraniteľný klient je bezcitne hodený späť do prázdna. Tento cyklus nádeje a následného inštitucionálneho opustenia je pre psychiku človeka s duševným ochorením často devastujúcejší, ako keby mu systém neponúkol pomoc vôbec.

Ďalším obrovským problémom je samotná metodika toho, ako si štátne orgány definujú úspech a ako merajú výsledky svojej práce. Aktuálne nastavenie extrémne praje produkcii takzvaných mäkkých výstupov. Píšu sa rozsiahle metodiky, tvoria sa komplikované národné stratégie, organizujú sa nákladné osvetové kampane a odborné konferencie na najvyššej úrovni. Papier totiž znesie všetko a z pohľadu formálnej kontroly je takýto projekt vždy úspešne zrealizovaný. Ak sa však opýtame na tvrdé dáta a štrukturálne zmeny, odpovede prichádzajú len veľmi ťažko. Nákladné kampane proti stigmatizácii sú totiž úplne zbytočné, ak klient s ťažkou depresiou stále čaká mesiace na termín u špecialistu a terénny sociálny pracovník pre neho nedokáže nájsť jediné voľné miesto v zariadení podporovaného bývania. Kým nezačneme

výsledky projektov merať nie počtom rozdанных brožúr a usporiadaných workshopov, ale počtom reálne integrovaných klientov a citeľným znížením opakovaných hospitalizácií, zostane celé projektové riadenie duševného zdravia len veľmi drahým byrokratickým divadlom pre audítorov.

Duševné zdravie je barometrom vyspelosti spoločnosti. Z pohľadu sociálnej práce na Slovensku dnes stojíme pred zásadnou výzvou: prekročiť tieň zastaraného inštitucionálneho modelu a začať vnímať človeka v jeho celistvosti. Sociálni pracovníci sú pripravení plniť úlohu sprievodcov a zástancov. Aby to však mohli robiť efektívne, potrebujú systémové nástroje. **Integrovaný posudok** nesmie ostať len mýtom o byrokratickej efektívite, ale musí sa stať skutočným nástrojom zohľadňujúcim reálne životné obmedzenia človeka. **Rada vlády pre duševné zdravie** zasa potrebuje prejsť transformáciou z diskusného klubu na orgán, ktorého stratégie majú priamu väzbu na štátny rozpočet a sú pre ministerstvá záväzné. Zmena nenastane zo dňa na deň. Vyžaduje si však odvahu prestať sa tváriť, že duševné ochorenie je len problémom mozgu a chémie, a priznať si, že je to často odraz sociálnej reality, v ktorej žijeme. A práve preto je hlas sociálnej práce v tejto debате nielen dôležitý, ale priam nenahraditeľný.

Redukovať duševné utrpenie výhradne na biologický deficit a nerovnováhu neurotransmiterov je pre spoločnosť mimoriadne lákavé a do veľkej miery alibistické. Umožňuje nám to totiž ukázať prstom na poškodený mozog jednotlivca a vyhnúť sa tak nepríjemnej sebareflexii o stave prostredia, ktoré tohto človeka formuje. Ak ticho prijmeme predpoklad, že depresia, vyhorenie alebo ťažká úzkosť sú len náhodnou chybou v osobnej chémii, zbavujeme sa akejkolvek kolektívnej zodpovednosti za podmienky, v ktorých ľudia žijú, pracujú a starnú. Medikamentózna liečba sa tak často stáva len pohodlným nástrojom na to, aby sme človeka rýchlo opravili a vrátili späť do systému, ktorý ho pôvodne zlomil. (Honzák, 2020).

Priznať si skutočný vplyv sociálnej reality znamená pozrieť sa pravde do očí a pochopiť, že obrovské množstvo psychosomatických diagnóz je v skutočnosti úplne normálnou reakciou na absolútne **nenormálne životné okolnosti**. Hovoríme tu o chronickom strese z pretrvávajúcej chudoby a exekúcií, o generačnej traume, rozpadajúcich sa podporných sieťach rodiny, o drvivom pocite osamelosti, ale aj o skrytej diskriminácii a ageizme na pracovisku. Z pohľadu sociálnej práce je priam absurdné očakávať, že človeka vyľieči hrstka liekov, ak sa po prepustení z nemocnice musí vrátiť do nevykúreného bytu s hrozbou vyst'ahovania alebo do toxického prostredia plného existenčného strachu. (Kováčová, 2024).

Tabletka nepochybne dokáže utlmiť akútnu psychickú bolesť a stabilizovať základné funkcie organizmu. Nedokáže však zaplatiť nájom, nedokáže zmeniť zlyhávajúci systém a nevráti človeku stratenú dôstojnosť či pocit elementárneho bezpečia. Skutočné zotavenie si preto vyžaduje omnoho viac ako len správne nastavenú dávku liečiv v ambulancii. Vyžaduje si masívne intervencie priamo v teréne a v sociálnom prostredí jedinca. Kým nezačneme aktívne liečiť aj choré sociálne štruktúry a nespravodlivosti, budeme len donekonečna tlmiť symptómy ľudí, ktorých hlavnou diagnózou je často len nezvládnuteľná ťarcha ich vlastného života.

Mýtus vyhorenia a skutočná strata odolnosti

Ak hovoríme o tom, že mnohí ľudia dnes končia v systéme psychiatrickej a sociálnej starostlivosti pre nezvládnuteľnú ťarchu ich vlastného života, musíme sa odvážiť pomenovať aj veci, ktoré nie sú populárne. Táto ťarcha často nepramení len z vonkajších sociálnych či ekonomických tlakov, ale do veľkej miery aj z toho, ako dnešná spoločnosť pristupuje k samotnému prežívaniu záťaže. Na vysvetlenie tohto fenoménu sme si totiž osvojili jeden veľmi elegantný a zo zahraničia importovaný koncept, ktorým je syndróm vyhorenia.

Tento pojem pôvodne vznikol v špecifickom kontexte pomáhajúcich profesií a západnej korporátnej kultúry. Rýchlo však zmuoval na akúsi univerzálnu výhovorku a takmer módny trend. Vytvorili sme doslova systém vyhorenia, v ktorom je patologizovaná aj bežná pracovná frustrácia a v ktorom sa z únavy stal výnosný priemysel plný koučov a rýchlych riešení. Ak sa na tento fenomén pozrieme prísne kritickou optikou, zistíme, že v našich lokálnych podmienkach sa za nálepku syndrómu vyhorenia často skrýva niečo úplne iné. Zahraničný model vyžaduje, aby človek najprv horel, aby podával enormný a dlhodobý výkon plný entuziazmu, kým úplne nevyčerpá svoje vnútorné zdroje. V našej každodennej praxi sa však táto diagnóza masívne zneužíva na zakrytie omnoho prozaikejšieho problému a tým je priepastný nedostatok odolnosti voči stresu. To, čo dnes mnohí s hrdosťou prezentujú ako svoje vyhorenie, je v skutočnosti len neschopnosť adaptovať sa na bežný životný diskomfort. Generácie pred nami čelili objektívne tvrdším existenčným podmienkam, no disponovali omnoho silnejšou psychickou rezilienciou a pevnejšími mechanizmami zvládania kríz. Dnes sme si zvykli pri prvom náznaku tlaku alebo pri prvom nesúlade medzi vlastnými očakávaniami a realitou kapitulovať a označiť sa za obeť toxického prostredia. (Stock, 2010)

Ak každý prejav stresu, nedostatok sebadisciplíny alebo obyčajnú nechúť prekonávať prekážky okamžite označíme za syndróm vyhorenia, robíme človeku medveďiu službu. Odoberáme mu akúkoľvek zodpovednosť za budovanie vlastnej vnútornej sily a v konečnom

dôsledku ho oslabujeme. Nevládnuteľná ťarcha života sa tak stáva ešte ťažšou, pretože namiesto toho, aby sme jednotlivcov učili znášať bolesť a budovať odolnosť, učíme ich skrývať vlastnú krehkosť za populárne, no často obsahovo úplne prázdne cudzie diagnózy. Skutočným problémom mnohých jedincov tak nie je to, že by vyhoreli, ale to, že nikdy nemali dostatok vnútorného paliva na zvládnutie bežného plameňa každodennej existencie. Tento fenomén falošného vyhorenia a zníženej odolnosti má totiž zničujúci dopad na celý systém starostlivosti o duševné zdravie. Keď začneme každú bežnú životnú frustráciu a neschopnosť znášať tlak patologizovať a označovať za psychický problém vyžadujúci odbornú intervenciu, nevyhnutne tým preťažíme už beztak kolabujúcu sieť ambulancií duševného zdravia a psychologických poradní. Do čakární sa tak masovo dostávajú ľudia, ktorí nepotrebujú lieky ani klinickú terapiu, ale skôr zdravý návrat k sebadisciplíne a aktívnemu budovaniu vlastnej reziliencie. Zatiaľ čo systém venuje obrovskú kapacitu a finančné prostriedky na riešenie tejto módnjej epidémie domnelého vyčerpania, skutoční klienti s ťažkými a hlboko stigmatizovanými duševnými ochoreniami zostávajú na okraji záujmu.

Sociálna práca a starostlivosť o duševné zdravie sa pre túto infláciu diagnóz ocitajú v bizarenej situácii. Namiesto toho, aby sa odborná energia, financie a pozornosť Rady vlády pre duševné zdravie sústredili na ľudí s vážnou klinickou depresiou, schizofróniou či bipolárnou poruchou, ktorí reálne prepadávajú sociálnym sitom a končia na ulici, systém sa vyčerpáva na sanácii zníženej odolnosti bežnej populácie. Nadmerné sústredenie sa na popularizované vyhorenie devaluje pojem duševného zdravia ako takého a robí z neho takmer komerčný produkt či nástroj na ospravedlnenie vlastnej pasivity. Skutočná a udržateľná podpora duševného zdravia by preto mala spočívať nielen v kvalitnej starostlivosti o ťažko chorých, ale aj v spoločenskej odvahe prestať z normálnych životných prekážok vyrábať psychiatrické diagnózy. Iba tak dokážeme vrátiť kapacity systému tým, ktorí ich naozaj potrebujú na záchranu svojho zdevastovaného života.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

DUBOVCOVÁ, M. 2025. *Safewards - intervencie v praxi*. Online <https://rvdz.sk/aktuality/>

MINISTERSTVO zdravotníctva SR (2023). *Národný program duševného zdravia a akčné plány 2023-2030*

SAFEWARD Jak pracovat s konflikty na psychiatrickém oddělení. Online dostupné na:
https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-202403-0003_safewards_-_jak_pracovat_s_konflikty_na_psychiatrickych_oddelenich.php

STOCK, CH. 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout.* Praha: Grada 2009. 103 s. ISBN 9788024735535

ŠTATÚT *Rady vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie* schválený uznesením vlády Slovenskej republiky č. 112/2021 z 24. februára 2021, v znení uznesenia vlády Slovenskej republiky č. 49 z 1. februára 2024 a uznesenia vlády Slovenskej republiky č. 103 z 17. marca 2026.

VEREJNÁ diskusia Ligy za duševné zdravie. Ako spájať rozdelenú spoločnosť? Online dostupné na: <https://www.youtube.com/watch?v=J1MvCvlgIEc>

ZÁKON č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

ZÁKON č. 376/2024 Z.z. o integrovanej posudkovej činnosti.

ZÁKON 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

ŽIAKOVÁ, E. a kol. 2011. *Sociálna práca - teoretické východiská a praktické kontexty* Vydavateľstvo UPJŠ, Košice, 2011. ISBN 978-80-7097-870-2

KONTAKT

Doc. PhDr. Petronela Šebestová, PhD. univer, prof. MPH
Fakulta sociálnych štúdií VŠD
petronela.sebestova@gmail.com

Dr.h.c. Prof. Ing. Peter Plavčan, CSc.
Fakulta sociálnych štúdií VŠD
Peterp.plavcan@gmail.com