

Stigmatizace a sebestigmatizace osob s duševním onemocněním

Nikola Žáčková

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Nikola Žáčková**
Osobní číslo: **H17165**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Stigmatizace a sebestigmatizace osob s duševním onemocněním**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti stigmatizace a sebestigmatizace u osob s duševním onemocněním.

Příprava metodiky praktické části.

Realizace kvalitativního výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných informací, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2993-3.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

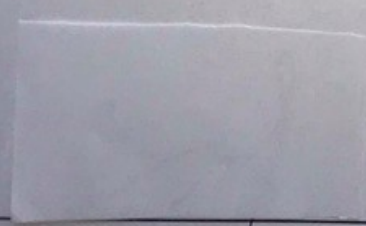
PRYOR, John B. a Arjan E. R. BOS. Social psychological perspectives on stigma: advances in theory and research. London; New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2014. ISBN 978-04-157-1986-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ondřej Vávra**
Ústav zdravotnických věd

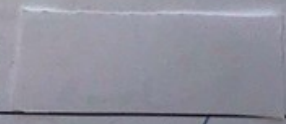
Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Informace pro vypracování



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval.
V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 22.2.2020

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užití-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odporá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k větší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Předkládaná bakalářská práce se zabývá stigmatizací a sebestigmatizací osob s duševním onemocněním a skládá se z teoretické a praktické části. V části teoretické objasňuje základní informace o duševní nemoci a stigmatizaci v souvislosti s duševním onemocněním. Obsahuje také roli člověka s duševním onemocněním jako klienta sociální práce a jeho vztah se sociálním pracovníkem. Praktická část je zaměřená na kvalitativní výzkum, kdy se pomocí polostrukturovaného rozhovoru snažíme zjistit, zda a v jakých oblastech života se lidé s duševním onemocněním setkali se stigmatizací.

Klíčová slova: stigmatizace, sebestigmatizace, duševní onemocnění, psychiatrická diagnóza, sociální práce

ABSTRACT

This bachelor thesis describes the stigmatization and self-stigmatization of people with mental illness and consists of a theoretical and practical part. In the theoretical part we explain the basic information about mental illness and stigmatization in connection with mental illness. It also contains the role of a person with a mental illness as a client of social work and his relationship with a social worker. The practical part is focused on qualitative research, where we use a semi-structured interview to try to find out whether and in which areas of life people with mental illness have encountered stigmatization.

Keywords: stigmatization, self-stigmatization, mental illness, psychiatric diagnose, social work

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych touto cestou poděkovat panu Mgr. Ondřeji Vávrovi za laskavé vedení, trpělivý přístup a odborné rady, bez nichž by tato práce nevznikla. Velký dík patří i mé rodině a přátelům za jejich podporu a pochopení po celou dobu studia. V neposlední řadě bych také ráda poděkovala všem participantům, kteří se ochotně podíleli na tomto výzkumu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	13
1.1 HISTORIE DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ.....	13
1.2 ROZDĚLENÍ DUŠEVNÍCH PORUCH.....	16
1.2.1 Psychotické poruchy.....	17
1.2.2 Afektivní poruchy.....	20
2 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	22
2.1 VYMEZENÍ POJMU SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	22
2.2 METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE	23
2.3 KLIENT S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	25
3 STIGMA A STIGMATIZACE.....	26
3.1 STIGMA PODLE GOFFMANA.....	26
3.2 STIGMATIZACE OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	27
3.3 SEBESTIGMATIZACE OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	33
3.4 DESTIGMATIZACE.....	34
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	37
4 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	38
5 METODOLOGICKÝ RÁMEC	39
5.1 METODA SBĚRU DAT	39
5.2 VÝZKUMNÝ VZOREK A ZPŮSOB VÝBĚRU VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	40
5.3 SBĚR DAT A ETIKA VÝZKUMU.....	41
6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	42
6.1 RODINA	42
6.2 PŘÁTELÉ A BLÍZKÉ OKOLÍ	45
6.3 PARTNEŘI	46
6.4 TRH PRÁCE.....	49
6.5 VEŘEJNOST A MÉDIA	51
6.6 SEBEPOJETÍ.....	54
6.7 STIGMATIZACE.....	56
7 DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	60
ZÁVĚR.....	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67

SEZNAM TABULEK	71
SEZNAM PŘÍLOH	72

ÚVOD

Být nemocný neznamená vzdát se naděje na dobrý život, a i nemocný člověk může žít naplněný a spokojený život. Stigma duševního onemocnění je však v lidské společnosti přítomné už od nepaměti a i když se s postupem času tento obraz měnil a stále mění, je i dnes na osoby s těmito poruchami často nahlíženo jako na blázny či hlupáky. Velké množství lidí se s duševním onemocněním za svůj život setká, avšak stále ji vnímáme jako něco ostudného a zavrženíhodného. Považujeme za důležité se zde tímto tématem zabývat, protože je téměř bezpochyby, že v populaci existuje určitá míra stigmatizace, co se týče lidí, kteří trpí psychickými poruchami. Celkově totiž stigmatizace nejrozličnějších skupin lidí je stále aktuální téma, o kterém se diskutuje a proti kterému se bojuje již několik let. Cílem je získat vhled do problematiky stigmatizace duševně nemocných lidí a prohloubit pochopení tohoto tématu.

K výběru tématu vedla osobní zkušenost z praxí s lidmi s duševní nemocí, kdy se někteří svěřili, že je trápí neinformovanost veřejnosti o příznacích či důsledcích jejich psychických potíží a že se setkávají ve svém blízkém okolí se stigmatizujícími výrazy jako šílenec, blázen či kriminálník. Inspirací mi byla také báseň jednoho z klientů, jejíž část máme povolenou zveřejnit. „*Seznámíš lidi se svým problémem, a oni jako vždy odpoví smíchem. Nejsi na svět kolem sebe zlý, lidé tě tak přesto odsuzují. Lidé chodí jako bez duše, kdo z vás nám nezištně pomůže?*“ (Klient sociální služby, 2019)

Ústředními tématy této bakalářské práce jsou stigmatizace, sebestigmatizace a lidé s duševním onemocněním. Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje tři základní kapitoly s názvy: duševní onemocnění, sociální práce s lidmi s duševním onemocněním a stigma. Záměrem je objasnit pojmy jako je duševní nemoc, stigma, self-stigma. Co se týče konkrétních duševních nemocí, zaměřujeme se především na psychotické a afektivní poruchy, které jsou jedny z nejrozšířenějších a jsou také předmětem následné praktické části. A jelikož sociální pracovník je často osobou, která lidem s duševním onemocněním nabízí pomocnou ruku, hraje v jejich životech také určitou roli, kterou si zde pokusíme vymezit. Stigmatizace je sociální proces, který využívá nálepkování, stereotypizaci, ponižování, ignoraci a předsudky k identifikaci a následné diskriminaci jedince na základě jeho členství v určité skupině. My se zaměříme především na stigmatizaci spojenou s lidmi s duševním onemocněním.

Skrze média je nám předkládán určitý obraz lidí s duševním onemocněním, podle kterého si většina z nás vytváří své vlastní názory o těchto lidech. Duševně nemocní lidé

musí čelit nejen nemoci, ale často i předsudkům, které se s jejich nemocí spojují. Podle odborné literatury bývají stigmatizováni odmítáni v běžných každodenních situacích, ať už jsou to rodinné a partnerské vztahy nebo oblast bydlení a zaměstnání. Proto jsme si v rámci praktické části dali za cíl zjistit, zda a v jakých oblastech života se lidé s duševním onemocněním setkali se stigmatizací. Námi zvolenými oblastmi, na které jsme se zaměřovali, jsou: rodinné vztahy, vztahy s přáteli a blízkým okolím, partnerské vztahy, trh práce, sebepojetí, veřejnost a média. Z důvodu pravděpodobné citlivosti tématu jsme uznali za vhodnější zvolit kvalitativní výzkum, do kterého bylo zapojeno deset klientů z tří různých sociálních služeb. Participantů se potýkají s psychotickými či afektivními poruchami a díky metodě rozhovoru jsme byli schopni nahlédnout do jejich zkušeností s našim ústředním tématem.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Duševní porucha v sobě zahrnuje některé psychické procesy, které se projeví v prožívání, chování a myšlení člověka. Za duševní onemocnění považujeme stavy, které jsou zapříčiněny vrozenou, organickou (neurologickou) či genetickou výbavou člověka, a také stavy, u kterých je příčina vzniku dána prostředím a životními událostmi. Duševní nemocí netrpí jen dotyčný nemocný, ale často i jeho rodina. Uvádí se, že i dnešní moderní době se nachází minimálně v každé čtvrté rodině člověk, trpící nějakým typem duševní nemoci (Baudiš, 2002). V následující podkapitole považuji za důležité pozastavit se u historického vývoje tohoto pojmu a celkově celé psychiatrie, neboť nám ukazuje, jak byli lidé s duševním onemocněním vnímáni společností v průběhu času.

1.1 Historie duševního onemocnění

Odkazy na duševní nemoci lze nalézt v celé historii. Evoluce duševních nemocí však nebyla moc progresivní, ale spíše cyklická. To, jestli je chování považováno za normální nebo neobvyklé, záleží na kontextu obklopujícím chování, a tak se mění v závislosti na konkrétním čase a kultuře. Mnoho kultur vnímalo duševní nemoc jako formu náboženského trestu nebo posedlost démonem. Ve staroegyptských, indických, řeckých a římských spisech byla duševní nemoc kategorizována jako náboženský nebo osobní problém.

Řeční lékaři však odmítli nadpřirozené vysvětlení duševních poruch. Průkopníkem v léčbě lidí s duševním onemocněním, se stal v 5. století Hippokrates, a to díky svým technikám, které nebyly zakořeněny v náboženství nebo pověře. Místo toho se zaměřil na změnu prostředí duševně nemocného pacienta nebo na podávání určitých látek jako léků. *„Základem hippokratovského přístupu k medicíně bylo tvrzení, že tělo je systém vzájemně propojených základních živlů, které jsou v neustálé interakci s prostředím. Celý systém byl podle těchto názorů navíc úzce provázaný, takže postižení jedné části mohlo mít vliv na zdraví jako celek“* (Scull, 2019, s. 32). Pokusil se oddělit pověru a náboženství od medicíny tím, že systematizoval přesvědčení, že nedostatek nebo zejména nadbytek jedné ze čtyř základních tělesných tekutin – krev, žlutá žluč, černá žluč a hlen – je zodpovědný za fyzickou i duševní nemoc. Platon a Aristoteles byli toho názoru, že *„člověk jako tvor společenský se při poruše vztahu člověka a společnosti dostává do krizových situací, které mohou vést k narušení jeho duševního stavu“* (Dušek a Večeřová Procházková, 2015, s. 13). O duševně nemocné jednotlivce se starali členové rodiny doma a stát za jejich péči nenesl odpovědnost.

V pozdním středověku ekonomické a politické nepokoje ohrožovaly moc římsko-katolické církve. Mezi 11. a 15. stoletím nad Evropou opět dominovaly nadpřirozené teorie duševních poruch poháněné přírodními katastrofami, jako jsou mor a hladomor, které si lidé vysvětlovali jako způsobené ďáblem. Pověřivost, astrologie a alchymie byly zase v popředí a běžná léčba zahrnovala modlitby, přiznání a odčinění.

Začátkem 13. století začaly být duševně nemocné, většinou ženy, pronásledovány jako čarodějnice, které byly posedlé. „*Trýznivé umírání obětí bylo často spojeno s upalováním zaživa, nebohé ženy však byly také věšeny nebo topeny, čtvrceny nebo kamenovány*“ (Scull, 2019, s. 87, 88). Na vrcholu lovu čarodějnic během 15. až 17. století, kdy protestantská reformace uvrhla Evropu do náboženských sporů, napsali dva dominikánští mniši Malleus Maleficarum, jako „návod k vedení lovů čarodějnic“. Johann Weyer a Reginald Scot se snažili přesvědčit lidi, že obviněnými „čarodějnicemi“ nejsou ďáblem posedlé ženy, ale ženy s duševním onemocněním, která není způsobena démonickým vlastnictvím, ale chybným metabolismem a nemocí. Církevní inkvizice však tyto spisy zakázala a lov čarodějnic pokračoval až do 17. a 18. století, kdy bylo upáleno více než 100 000 údajných čarodějnic.

V 16. století se začaly zřizovat první nemocnice a azylové domy. Posláním těchto institucí bylo ubytovat a izolovat osoby s duševním onemocněním, chudé, osoby bez přístřeší, nezaměstnané a zločince. Válka a hospodářská krize totiž vyprodukovala obrovské množství, z pohledu tehdejší společnosti, nežádoucích jedinců, kteří byli odděleni od společnosti a posláni do těchto institucí. Vzhledem k tomu, že zákony o uvěznění se zaměřily na ochranu veřejnosti před duševně nemocnými, vlády se staly odpovědnými za sociální situaci a životy těchto nežádoucích jedinců. Většina duševně nemocných byla institucionalizována proti své vůli, žili ve špíně, připoutáni ke stěnám a byli běžně vystavováni veřejnosti za poplatek. Duševní nemoc byla nicméně vnímána jako somatogenně podmíněná, takže léčba byla podobná léčbě fyzických nemocí (Hosák, 2015; Dorner, 1999).

V Německu, v období 2. světové války byly vydány zákony o prevenci hereditárních chorob a kvůli tlaku tehdejší ideologie bylo sterilizováno až 400 000 osob. Válka přinutila mnoho psychiatrů emigrovat do zahraničí. Během akce s názvem T4 bylo popraveno asi 10 000 dětí a 180 000 dospělých lidí, kteří měli psychiatrickou diagnózu (Ocisková a Praško, 2015).

Po zavedení teoretických rámců a klasifikačního systému se studium a léčba duševních nemocí začala v polovině 20. století výrazně rozšiřovat. Důležitý vývoj v tomto období

položil základ moderním farmakologickým a psychoterapeutickým přístupům zaměřeným na řešení duševních nemocí. Nejvýznamnějším mezníkem z farmakologického hlediska byla hypotéza o katecholaminu, která byla publikována v 50. letech 20. století. V tomto období došlo také k novému vývoji v oblasti psychoterapie, jejíž kořeny byly ve Freudově psychodynamické teorii. Zejména jednotlivci jako americký psycholog Albert Ellis a americký psychiatr Aaron T. Beck začali přijímat léčebné přístupy zaměřené na řešení maladaptivních poznání a emocí, které byly podle nich základem duševních poruch. S principy behaviorismu vedl tento přístup k případnému rozvoji kognitivně-behaviorální terapie, současného psychoterapeutického přístupu v léčbě úzkostných poruch. Celkově lze říci, že katecholaminová hypotéza a vývoj kognitivně-behaviorální terapie měly podstatný dopad na moderní léčbu deprese a úzkosti.

Období po druhé světové válce bylo charakteristické dalším rozvojem psychoanalýzy a vznikem humanistické a behaviorální terapie. Za důležitý moment lze považovat i rozvoj psychofarmak, která se začala používat k léčbě duševních nemocí. V polovině 20. století byla zavedena do praxe neuroleptika (antipsychotika). Začaly se objevovat léky k léčbě schizofrenie, které obsahovaly léčivou látku chlorpromazin a za čtyři roky se začaly používat i v klinické praxi. V roce 1958 R. Kuhn vytvořil nový lék s účinnou látkou imipramin, což bylo první tricyklické antidepresivum sloužící k léčbě depresí a panické poruchy. Roku 1960 bylo objeveno první anxiolitikum – benzodiazepin chlordiazepoxid. Šedesátá léta patřila k letům, kdy se objevovaly nové a nové medikamenty, které se využívaly v psychiatrii. Začaly se využívat kognitivní terapie, skupinová psychoterapie, interpersonální psychoterapie a krátká dynamická psychoterapie. Tyto postupy se poté v 70. letech začaly ověřovat kontrolovanými studiemi. V 80. letech se začaly používat zobrazovací metody, rozvíjely se neurovědy a objevily se i nové klasifikační systémy jako byl americký DSM - III (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch) a MKN - 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí). Začalo se více dbát o kvalitu života lidí s duševním onemocněním a odbornou péčí o ně. V sociální práci byl důležitým mezníkem vznik chráněných dílen a bydlení a používání metody case managementu. Péče o nemocné se spíše zaměřila na komunitní péči, která poskytuje možnosti pracovní a sociální rehabilitace. Začíná být přítomna i snaha o kratší hospitalizace v psychiatrických nemocnicích (Ocisková a Praško, 2015; Praško, 2011; Dorner, 1999).

1.2 Rozdělení duševních poruch

V Severní Americe, Austrálii, na Novém Zélandu a v některých zemích Jižní Ameriky je hojně používána 5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V). V Evropě se odborníci orientují dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10). Aktuálně je používána 10. revize, jejíž první vydání bylo publikováno v roce 1999 (Orel, 2012). S ohledem na specifika lidského prožívání a chování tak jde jen o jeden z možných způsobů, jak se v rámci projevů duševní nemoci orientovat.

Základní klasifikace dle MKN-10 (Probstová a Peč 2014, s. 24) je následující:

- F00-F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických
- F10-F19 Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- F20-F29 Schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy
- F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F40-F49 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60-F69 Poruchy osobnosti a chování dospělých
- F70-F79 Mentální retardace
- F80-F89 Poruchy psychického vývoje
- F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
- F99 Neurčená duševní porucha

McWilliams však upozorňuje na poněkud temnější stránku této klasifikace a společenského dopadu, který má právě diagnóza pramenící z kategorií. Může se podle ní totiž podílet na „*sebeodcizení, zvěcnění stavu vlastního já, za nějž se člověk nepřímou zříká odpovědnosti*“ (McWilliams, 2015, s. 27). Nezapomíná ani připomenout to, že klasifikace často upevňovala, a stále upevňuje, rasismus, sexismus, předsudky a další předpojatosti, k čemuž uvádí:

„Diagnostické termíny je možné používat zpředmětnujícím způsobem a urážlivě. Pokud se mi však podaří vyjádřit individuální rozdíly s úctou a respektem, čtenáři nebudou diagnostické termíny užívat proto, aby se cítili nad druhé lidi nadřazení. Budou mít

nejzákladnější jazyk pro psychické zpracování různých subjektivních možností, což je velmi důležitá stránka osobního i profesionálního růstu.“ (McWilliams, 215, s. 24)

Podobný názor na diagnózu najdeme i u Styxe (2003), který upozorňuje na to, že vyšetření psychiatrem jako takové, je málokdy vážně prospěšné, protože většinou bývá jeho výsledkem jen označování potíží vágním, nic moc říkajícím názvem, jako jsou třeba depresivní stav, neuróza a podobně, k jehož vyslovení ve finále není třeba ani psychiatra, či jenom lékaře. Tyto stavy totiž diagnostikují, často správně, sami laici. Zmiňuje, že většina zásadních psychiatrických diagnóz funguje v každodenním světě jako nadávky a posměšky například psychopat, úchyl, hysterka a podobně.

„Zdá se, že rychlé přidělení psychiatrické diagnózy má nesporný význam pro personál – opodstatňuje vyplývající omezení a překonává námitky, které pobyt na psychiatrii produkuje.“ (Styx, 2003. s. 27)

U duševních poruch je velmi důležité brát v potaz jak samotnou diagnózu, tak hlavně všechny aspekty života nemocného. I když mají nemocní stejnou diagnózu, mohou mít zcela odlišné projevy nemoci a různé prognózy. Každý klient je naprosto jedinečný, nelze ani usuzovat na podobnost v rámci diagnózy (Mahrová, Venglářová 2008). V této práci jsem si vybrala k popsání okruh psychotických a afektivních poruch, jelikož právě těchto nemocí se bude týkat praktická část.

1.2.1 Psychotické poruchy

Když hovoříme o této skupině duševních nemocí, řadíme sem ty, ve kterých jsou přítomny psychotické příznaky (poruchy myšlení, vnímání, chování a prožívání). Jsou tedy nezbytné a tyto poruchy definují. Psychózou se rozumí hluboké narušení vztahu člověka ke skutečnosti, přičemž tahle propast v odcizení skutečnosti se nahrazuje halucinacemi nebo bludy (Smolík, 2002). V této podkapitole se krátce zaměříme na schizofrenii, schizotypální poruchu a schizoafektivní poruchu.

Schizofrenie

„Schizofrenie je duševní porucha všeobecně charakterizovaná fundamentálním a charakteristickým narušením myšlení a vnímání, přičemž emotivita neodpovídá situaci nebo je oploštělá.“ (Smolík, 2002, s. 153)

Výskyt nemoci není vázán na pohlaví, ale u žen propuká o něco později než u mužů (Orel, 2016, s. 170). K diagnostikování schizofrenie je nutné, aby příznaky byly přítomny

minimálně jeden měsíc (Orel, 2016). Už v prodromálním stádiu, tedy před propuknutím nemoci, si můžeme u osobnosti člověka všimnout určitých znaků, jako je plachost, uzavřenost a málo sociálních kontaktů. V úvodní fázi nemoci se začíná objevovat filozofování, zájem o bizarní problémy a otázky či náboženství (Dušek a Večeřová Procházková, 2015).

Mezi charakteristické symptomy schizofrenie patří podle Malé a Pavlovského (2002) bludné představy, slyšení, odnímání či vkládání myšlenek, halucinace hlasů, které komentují jedincovo myšlení či chování. Člověk trpící schizofrenií může mít problém s řečí, mluví nesouvisle či není schopen držet základní linii. Příznaky schizofrenie se také dají rozlišit na pozitivní a negativní. Pozitivními příznaky myslíme zvýrazněné nebo zkreslené funkce – bludy a halucinace. Mezi ty negativní řadíme oslabené či ztracené funkce – apatie a emoční oploštělost (Orel, 2016). Je však velice individuální, jak se bude tato nemoc projevovat a probíhat (Hosák, 2015). Stejný názor má i Orel (2016, s. 170), který uvádí, že „*schizofrenie je „nemocí sta tváří“ – sto nemocných se schizofrenií ukazuje sto odlišných obrazů téže nemoci.*“

Diagnostika schizofrenie je podle Bankovské Motlové a Španiela (2013) založena na psychiatrické anamnéze a vyšetření duševního stavu. Pro lepší vývoj a kvalitu života je vhodná farmakoterapie, která jde ruku v ruce s psychoterapií a socioterapií (Hosák, 2015).

Schizofrenie se rozděluje na základní formy:

Paranoidní schizofrenie se vyznačuje dominancí paranoidních bludů, které bývají obvykle stálé. Paranoia se většinou týká chorobných vztahovačných bludů, pronásledování, žárlivosti či nadpřirozenosti. Je zároveň často doprovázena sluchovými halucinacemi a dalšími poruchami vnímání. Méně výrazné, či i někdy zcela nepřítomné jsou zde katatonní příznaky, narušení emotivní stránky, řečových schopností nebo vůle.

Hebefrenní schizofrenie většinou začíná v adolescenci a připomíná nevhodné, situaci nepřiměřené chování s povrchní náladou. Mezi typické znaky patří narušená řeč, myšlení a afektivita. U člověka probíhají emotivní změny a nesystematizované, proměnlivé bludy a halucinace.

Katatonní schizofrenie je charakteristická výraznou poruchou motoriky. Tato nemoc se často projevuje snížením spontánních pohybů a aktivity, funkční neschopností mluvit, negativismem, zaujímáním a udržováním strnulých postojů a poloh či bezúčelnou motorickou aktivitou, která není ovlivněná vnějšími podněty.

Simplexní schizofrenie je nápadná změnou osobnosti, plíživým podivínským chováním, poklesem výkonnosti či emoční otupělostí. Jedinec se chová často hrubě, nepochopitelně a zanedbává hygienu, sociální i pracovní život. (Malá a Pavlovský, 2002; Smolík, 2002).

Schizotypální porucha

Hosák (2015, s. 197) uvádí, že „*je charakterizovaná podivínstvím, excentrickou nápadností a malou sociální přizpůsobivostí pacienta.*“

Schizotypální porucha může někdy svými příznaky připomínat schizofrenii, není zde však přítomen žádný charakteristický, ucelený příznakový okruh schizofrenie a lidé s touto poruchou mají lépe zachovaný vztah se skutečností. Vyznačuje se výstředním chováním, magickým myšlením, podezřívavostí a nepřiléhavými emocemi. Lidé se často uzavírají do sebe, izolují se a mají problémy s navazováním a udržováním sociálních vztahů (Hosák, 2015; Smolík, 2002).

Dušek a Večeřová – Procházková (2015) uvádějí, že pro diagnózu schizotypální poruchy musí být přítomny tři nebo čtyři z následujícími příznaků:

- výstřední, podivné či zvláštní chování
- emoční reakce, které jsou nepřiměřené situaci
- nedostatečný vztah k lidem a sklony sociálně se uzavírat
- vztahovačné a podezřivé myšlení
- podezření na paranoidní bludy

Schizoafektivní porucha

„*Schizoafektivní porucha je onemocnění, ve kterém se v průběhu jedné ataky vyskytnou současně příznaky typické pro schizofrenní psychózu i pro poruchu nálady.*“ (Hosák, 2015, s. 207)

Schizoafektivní porucha se od schizofrenie liší tím, že se rozvíjí rychleji, systematizace bludů není tak zřetelná a po odeznění epizody nejsou rezidua, tedy neúplné zmizení příznaků po atace nemoci (Dušek a Večeřová Procházková, 2015). Rozlišujeme depresivní, manický a smíšený typ schizoafektivní poruchy. Současně se schizofrenními příznaky, které se projevují většinou jako bludy ovlivňování a kontroly, vkládání a odnímání myšlenek či halucinace, se objevují i příznaky deprese nebo mánie. U depresivního typu nemoci je zvýšené riziko sebevraždy. Deprese probíhá často i se somatickými příznaky.

Smíšenou formou schizoafektivní poruchy rozumíme směs fáze bipolární poruchy s charakteristickými znaky schizofrenie (Malá a Pavlovský, 2002; Hosák, 2015).

1.2.2 Afektivní poruchy

Smolík (2002, s. 200) uvádí, že „*hlavním projevem poruch nálady je změna nálady nebo afektu ve smyslu snížení (deprese se současnou úzkostí nebo bez ní) nebo zvýšení (hypománie, mánie).*“

Afektivní poruchy se projevují jak v prožívání, tak v chování člověka a zasahují jeho racionální vnímání, pozornost, motoriku i motivaci a výkonnost (Orel, 2016). Tato podkapitola se bude krátce věnovat depresivní epizodě, manické epizodě a bipolární afektivní poruše.

Depresivní epizoda

U této poruchy můžeme pozorovat chorobnou smutnou náladu, pesimistické pohledy do budoucnosti či myšlenky na sebevraždu. Jedinec ztrácí zájmy, které ho dříve zajímaly a bavily, obviňuje sám sebe, má zpomalené myšlení a problémy s komunikací, které mohou vést až k sociální izolaci. Současně s depresí se může objevit i úzkost a strach. Může se nepříznivě projevit i na vzhledu člověka. Jelikož je často omezena mimika, výraz tváře bývá neurčitý a postoj člověka působí sevřeně. Bývá snížená chuť k jídlu, která je spojena s výrazným úbytkem tělesné váhy. Během deprese se objevují také poruchy spánku. Jestliže se jedná o mírnou depresivní fázi, člověk je většinou ještě schopen práce a sociálního života. Ve středně těžké depresivní fázi má už jedinec potíže se zvládnutím sociálního, pracovního či domácího fungování. U těžké depresivní fáze je buď přítomen psychomotorický útlum, nebo stísněnost, pocit viny, ztráta sebeúcty a sebevražedné tendence. U této fáze musí příznaky trvat alespoň 14 dní (Smolík, 2002; Orel, 2016).

Manická epizoda

Tato porucha se projevuje rozjařenou náladou, která neodpovídá aktuální situaci jedince. Lidé v manické epizodě se většinou cítí duševně i fyzicky výborně. Nepřipadají si nemocní a na upozornění, že jejich nálada není přiměřená, mohou reagovat podrážděně. Přítomna je zvýšená aktivita či motorický neklid. Jedinec ztrácí zábrany, a to může vést až k nevhodnému, nezodpovědnému až riskantnímu chování. Nadměrně hovoří, málo spí, jí nebo má zvýšenou sexuální aktivitu. Jen málo se vyskytují pouze manické epizody, většinou se jedná o bipolární poruchu (Hosák, 2015; Malá a Pavlovský, 2002). V mánii dochází také

ke změnám v myšlenkovém tempu, které je zrychlené až překotné. Řečový projev je také zrychlený, nabírá na hlasitost, je nápadný a často vzbuzuje pozornost ostatních lidí. Člověk v mánii má problém udržet pozornost a rychle přeskakuje z tématu na téma, bývá roztěkaný (Orel, 2016).

Bipolární afektivní porucha

„Bipolární porucha, dříve zvaná maniodepresivní psychóza, je onemocnění, kde se střídají depresivní epizody s manickými. Mohou končit remisí nebo mohou přejít do opačného pólu (deprese do mánie a naopak), avšak toto střídání je obvykle nepravidelné.“ (Malá a Pavlovský, 2002, s. 65)

V minulosti se této poruše říkalo maniodepresivita, maniomelancholie či cyklofrenie. Počátek nemoci začíná mezi 20. a 30. rokem života, ale nemusí tomu tak být vždy. Může se vyskytovat jak v dětství, tak v seniorském věku (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015). V dětském a adolescentním věku se často skrývá pod rouškou poruchy chování, problémů s výchovou, drzého či náladového chování. Ruku v ruce může jít s výbuchy úzkosti či zlosti (Látalová, 2010).

Podle Orla (2016) má deprese většinou pozvolný průběh a předchází jí různé prodromální příznaky jako únava, apatie, nerozhodnost, uzavřenost či poruchy spánku. Rozvíjí se po dobu několika dnů až týdnů. Na druhou stranu mánie se rozvíjí náhle, rychle a bez prodromálních příznaků. K rozvoji mánie může dojít během několika hodin. Bipolární afektivní porucha je přítomná po celý život pacienta. Až odezní manická či depresivní fáze nastává období remise, které však může být různě dlouhé.

2 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Tato kapitola slouží k objasnění pojmu sociální práce a její roli v životech osob s duševním onemocněním. Sociální pracovník je totiž často mezi prvními, kteří přichází do kontaktu a spolupráce s klientem s duševní poruchou, ať už je to během či po hospitalizaci. Domníváme se tedy, že role těchto pracovníků je v procesu zotavování klienta zásadní a může přispět k průběhu léčby. Nejen že tvoří část podpůrného systému klienta, ale často i celé jeho rodiny.

„Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je součástí intervencí, které mohou mít různý obsah i různé cíle – od obnovení stavu duševní rovnováhy až po oblast dlouhodobého léčení duševních poruch. Ačkoliv průběh duševních onemocnění může být významně ovlivněn sociálními faktory a závažně duševně nemocní potřebují více odborné i jiné pomoci, bývají neatraktivní terapeuticky a jsou objekty stigmatizace, jež se týká nejen této cílové skupiny, ale i profesionálů, kteří s nimi pracují.“ (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2005, s. 133)

Sociální práce s lidmi s duševní poruchou je stejně důležitá jako nemocniční psychiatrická a psychologická podpora, kterou poskytují lékaři a zdravotnický personál. Přímo totiž navazuje na nemocniční péči, která je ale většinou časově omezená. Pokud je to nutné, sociální práce pomáhá akurátně zvládat obtížnou životní situaci i trvale, tedy dokud se nevyřeší. Lidé s psychickými potížemi většinou potřebují od sociálního pracovníka cílenou pomoc, což mohou být informace v oblasti sociálního zabezpečení, občanského a rodinného práva či pomoc s problémy v těchto sférách a také specifické intervence jako poradenství a rodinná psychoterapie (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2005). Protože má duševní onemocnění negativní vliv na fungování člověka v mnoha jeho rovinách – sociální, pracovní i vztahové, tak musí být podpora a péče o tyto klienty komplexní.

2.1 Vymezení pojmu sociální práce

S pojmem sociální práce se pojí řada definic a výkladů tohoto oboru, většina si je podstatou velice podobná. V České republice je sociální práce ukotvena v legislativě, tedy v Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Ten vešel v platnost 1. 1. 2007. Zákon definuje některé pojmy z oblasti sociální práce, také různé formy poskytování pomoci v sociální oblasti a uvádí výčet orgánů působících v sociálních službách.

Matoušek (2007) definuje sociální práci jako společenskovední disciplínu, ale také jako praktickou činnost, jejímž cílem je odkrývání, vysvětlování, zmenšování a řešení

sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Dále se sociální práce zakládá jednak na poli společenské solidarity, ale také na ideálu naplňování individuálního lidského potenciálu.

Posláním sociální práce je poskytovat jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám sociální služby, které by měli pomoci klientům vyrovnat se s nezměnitelnými problémy, dále s problémy, které se dají vyřešit nebo případně přispět ke zlepšení situace tam, kde je možná úprava sociálních poměrů. Sociální práce vede dialog mezi tím, co chce společnost ve svých normách, a tím, co chce klient. Rozvíjení tohoto dialogu ke vzájemné spolupráci je tedy cílem sociální práce. (Mahrová a Venglářová, 2008)

Dle Gulové (2011) nejčastěji používané metody sociální práce jsou případová práce, poradenství, koordinace a mediace, supervize a na vyšších úrovních se jedná především o komunitní práci či práci se společenstvím.

2.2 Metody sociální práce

Podle Matouška (2005) existují tři základní metody sociální práce: individuální sociální práce, skupinová sociální práce a komunitní práce. Přidruženou metodou je pak týmová práce založená na práci multidisciplinárním týmu. Pro sociální práci s osobami s duševním onemocněním však doporučuje jako hlavní metodu individuální sociální práci. Níže popíšeme jednotlivé metody.

Individuální sociální práce

Za zakladatelku je považována Mary Richmond, která již v polovině 19. století kladla důraz na sociální vztahy jedince a na potřebu studia klientova prostředí. Za hlavní metody sociální práce uváděla intervenci do klientova prostředí – tedy nepřímá metoda a rozvoj pevného vztahu se sociálním pracovníkem, který má vést klienta k aktivitám a rozhodnutím – přímá metoda. Také uvádí, že individuální sociální práce je metodou sociální práce s jednotlivcem nebo rodinami, kteří potřebují podporu formou osobní, tedy té individuální pomoci. Jde o pomoc individualizovanou, čímž vyjadřujeme jedinečnost problému klienta (Mahrová a Venglářová, 2008).

Skupinová sociální práce

„Skupinová sociální práce je metoda sociální práce, která se snaží informovaným způsobem skrze záměrnou skupinovou zkušenost pomáhat jednotlivcům a skupinám

uspokojovat individuální i skupinové potřeby a ovlivňovat a měnit osobní a skupinové problémy a problémy organizací a komunit.“ (Matoušek, 2013)

Podle Mahrové a Venglářové (2008) je termín skupinová sociální práce metoda, která využívá skupinový proces jak k posílení sociálního fungování členů skupiny, tak i skupiny samotné. Zahrnuje hlavně vzdělávání, rekreační aktivity a sociální akci směřující ke komunitní změně.

Komunitní sociální práce

„Komunita je místo, kde člověk může získat emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě.“ (Hartl, 1997)

Pod pojmem komunitní sociální práce si můžeme představit přístup k lidem a proces, jak je aktivizovat tak, aby se postarali o řešení daného problému pomocí vlastních sil nebo také postup, jak vyřešit konkrétní problém. Komunitní práce se tedy používá pro řešení problémů a pro vytvoření změny v místním společenství a zapojuje do tohoto řešení a rozhodování komunity i její občany, místní organizace a instituce. Dále přerozděluje a sdílí zdroje, odpovědnost a kompetence. A hlavně rozšiřuje možnosti lidí ovlivnit co, jak žijí svůj život a co se s nimi děje. Je velice variabilní, jelikož každá situace či problém vyžaduje jiné řešení, které někdy může být nepřenositelné do jiných situací (Hartl, 1997).

Mahrová a Venglářová (2008) rozlišují komunitní práci na:

- Komunitní péči, která se zaměřuje na zlepšování sociálních sítí a dobrovolnických služeb.
- Komunitní organizaci, zaměřující se na zlepšení vztahů mezi organizacemi.
- Komunitní rozvoj, který vede k rozvoji dovedností a zvýšení kvality života.
- Sociální plánování, pro něž je typická analýza podmínek, stanovení cílů, příprava služby, shánění zdrojů a hodnocení programu.
- Komunitní vzdělávání, jehož cílem je vytvoření stabilnějšího vztahu mezi komunitou a vzděláváním.
- Komunitní akci, která se soustředí se na určitý konflikt na určitém území.
- Feministická komunitní práci, která zlepšuje podmínky a služby pro ženy.
- Antirasistická komunitní práci, zaměřující se na podporu etnických menšin.

2.3 Klient s duševním onemocněním v sociálních službách

Ne moc často se stává, že lidé s duševním onemocněním sami od sebe vyhledají sociální službu. Někteří potřebují pomoc, radu či doporučení někoho, koho znají a věří mu. Může se stát, že jsou ve stádiu popírání a nechtějí si problém připustit. Osobám s duševním onemocněním by měl být představen ucelený systém služeb. Úkolem sociálního pracovníka je tedy klienta do tohoto systému přivést. Člověk, který využívá sociální služby je v roli spolupracujícího a rovnocenného partnera právě sociálního pracovníka. Tohle pojetí vzájemného spolupracujícího vztahu je založeno na psychosociálním konceptu sociální práce, který znamená, že finální volba způsobu života záleží jen na klientovi a jeho rozhodnutí se také respektuje. Mohou ale nastat situace, kdy toto pojetí nejde naplnit, a to je někdy případ právě osob s duševním onemocněním, kdy jsou v roli pacientů či osob, které jsou nedobrovolně hospitalizováni. Jejich život může být natolik ohrožen onemocněním a ovlivňováno je nejen jeho zdraví, ale také jeho sociální fungování. Sociální pracovník by měl zachovávat spolupracující vztah s klientem, zaměřovat se na podporu jeho zdravého potenciálu a povzbuzovat ho k odpovědnosti za svá rozhodnutí. Může nastat situace, kdy se klient cítí pohodlněji a bezpečněji v méně odpovědné roli pacienta a zde i setrvává. V tomto setrvávání ho často podporuje i rodina, která ho tímto udržuje ve vztazích založených na závislosti. Je tedy důležité zapojit do procesu zotavování a spolupráce i toto blízké okolí, a tak dosahovat větší samostatnosti a zvyšování kompetencí klienta. Klientem není totiž pouze jedinec s duševním onemocněním, ale i jeho blízké vztahové okolí (Mahrová a Venglářová, 2008).

3 STIGMA A STIGMATIZACE

Slovo stigma pochází z řečtiny a doslova ho můžeme přeložit jako znak nebo stopu, která nese svědectví. V minulosti jsme mohli pozorovat, že pojem stigma bylo spojené většinou s tělesnými znaky, které byly volně viditelné a poukazovaly na něco neobvyklého, negativního či morálně špatného. V období křesťanství se toto slovo spojovalo hlavně s Kristovými ranami. V době honu na čarodějnice byla stigmata přisuzována zlu, což znamenalo, že jakékoliv znaménka či bradavice byla důkazem spolčení s ďáblem. Kromě tohoto se stigma používalo také na označení tělesných znaků způsobených onemocněním jako například lepra. Důvodem bylo to, že vždy existovalo něco, na základě čeho bylo potřebné označit lidi, které bylo nutné ze společnosti nějakým způsobem vyloučit. (Ocisková a Praško, 2015)

Anthony Giddens (1999, s. 174) považuje stigma za *„fyzickou či sociální vlastnost, která odlišuje jedince nebo skupinu od většiny populace a vyvolává u této většiny podezření nebo nepřátelské pocity“*.

Janoušková (2016) o stigmatu píše jako o procesu označování (*labellingu*), které souvisí se společenským vylučováním a odmítáním stigmatizovaného, s jeho vlastními pocity studu, které u stigmatizovaného vznikají z nepříznivého sociálního úsudku o společenské skupině či vlastní osobě. Tento úsudek vzniká tak, že společnost považuje určitý rys, související s identitou, vzhledem, jednáním nebo zdravotním stavem, za nenormální a legitimuje tak určité zvláštní jednání. Autorka také rozlišuje stigma od racionální ochrany společnosti. Upozorňuje, že stigma má iracionální základ a vede k diskriminaci, racionální ochrana společnosti však nikoliv. Pro případ stigmatizace si máme představit situaci, kdy je člověku trpícímu depresí odepřen vstup na palubu letadla, protože byl v minulosti hospitalizován pro psychiatrickou diagnózu, bere psychofarmaka a letecká společnost má iracionální obavy, že by mohl ohrozit spolucestující. Na druhou stranu příkladem racionální ochrany společnosti nabízí situaci, kdy je zcela zdravý lékař, který se vrací do České republiky z mise v Sierra Leone, podroben preventivní izolaci a sérii vyšetření, neboť aktuálně existuje vysoké riziko, že by mohl být nakažen ebolou (Janoušková et al., 2016).

3.1 Stigma podle Goffmana

Snad nejznámějším autorem, který se zabýval problematikou sociálního stigmatu, byl americký sociolog Erving Goffman. Ten popisuje stigma jako určitý atribut, který „diskredituje“ jeho nositele. Stigma podle Goffmana nemusí být ve své podstatě pozitivní

ani negativní, závisí vždy na sociálním kontextu, ve kterém se objevuje. Uvádí tři rozdílné typy stigmat a hovoří o „ošklivosti tělesné“, což znamená tělesné postižení, dále o „vadách charakteru“, které jsou vnímané jako slabá vůle, nepřírozené či dominantní vášně, falešná přesvědčení a nepoctivost. Zde uvádí autor například duševní poruchy, uvěznění, homosexualitu či nezaměstnanost. Jako třetí typ stigmatu uvádí „kmenové stigmata rasy, národa a náboženství“, kterým se mohou kontaminovat všichni členové rodiny, jelikož se šíří po rodových liniích. Zajímavé je také jeho chápání pojmu „normální lidská bytost“. Ten, jak Goffman (2003, s. 15) uvádí, je v životě často užíván a „vytváří základní soubor metafor, prostřednictvím kterých vnímá laická veřejnost sebe sama.“

Tvrdí, že postoje, které my jako ti „normální“ zaujímáme k osobám se stigmatem, jsou zcela jasné. Věříme, že osoba se stigmatem je něco méně než člověk. Různé formy diskriminace, které dále o tento náš závěr opíráme, mohou vést k nevědomému snižování životních šancí těchto osob. V překladu do běžného života to může vypadat tak, že bez toho, abychom se zamysleli nad jejich původním významem, používáme konkrétní stigmatizující výrazy jako mrzák, blázen či imbecil. Stigmatizovaný podle Goffmana vstupuje do interakce často s obavami z přisouzení negativní kategorie, avšak i přes přisouzení pozitivní kategorie může docházet u stigmatizovaného jedince ke strachu, že je majoritou posuzován pouze na základě stigmatu a ne toho, kým daný jedinec je. Jedinec tedy může zažívat pocit, že neví, co si o něm všichni ostatní ve skutečnosti myslí. Navíc se může dostávat do situací, kdy si bude muset dávat pozor na každé své slovo a vypočítavě myslet na to, jaký dojem na lidi udělá a podle toho se také chovat. Má tedy pocit, že je „pod lupou“. Jelikož je integrace oboustranný vztah, tak pokud majorita přisoudí stigmatizovaným negativní kategorii identity, nemusí poté chtít, aby se do společnosti začleňovali, a může je diskreditovat. To zároveň může ovlivnit i snahu stigmatizovaných o integraci do společnosti, jež mohou vnímat jako nemožnou, či se nemusí ani chtít do společnosti zařadit. Stigmatizovaný člověk může mít ale i sklon využívat svého stigmatu k získání „vedlejšího zisku“ či jako omluvu neúspěchů, co ho potkaly ze zcela jiných důvodů (Goffman, 2003; Praško, 2011).

3.2 Stigmatizace osob s duševním onemocněním

Stigmatizaci můžeme přeložit jako značkování, ocejchování, nálepkování. Představuje proces přidělení negativních stereotypů a předsudků osobě, která nosí odlišné, společensky netolerované atributy (Ocisková a Praško, 2015).

Jádro stigmatizace tkví v problematice znalostí (neznalosti), postojů (předsudků) a chování (diskriminace). Postoj se skládá z afektivních, kognitivních, hodnotících a konativních komponentů. Za důsledek stigmatizace se považuje diskriminace, která může ovlivňovat vnímání, přesvědčení, sebepojetí, prožívání a sebehodnotu jedince. Nedostatek informací a znalostí může vést k ignoraci problematiky duševních nemocí (van Zelst, 2009).

Důvody rozvoje stigmatu mohou být různé, ale mezi hlavní tři teorie rozvoje stigmatu se řadí tyto:

- Stigma existuje z toho důvodu, aby omlouvala současnou sociální nespravedlnost. Což znamená, že lidé mohou být přesvědčeni o tom, že osoby, které vstupují do kontaktu s psychiatrií, jsou méněcenné, a tak je jejich izolace opodstatněná.
- Stigma funguje jako podpora základních psychických potřeb člověka a to kvůli možnosti porovnávat svůj život se životem člověka s duševním onemocněním, a díky tomu se cítit lépe.
- Usnadňují vnější orientaci jedince, protože slouží k tvorbě mentálních zkratk, díky nimž si rychle vytváříme názor na lidi s duševní nemocí a zařazujeme je do kategorií, které potřebujeme (Ocisková a Praško, 2015).

Livingson a Boyd (2010) stigma rozdělují do tří skupin – sociální, strukturální a internalizované. Sociální stigma popisují jako stereotypní přístup, který zaujímá velké sociální skupiny ke skupinám stigmatizovaným. Strukturální stigma můžeme chápat jako negativní postoje a chování představitelů veřejných institucí (například ve zdravotnictví) a jejich zásad, pravidel a postupů. Omezují tak práva a příležitosti pro stigmatizované skupiny osob. Internalizované stigma je třífázový proces, během kterého stigmatizovaný člověk přijímá negativní stereotypy okolí o duševním onemocnění za své vlastní. Internalizovaným stigmatem se však budeme zabírat v další podkapitole.

"Stigmatizace osob s psychickou poruchou v sobě nese předpoklad o jejich morální slabosti, nebezpečnosti, kontaminaci a vině. Tyto postoje se opakují ve stereotypech, kterými jsou lidé s psychickou poruchou hodnoceni ve společnosti, v médiích a které odrážejí postoje k nim." (Ocisková a Praško, 2015, s. 21)

Stereotypy jsou ustálené a pasivně přijímané způsoby, jakým lidé kategorizují informace o skupinách lidí. Můžeme o nich hovořit jako o individuálním obrazu světa každého člověka. Stereotypy se rozdělují na heterostereotypy, což jsou představy a mínění, které mají zdraví lidé o těch druhých s duševním onemocněním a autostereotypy, co je

označení pro ty představy a mínění, které mají lidé s duševní nemocí o lidech s duševní nemocí. V naší společnosti je právě stereotyp člověka s duševním onemocněním jedním z nejtypičtějších. Představuje negativní vlastnosti a charakteristiky, které většinová společnost připisuje duševně nemocným lidem, například agresivita, neschopnost či nebezpečnost. Dopady na tohoto jedince však mohou být negativní i pozitivní. Pozitivním se myslí soucítění a ochrana jedince či kladení méně náročných nároků na jeho role a výkony v životě. Proces stereotypizace může probíhat bez záměrného vědomí. Stereotypy urychlují duševní zpracování a vybavování, které jsou základem okamžitého úsudku. Užívání stereotypů šetří čas a duševní zdroje. Stereotyp může v určitých situacích snadno přerůst v předsudek. (Ocisková a Praško, 2015).

O předsudku hovoříme v tom případě, když se ze stereotypu stane negativní a negativní pejorativní označení. **Předsudky** jsou bezdůvodné, zobecněné, negativně zabarvené postoje k sociální skupině, které nejsou opodstatněné. Charakterizují se předpojatostí a názorovou strnulostí, mají emočně nabitou komponentu. Předsudek lze definovat jako nekriticky přejatý úsudek a z něj plynoucí postoj (Hartl a Hartlová, 2010).

Nemoc klade na člověka s duševním onemocněním omezení, kterým je pak vystaven. Navíc nese i břímě sociálního hodnocení své nemoci. Toto sociální hodnocení přetrvává, má kořeny v kultuře a nerozlišuje mezi individuálními případy. Není důležitá vlastní zkušenost s jedincem, ale nahromaděné, sice výjimečné, ale pamětihodné zkušenosti, které jsou převedeny do obecného očekávání. Tímto způsobem pak vznikají metafory nemoci, které jsou nesené kulturním prostředky, jako jsou média či umělecká díla. V každodenním životě jsou pak upevňovány, ať už články v novinách či poznámkami a obraty řeči v běžné mluvě. Mluvíme o stereotypních předsudcích, které se podobají národnostním a etnickým stereotypům jako Italové jsou emotivní, Němci suše přesní. Nemocný člověk přitom nese takové předsudky často bez vlastního přičinění, stávají se navíc součástí jeho údělu a nemůžou se jich zbavit (Baudiš a Libiger, 2010).

Stigmatizovaní bývají odmítáni v běžných každodenních situacích, ať už jsou to rodinné a partnerské vztahy nebo oblast bydlení a zaměstnání. V **oblasti rodinné**, podle nás nejdůležitější, se můžeme setkat s tím, že rodina svého člena někdy od psychiatrické léčby odrazuje. Odmítá totiž, že je jejích člen „blázen“ a bojí se stigmatizace dotyčného i celé rodiny. Mají strach z „cejchu“ a „hanby“, která postihne celou rodinu a snaží se ho často přesvědčovat „aby se dal dohromady“ nebo v jiném extrému, aby zakryla jeho potíže, se snaží řešit jeho životní situace. Odmítají jak možnost léčby, tak někdy i samotné vyšetření.

To může vést k pozdní diagnóze, nekvalitní spolupráci s lékaři, přerušování léčby či nesouhlasu s hospitalizací. Když už člověk vstoupí do kontaktu s psychiatrií a je mu diagnostikována psychická porucha, přichází na řadu proces přijetí této reality, a to nejen pro něho samotného, ale právě i pro jeho rodinu. Zde se nám objevuje strach ze stigmatizace ze strany rodiny. Rodinní příslušníci na tuto novou skutečnost mohou reagovat různě, pro pacienta je však nejnáročnější odmítavá či kritická reakce jeho blízkých. Na druhou stranu ho ale také mohou litovat, vyřizovat mu náležitosti na úřadech, u lékaře nebo mu poskytují různé úlevy. Mnohdy si však neuvědomují, že toto chování obvykle posilňuje příznaky poruchy a vede k snížení kompetencí člověka a jeho zodpovědnosti se rozhodovat. Pro snižování stigmatizace v rodině existují psychoedukační programy pro příbuzné, kde je seznamují s příčinami psychických poruch a učí nestigmatizující komunikaci v rodině (Ocisková a Praško, 2015; Praško, 2011).

Stigmatizace vede člověka s duševní poruchou ke stresu, strachu a snižuje jim sebedůvěru. Snaží se vyrovnat se stigmatizací tím, že změní své sociální chování. To může znamenat, že omezí své dřívější sociální kontakty, komunikují s opatrností a mají tendence vyhledávat lidi podobně stigmatizované. To vede k **ovlivnění vztahů mezi přáteli a blízkým okolím**. Mívají zkušenosti s tím, že když dostanou nálepku – diagnózu, lidé se od nich začnou odvracet (Praško, 2011).

Může často **ovlivňovat i cestu k pomoci**. Obraz „psychiatrického pacienta“ je totiž pro jedince natolik stigmatizující, že raději odbornou pomoc nevyhledá nebo dává přednost somatickým odborníkům. Proto se část lidí s psychózou dostává k psychiatrovi pozdě, až v situaci, kdy je jejich chování nápadné a pro okolí ohrožující. Negativní nálepkou bývá označovaná i samotná psychiatrická léčba. U laiků i v dnešní době panují negativní názory na některé biologické způsoby léčby. Jen zmínka o elektrokonvulzích může vyvolávat obavy a strach. Lidé si myslí, že se jedná o barbarskou proceduru, ale pravdou je, že je to šetrná léčebná metoda. Dalším příkladem jsou psychofarmaka, ty podle mnohých člověka „oblubují“ či tlumí. Jakmile se jedinec ocitne a léčí na psychiatrii, často to pro něj znamená, že je zařazen do kategorie „duševně chorých“, čím laická veřejnost označuje ty nejzávažnější psychické poruchy. Nemůžeme se proto divit, že se lidé s duševním onemocněním tak obávají psychiatrické diagnózy. Bojí se základní reakce veřejnosti, a to sice odstup. Chování okolí k jedinci se automaticky mění a hrozí jeho vyčlenění ze společnosti. Laici se snaží jedince „pozorovat“, všímají si jeho vnějších projevů – pohybů, výrazů či řeči.

Značkovací proces začíná tím, že si všimnou, že se dotyčný chová „divně“ nebo „blázní“. Tohle může vést až ke stigmatizaci trvalé (Praško, 2011).

Stigma, které je spojeno s diagnózou, bývá v podstatě menší v těch případech, kdy nemocní nejsou zahrnuti pod široké označení schizofrenik, neurotik či hysterik, ale i astmatik a tuberák. Tito lidé bojují s předsudky nebo rychlými soudy častěji než lidé s depresí, frakturou nebo zápallem plic. Rozdíly mezi postavením lidí s tělesnou nemocí a lidí s duševní nemocí tu byly a stále jsou. Člověk s tělesnou nemocí má totiž většinou dobře ohraničený úbytek schopností, který je spojen s porušenou funkcí nějakého orgánu či orgánového systému. U člověka s nemocí duševní však toto ohraničení bývá méně viditelné a zřetelné. Pro lidi, kteří nejsou profesionálně trénováni, může být těžké pochopit, že lidé s duševním onemocněním nejsou vlastně až tak odlišní od zdravých lidí nebo lidí s tělesnou nemocí. Člověk s duševní nemocí se jim může jevit jako člověk s vadami povahy, neschopný či dokonce jako hlupák, který nedokáže rozpoznat skutečnou povahu dějů kolem sebe. Někteří dokonce stále ještě věří, že deprese či schizofrenie je nějaký trest či vyšší mocí napřažený prst, který ukazuje na člověka, který si svou nemoc zavinil svou špatnou péčí o dar duše (Baudiš a Libiger, 2010).

Podobný názor na rozdíly postavení lidí s tělesnou nemocí a lidí s duševní nemocí mají i Corrigan a Watson (2002), kteří podotýkají, že stigmatizace se rozhodně netýká pouze duševního onemocnění, nicméně duševní onemocnění je v současnosti vnímáno ve společnosti výrazně hůře než onemocnění tělesné. Lidem s duševní nemocí je, na rozdíl od lidí s tělesným onemocněním, připisována schopnost svou nemoc ovlivnit a bývají například často spojováni s kriminalitou, prostitucí či drogovou závislostí. Společnost má pocit, že dokáže projevy svého onemocnění kontrolovat, a tím pádem se stávají zodpovědnými za jakékoliv negativní následky. Ve spojitosti s duševním onemocněním se často také na straně zdravých členů společnosti objevuje hněv, v kontrastu k lítosti, kterou projevují při setkání s člověkem s tělesnou nemocí. Často také mají dojem, že pomoc a podpora, která se lidem s duševním onemocněním dostává je neodůvodněná, a nemocní si ji nezaslouží.

Heřt et al. (2018) upozorňují na to, že problém stigmatizace je jen jednou částí problému. Co je podle něj závažnější problém, je diskriminace, tedy chování, které lidem s duševní nemocí přímo upírá práva a má zcela konkrétní dopad na jejich život. Pro rozlišení pojmů uvádí jako příklad stigmatizace to, když někdo předpokládá, že člověk s duševním onemocněním není schopen pracovat. Kdybychom však mluvili o diskriminaci, máme na

mysli to, když zaměstnavatel nepřijme nebo propustí konkrétního člověka z důvodu toho, že má psychiatrickou diagnózu.

Je také potřeba rozlišovat stigmatizaci a reakci na neobvyklé chování. Měli bychom si podle nich položit otázku, zda není pohled veřejnosti na lidi s duševním onemocněním někdy oprávněný. Sice se nám to nemusí líbit a nemusíme to považovat za správné, ale lidé si často dělají úsudek na základě nějakých vnějších znaků, a to hlavně v případě, kdy potkají nějakého člověka náhodně, poprvé a naposled. Může se tak stát například v supermarketu či veřejné dopravě. V téhle situaci většinou hraje roli, jestli je například učesaný, kdy si naposledy vyměnil oblečení, jak udržuje oční kontakt, jak se orientuje v prostoru či jakým způsobem mluví. Naopak tady nehraje roli to, jaké jsou vnitřní povahové kvality člověka s duševním onemocněním nebo jaký životní příběh má za sebou.

„Duševní onemocnění je na člověku často nějakým způsobem poznat. Pak musíme ostře rozlišovat to, jaké prvky veřejného odmítnutí a stigmatizace jsou přirozené a dané jakousi pochopitelnou mezilidskou ekonomikou, a jaké jsou naopak nevlastní a ne zcela přirozené, tedy dané napojením na velké téma rituálně vyloučené osoby a stigmatu.“ (Heřt et al., 2018, str. 21)

Pro rozsáhlejší vysvětlení této tenké linie a konfliktu používají následující situaci. Představme si, že cizí ženu nějakým způsobem kontaktuje člověk s duševním onemocněním, jeho účelem navázání kontaktu je pokus o vztah s touto ženou. Předpokládejme, že muž pozve ženu v baru na drink, ta ho však poněkud nevhodně odmítne. Ženu napadne, že jde pravděpodobně o duševně nemocného. V tomto pomyslení je podle autorů ukryto dvojí odmítnutí, a to na jedné straně může pramenit z toho, že ho odmítla jako potenciálního partnera pro konverzaci ze svých osobních důvodů. Je totiž možné, že neměla chuť se s někým bavit, chtěla být sama, rozhodla se rychle, nemuselo se jí něco zdát a podobně. I kdyby se řídila jakýmkoli souborem vnějších znaků, musíme toto odmítnutí považovat za svým způsobem instinktivní. Všichni takové rychlé rozhodování v neznámých situacích děláme a pomáhá nám přežít ve společnosti. Naopak úplně odlišná může být druhá strana odmítnutí, která je vázána na stigma. Jak bylo uvedeno, žena si pomyslela, že se jedná od člověka s duševním onemocněním. Mohl se jí strachem sevřít žaludek, jelikož již předtím slyšela o těchto lidech a jak jsou agresivní a nebezpeční. Může v nešikovném pokusu duševně nemocného spatřovat například osobní ohrožení, a to jak ohrožení fyzické, tak i ohrožení svých hodnot a svého společenského statusu. V této poměrně hůře definované oblasti se můžeme oprávněně domnívat, že působí stigma, proti kterému je také oprávněně

bojovat. Nejedná se totiž už o osobní odmítnutí, ale o společenské odmítnutí, které je vázané na společenské normy, podle nichž je duševně nemocný rituálně vyloučenou osobou.

„Myslím, že musíme být ostražiti, když hodnotíme neobvyklé chování lidí s duševní nemocí. Jakkoliv se nám může zdát nestoudné, že existují lidé, kteří nemusí chodit do práce a sedí před domem a hlasitě hovoří, je potřeba nepřejímat podrážděnost veřejnosti, přinejmenším ne zcela. Není to sice standardní, ale není to ani protizákonné, ani nelidské, aby se člověk, který není součástí tzv. normální společnosti, také nějak projevoval a choval. Pokud člověk s duševním onemocněním ovšem porušuje jakási nepsaná pravidla, porušuje je jako člověk, a ne jako člověk s duševním s onemocněním.“ (Heřt et al., 2018, str. 21)

3.3 Sebestigmatizace osob s duševním onemocněním

Self-stigma je reakce, kterou jedinci otáčejí proti sobě, v důsledku toho, že jsou členy stigmatizované skupiny. Mnoho osob s duševní nemocí si je vědomo stereotypů a předsudků, které existují v jejich okolí, to ale automaticky neznamená, že s takovými názory či postoji musí souhlasit. U self-stigmatu je dominující jejich přijetí (Corrigan a Watson, 2002).

Stigmatizovaní lidé mohou reagovat na společenské předsudky různými způsoby. Uzavírají se do sebe, jsou pasivní a izolují se od společenského života. Mohou zapírat to, že patří ke stigmatizované skupině, mohou se začít chovat v kontextu sebenaplňujícího prorocství, agresivně se bránit nebo se snažit splynout s dominantní skupinou. Pocity rozpolcenosti mohou vést k sebestigmatizaci, tedy k souhlasu, přijetí a integraci negativních předsudků do vlastního sebepojetí. Sebestigmatizace může být spojená s pocity nenávisti vůči sobě. U duševně nemocných lidí se velmi často setkáváme se sociální izolací a pasivitou či utajením duševního onemocnění před společností (Mashiach-Eizenberg et al., 2013).

Jak už bylo zmíněno, Livingston a Boyd (2010) hovoří o internalizovaném stigmatu jako o třífázovém procesu, kdy stigmatizovaný člověk přijímá negativní stereotypy okolí o duševním onemocnění za své vlastní. V první fázi jedinec není přijímán společností, setkává se se sníženým zájmem okolí a uvědomuje si, že není pro společnost rovnocenným partnerem. Jakmile si to uvědomí, začíná se stereotypem souhlasit. Posledním krokem je, že souhlasí s těmito tvrzeními a aplikuje je sám na sebe. Stejně vnímá sebestigmatizaci i Heřt et al. (2016), kteří tvrdí, že představuje to, jak osoba vnímá samu sebe jako stigmatizovanou a jak moc internalizuje negativní postoje okolí a také jak moc přijímá stereotypy veřejnosti. Corrigan, Rafacz a Rüsche (2011) uvádí, že proces internalizace stigmatu začíná, když si jedinec všimne nápadného chování ze strany druhých. Sám si uvědomuje předsudky a začíná

věřit tomu, že postoje a názory okolí vůči lidem s duševním onemocněním jsou opodstatněné.

Do procesu sebestigmatizace zasahují předsudky vůči lidem s duševním onemocněním, kvůli kterým pak lidé s tímto problémem automaticky očekávají odmítnutí od druhých, pociťují stud za svou nemoc a také dochází k větší sebekritice a sociální izolaci. V tomto procesu dochází k tomu, že osobnostní rysy dříve tvořící jádro člověka začínají ustupovat do pozadí a více zde figurují rysy stereotypní, které byly lidem s duševním onemocněním připsány okolím. Tyto stereotypní rysy pak začínají dominovat v sebepojetí jedince a jeho chování se mění a podobá se tomu, co se stereotypně očekává od duševně nemocného. Internalizace stigmatu poté vede ke ztrátě sebedůvěry, pochybnostem o zvládnutelnosti života a jeho smysluplnosti a zapojování se do společnosti. V pracovním světě to například vede k poklesu sebeúcty („Nejsem hoden pracovat na tak dobrém místě“) a poklesu sebedůvěry („Na takovou práci nestačím“).

Sebestigmatizace predikovala depresi, snížené sebevědomí, zhoršené sociální fungování, nižší kvalitu života, horší uzdravení a spolupráci při léčbě a také méně naděje a podpory. Dokonce asi třetina až polovina lidí s duševním onemocněním se stydí za svou nemoc a prožívají odcizení jakožto nejčastější aspekt sebestigmatizace (Gerlinger et al, 2013; Ocisková a Praško, 2015; Corrigan, Rafacz a Rüsche, 2011; Pryor a Bos, 2014).

3.4 Destigmatizace

Stigmatizace je velkým problémem a zatížením pro pacienta, můžeme pozorovat snahu o vytváření destigmatizačních programů, které by pomohly společnosti změnit názor na duševně nemocné. Mají za cíl snížit dopad stigmatizace a diskriminace na kvalitu života duševně nemocných i jejich příbuzných. Postoje laické veřejnosti k duševnímu onemocnění se v čase proměňují. Stigmatizace je sice stále přítomná, ale v menší míře v porovnání s tím, jak tomu bylo v dávné minulosti. Jsme toho názoru, že destigmatizační projekty mají smysl.

Destigmatizace je reakcí na stigmatizaci a je nedílnou součástí vytváření prostředí a podmínek pro zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Destigmatizace neboli snižování stigmatu v dnešní době může mít řadu forem. Jde o to, aby pacient znovu nabyl ztracené sebedůvěry, nebyl izolován, ať už záměrně sebe samým či okolím a byl na něj přehodnocen názor a jednalo se s ním bez předsudků (Ocisková a Praško, 2015).

Mezi způsoby, jak se dá stigma snižovat, patří cílené intervence, které se mohou zaměřovat na určitou úzce vymezenou část, nebo na všeobecnou populaci. Jako rozsáhlá kampaň, která se zaobírala intervencí obou výše zmíněných částí je například ta v Británii s názvem *Time to Change*. Byla vyhodnocena jako nejen účinná, ale také ekonomicky efektivní. Jako diskutabilní otázka je ta ohledně těchto intervencí ta, jestli by pomohla k destigmatizaci i změna terminologie, která se používá k označení duševních nemocí. Jako příklad se uvádí jiný název pro schizofrenii.

Destigmatizačními aktivitami se v České republice zabývá značné množství organizací, převážně poskytovatelů sociálních služeb a nestátních neziskových organizací (viz dále). Co se týče tuzemských **intervencí pro širokou veřejnost**, ty jsou převážně realizovány ve formě kulturních akcí, jako jsou festivaly, vernisáže či koncerty. Často bývají doplněny **intervencemi vzdělávacími**, tedy přednáškami a besedami s odborníky, vydáváním odborných publikací, promítáním dokumentů či destigmatizačních videospotů. Radíme zde i širší mediální kampaně v televizi a rádiu, billboardy či webové stránky, které obsahují informace o duševních nemocech, příběhy lidí s duševním onemocněním, různé diskuze či anonymní poradny. **Intervence cílené na blízké okolí osob s duševním onemocněním** jsou velice důležité, protože právě tyto osoby jsou pro zotavení zásadní. Navíc mohou být vystaveni také stigmatizaci ze strany okolí. V rámci těchto programů je podstatou edukace, a to jak ve formě různých přednášek nebo informačních materiálů, tak i peer konzultacemi, které poskytují lidé s přímou zkušeností s duševní nemocí. Spadají sem i stáže v českých i zahraničních týmech podpůrných organizací. **Intervence cílené na snižování self-stigma u lidí s duševním onemocněním** se snaží poskytovat lidem s duševní nemocí informace o různých cestách podpory a pomoci prostřednictvím podpůrných skupin a možnostech zotavení. Jsou organizovány semináře, přednášky a vyrábějí se informační brožury. Mezi takové projekty patří například *Nepozorní*, v rámci kterého byl natočen i dokumentární film, jehož účelem je motivovat dospělé s ADHD, aby vyhledali odbornou pomoc. Zajímavou kategorií jsou **kombinované intervence, které cílí na studenty základních, středních a vysokých škol či na mladší generace**. Zde patří přednášky, které jsou zaměřené na vzdělávání studentů či přednášky, které mají za cíl destigmatizaci i podporu studentů s duševním onemocněním. Atraktivním způsobem, jak zaujat mladou populaci je i projekt *Nevypusť duši* a to z toho důvodu, že se snaží šířit osvětu o duševním onemocněním přes sociální sítě a to krátkými videi, zprávami nebo meme. **Intervence, které cílí na pracovníky veřejné správy**, je obzvlášť věnována sociálním pracovníkům. Spadají

sem kurzy, které se zaměřují na vzdělávání v oblasti duševního zdraví a praktické komunikační dovednosti v kontaktu s lidmi s duševním onemocněním. V letech 2013 a 2014 probíhal destigmatizační program *Čistá duše*, který patří mezi **intervence cílené na zaměstnavatele**. Ti byli oslovováni přes různé informační materiály, které obsahovaly nabídky konkrétních lidí s duševním onemocněním a jejich schopnosti, dále také zkušenosti zaměstnavatelů se zaměstnáváním lidí s duševní nemocí. Tento projekt zorganizoval také tzv. zodpovědné snídaně, které tímto vytvořily prostor, kde si zaměstnavatelé a potenciální zaměstnavatelé mohli vyměňovat poznatky a zkušenosti se zaměstnáváním lidí s duševní nemocí. Další zajímavou formu intervence představují například projekty *Na vlastní kůži* či *LARP – Asylum*, kde si účastníci můžou prostřednictvím hraní rolí vyzkoušet, jaké to je být hospitalizován na psychiatrii (Janoušková et al., 2016).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem této bakalářské práce je **zjistit, zda a v jakých oblastech života se lidé s duševním onemocněním setkali se stigmatizací.**

Obsahem této empirické části práce bude odpovědět na výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka zní:

- V jakých oblastech života lidé s duševním onemocněním zažili stigmatizaci?

Abychom byli schopni nalézt odpovědi vztahující se k našemu výzkumnému záměru, stanovili jsme hlavní výzkumnou otázku následujícími doplňujícími vedlejšími výzkumnými otázkami:

- **1 DVO** „Jakým způsobem se cítí být vnímán člověk s duševním onemocněním ze strany rodiny?“
- **2 DVO** „Jakým způsobem se cítí být vnímán člověk s duševním onemocněním ze strany přátel a blízkého okolí?“
- **3 DVO** „Jakým způsobem se cítí být vnímán člověk s duševním onemocněním ze strany partnera?“
- **4 DVO** „Jakým způsobem se cítí být vnímán člověk s duševním onemocněním v oblasti zaměstnání?“

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC

Vzhledem k našemu ústřednímu tématu, které se týká stigmatizace, jsme zvolili kvalitativní výzkum. Díky kvalitativnímu výzkumu dochází totiž k lepšímu pochopení dané problematiky a participanti mohou vyjádřit svůj názor. Nutno dodat, že je kvalitativní výzkum v rámci této problematiky zcela vhodnější než výzkum kvantitativní, jelikož získává o daném jevu více detailní a komplexní informace, které se kvantitativní výzkumnou strategií získávají jen obtížně (Strauss a Corbinová, 1999).

Kvalitativní výzkum definuje Hendl (2016, s. 46) jako „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního, nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“

5.1 Metoda sběru dat

Výzkum byl proveden pomocí metody rozhovoru. Jedná se o nejčastěji používanou metodu v rámci sběru údajů v kvalitativním výzkumu. Cílem rozhovoru je pochopit chování nebo jednání, kterým zmínění členové disponují (Švaříček a Šedřová, 2007). Zvolili jsme polostrukturovaný typ rozhovoru, který není svazující předem daným zněním otázek, ale zároveň zajišťuje, aby byla zmíněna všechna plánovaná témata. Přináší tak možnost individuálního přístupu, ale zároveň jistotu a relativně snadnou práci se získanými daty. (Hendl, 2005)

Miovský (2006) označuje polostrukturovaný rozhovor za jeden z nejrozšířenějších. Varuje před náročností jeho přípravy, ale zároveň ho označuje za výhodný, protože udržuje osu a zachovává volnost pro pokládání doplňujících otázek. Na pevné jádro se nabalují doplňující otázky, které tazatel uzná za vhodné.

Předem byly připraveny otázky, které souvisely s výzkumným cílem. Pro lepší pochopení jsme se následovně ptali na diagnózu nemoci a její okolnosti. Další oblast otázek jsme zaměřili na tázání se toho, kdo o nemoci v jeho okolí ví a jak participant vnímá přístup těchto lidí k němu samému. Konkrétně jsme se také ptali, jakou roli hrála nemoc v partnerských vztazích či v oblasti zaměstnání. Participantů jsme se také tázali, co si představí pod pojmem stigmatizace a co si podle nich myslí společnost a média o lidech s duševním onemocněním. Na závěr jsme se ptali na osobní zkušenosti s předsudky. Během rozhovoru jsme použili sondáž, která „*slouží k prohloubení odpovědí v určitém směru*“

(Hendl, 2008). V praxi to znamenalo to, že jsme kladli doplňující otázky týkající se tématu, o kterém participant zrovna mluvil, a zjišťovali tím další skutečnosti, které jsme považovali za důležité v kontextu rozhovoru a které vedly k výzkumnému cíli. Pořadí jednotlivých tazatelských otázek se někdy měnilo, a to v závislosti na reakcích informantů. Bylo tomu tak z důvodu toho, aby byla maximalizována výtěžnost rozhovorů (Miovský, 2006). Samotný průběh rozhovorů byl vzhledem k dotazované skupině velmi individuální a odpovídá tomu i výsledný rozsah jednotlivých rozhovorů. Někteří z participantů byli sdílnější a nečinilo jim velké obtíže o na daných tématech hovořit, u jiných převládala nervozita nebo odpovídali velmi stručně. Průměrná délka rozhovorů byla 26 minut.

5.2 Výzkumný vzorek a způsob výběru výzkumného vzorku

Pro výběr zkoumaného souboru jsme použili metodu záměrného výběru přes instituce, která se v kvalitativním výzkumu často využívá. Při této metodě využíváme určitý typ služeb, určené pro cílovou skupinu, která nás ve výzkumu zajímá (Miovský, 2006).

Výsledný výzkumný soubor se skládá z 10 participantů, jedná se o sedm žen a tři muže ve věkovém rozpětí 20 až 60 let. Všechny osoby jsou ze tří sociálních služeb na Moravě, kde byla absolvována praxe. Vybírání participantů probíhalo až po minimálně týdnu na praxi, kdy se vytvořila alespoň základní důvěra mezi praktikantem a klienty. Bylo osloveno 11 osob, z nichž 10 souhlasilo s rozhovorem.

Následující tabulka slouží ke krátkému představení participantů. Z důvodu ochrany osobních údajů a zveřejňování soukromí klientů, jsou uvedena jména fiktivní.

Participant	Věk	Duševní nemoc
Nina	20 let	schizotypální porucha
Ágnes	27 let	paranoidní schizofrenie
Vilma	60 let	paranoidní schizofrenie
Patrik	28 let	schizoafektivní porucha
Klaudie	56 let	paranoidní schizofrenie
Rudolf	48 let	paranoidní schizofrenie
Světlana	30 let	paranoidní schizofrenie
Běla	33 let	paranoidní schizofrenie
Miloš	50 let	paranoidní schizofrenie
Lýdie	31 let	schizoafektivní porucha

Tabulka 1 - Výzkumný vzorek

5.3 Sběr dat a etika výzkumu

Před oslovením participantů o rozhovor bylo výzkumné šetření konzultováno s vedením jednotlivých sociálních služeb. U všech jsme se setkali s podporou a byly podepsány žádosti o provedení výzkumu. Každé zařízení nabídlo místnost pro uskutečnění rozhovoru. Jsme si vědomi citlivosti dané problematiky, o které výzkum pojednává, proto oslovování participantů probíhalo individuálně. Krátce bylo každému vysvětleno, o čem výzkum pojednává, byly informováni, že se rozhovor nahrává a bylo zdůrazněno, že vše je založeno na dobrovolnosti a anonymitě. Současně bylo sděleno, že pokud by byla dotyčnému některá otázka nepříjemná, nemusí na ni odpovídat a že rozhovor můžeme kdykoliv ukončit. Vyslovený souhlas participantů je zaznamenán v každé nahrávce rozhovoru. Devět osob souhlasilo s uskutečněním rozhovoru v nabídnuté místnosti daného zařízení, s jedním participantem byl domluven rozhovor v kavárně, kterou si vybral. Sběr dat probíhal od začátku listopadu 2019 do konce února 2020.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Prvním krokem zpracovávání získaných dat bylo přepsání nahraných rozhovorů do písemné formy, přičemž přepis rozhovorů je doslovný. Poté jsme text kódovali metodou otevřeného kódování, kterou Strauss a Corbinová (1999, s. 43) popisují jako „část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly a také jsou kladeny otázky o jevech údají reprezentovaných.“ Kódování probíhalo v textovém procesoru Microsoft Word za pomoci vložených komentářů. Hledali jsme určité prvky, které se shodovaly v odpovědích respondentů a které jsme barevně odlišili, abychom se v nich lépe orientovali. Všechny rozhovory byly několikrát pečlivě přečteny a prostudovány, poté rozčleněny na společné části. Tímto postupem vzniklo sedm kategorií: Rodina, Přátelé a blízké okolí, Partneři, Trh práce, Veřejnost a média, Sebepojetí, Stigmatizace. Porovnáním jednotlivých výpovědí v kategoriích jsou zjišťovány podobnosti a rozdíly.

6.1 Rodina

Do této kategorie patří oblasti reakce rodiny na jedincovo duševní onemocnění a přístup rodiny k nim samotným.

Nina uvádí, že prvotní reakcí rodiny na její nemoc byl šok. „...rodiče to jako docela dost vzalo, protože moje mamka jako vůbec nevěděla, co má dělat. Nikdy se s tímto nesetkala a taťka jako taky prostě byl jako z toho špatnej, že prostě něco takovýho mám, že s něčím takovým se potýkám..“ Poté ale následovala podpora rodiny, kterou vnímá jako silnou. „No a vlastně teďka oni to zvládají úplně dokonale. Oni prostě ví v každé situaci, co dělat, hlídají mi prášky kdy si je mám brát..“ Všimá si také rozdílu přístupu k nemoci u rodičů a u svého bratra. Zatímco rodiče vnímají její disociativní křeče velice vážně a jako něco, čeho je potřeba se zbavit, bratr se na její potíže snaží nahlížet s humorem. „...když mám záchvat a ten potom skončí, naši se mě snaží uklidnit a třeba když je tam brácha, tak ten dojde a dělá si srandu, že jsem byla, jako kdyby ze mě vymítali d'ábla a tak, ale on to jako nemyslí zle. On se mě snaží uvolnit, abych jako si z toho udělala jako taky takovou srandu.“

Šok prožívala i rodina **Ágnes**, která se se svými psychickými problémy jako první svěřila bratrovi. „Nechápali, jak jsem se do toho mohla vůbec dostat jo. Že prostě takový člověk jako já, že prostě jsem nepila, nekouřila, nebrala drogy jo a prostě, že prostě jsem se tak vyčerpala, že prostě jsem skončila v léčebně no.“ Vztahy v rodině popisuje jako

nefungující, matka se o ni nebyla schopna postarat. „...než jí došlo, že má udělat tam to a ono, jako sebrat se, jet tam za mnou, říct o tom někomu dalšímu, tak to prostě trvalo čtrnáct dní.“ Oporu našla až v rodinné známé, která za ní do psychiatrické nemocnice jezdila a ujala se jí i po propuštění.

V životě **Vilmy** hrála její rodina velmi významnou podpůrnou roli už při její první hospitalizaci v psychiatrické léčebně. V cizím světě pro ni byli jedinými lidmi, kterým důvěřovala. Vzpomíná, jak se před skoro před třiceti lety setkala s pochopením vůči ní a jejímu onemocnění. „Brácha se mě snažil pomoci, ten jako- on si o tom aj přečetl.. jezdil aj k různým takovým těm psycho- léčitelům.. Takže se snažil. Dokonce mně koupil psa, jakože aby to bylo lepší. Jakože zvířátko prostě, abych se o něco starala.“

Patrik hovoří o své rodině a její roli v jeho životě s nemocí z větší části pozitivně, vnímá je jako oporu v těžkých chvílích. Rodiče k němu neotočili zády a vztah s nevlastními sestrami se více posílil. „...já si myslím, že to přijaly docela dobře, že jsme pochopili, že se navzájem jako potřebujem.“. Osoba, která nemoc dodnes nepřijala je jeho bratr, který nechtěl dopustit, aby Patrik nadále bydlel s matkou, a tak mu poskytl byt, ve kterém je sám. „Protože si myslel, že bych mamku ohrožoval nebo byl nebezpečný nebo by ta péče o mě vedla jako u mamky k nějakým špatným koncům.“ Na otázku, jestli si myslí, že jeho jednání bylo oprávněné, odpověděl: „...myslím, že trošku ne, protože přece jenom ten rozsudek dal sám on, ačkoliv žádné takové zkušenosti nebyly..“

Klaudie svou biologickou rodinu nikdy nepoznala a o vztahu s adoptivní matkou hovoří jako o velmi špatném, ten se s příchodem nemoci ještě zhoršil. Vnímala od ní odstup a dodnes jí vyčítá, že ji zanechala v psychiatrické nemocnici a od té doby o ni neměla zájem. „...ona opravdu byla šťastná, když jsem nemusela být doma.“ Kromě adoptivní matky nemá Klaudie žádné příbuzné.

Negativní změnu přístupu vnímal ze strany své rodiny také **Rudolf**, který hovoří hlavně o jejich strachu a obavách s ním být. Nemoc podle něho nikdy nepřijali a často se k němu chovají nepřiměřeně. „...předhazují mě jak když tu nemoc jako, neuznávají mně, jako že su jako nemocný.“ Někdy si myslí, že rodina jeho nemoc zlehčuje a má na něho příliš vysoké nároky, které není schopný splnit. Jako příklad uvádí práce na střeše, které po něm rodina požaduje. Domnívá se, že nechápou důsledky jeho nemoci a medikamentace. „já jsem ovlivněn těma lékama.. takže já mám obavy z toho, že bych jako spadl jako ze střechy..“

Světлана o své nemoci ví teprve rok a zatím o ní řekla jenom matce, u které vnímá změnu chování k lepšímu. Jejich vztah to spíše posílilo. Změnu ale zaznamenala až po přednášce o duševních poruchách, která se v rámci sociální služby pořádala a kde se její matka dozvěděla o nemoci více informací. *„...začala si mě jak kdyby víc všímat nebo tak jakože, prostě jak bych to řekla- měla ten soucit víc nebo něco tak. Jakože byla jiná prostě, že už něco nad tím přemýšlela a pak si prostě uvědomila, že asi mám nějaký problém..“* Vyjadřuje ale obavu informovat o své nemoci sestru, u které by se pravděpodobně setkala s odsouzením. *„...myslím, že takové lidi nechápe, takže té bych to určitě neříkala.“* Popisuje jejich vztah jako ne moc idylický, je ale přesvědčena o tom, že by se tímto zhoršil. *„Že mě určitě odsoudí a nebo, že to prostě nepochopí, že to nebude chápat, že se na mě bude dívat úplně jinak, než se třeba dívala dřív, když mě znala. Tak kdyby to věděla, tak už by se na mě dívala úplně jinýma očima.“*

O tom, že má psychické potíže řekla **Běla** své rodině až dva dny předtím, než měla nastoupit do psychiatrické nemocnice, kde měla více jak měsíc domluvený pobyt. *„Když jsem chodívala k tom psychiatrovi na kontroly, tak jsem si to dávala tak, abych nezmeškala ve škole a aby to nevěděli naši.“* Nechtěla rodiče zatěžovat svými problémy a snažila se vše vyřešit sama. Bylo to velice náročné období pro ni i celou rodinu. *„Mamka byla našťvaná, protože jsem vlastně nic neřekla, smutná z toho, že jsem nemocná, protože u nás je- jako nikdo s tou nemocí neměl žádnou zkušenost, nikdo nic nevěděl.“* Po prvotním šoku ale přišla podpora a pochopení.

S porozuměním se u své rodiny setkal také **Miloš**, který ale tvrdí, že je nechtěl svými potížemi zatěžovat. *„...já jsem je tím nezatěžoval a oni prostě mě brali normálně, takže většinou kladná než nějaká záporná prostě.“* Vztahy se jeho nemocí nijak neovlivnily a Miloš hovoří o své rodině velice pozitivně. *„Taková prostě výborná rodina, oni mě chápou. Dokážou mě pochopit prostě. Takoví fajn lidi no.“* Uvádí, jak pro něho je důležité, že rodina ho vnímá stále tak jako dřív a že se k němu chovají „normálně“. *„V podstatě jsem nebyl na to sám, i když jsem je nezatěžoval, tak jsem nebyl na to sám, protože oni se ke mně chovali normálně.“*

Rodina **Lýdie** se jí snažila už od zjištění diagnózy porozumět a podpořit. *„Snažili se to pochopit, snažili se v té směti informací najít to gró.“* Zvláště ve své matce vidí Lýdie podpurný systém, jelikož také navštěvuje psychiatra. *„...jsme si všichni bližší, že se více trošku babráme v těch emocích a v těchto věcech.“*

6.2 Přátelé a blízké okolí

Do této kategorie patří reakce přátel a blízkého okolí na nemoc a jejich přístup k nim.

Pro **Ninu** jsou přátelské vztahy důležité, protože první osoba, které se svěřila se svými psychickými potížemi a sebepoškozováním, byla její nejlepší kamarádka. „...*my jsme si tehdy říkaly všechno a já jsem vlastně cítila, že v ní můžu mít oporu.*“ I zde uvádí, že se setkala s podporou. „*Tak kamarádka se mi snažila pomoci, ta vlastně se snažila mi domluvit, že to nemá cenu, ať prostě přestanu a tak.*“ Podporu, kterou Nina podle svých slov nečekala, byla ta od spolužáků. Popisuje incident, kdy pro ni do školy musela přijet záchranná služba a reakci spolužáků. „...*překvapilo mě, jak všichni byli prostě tolerantní, že mě netlačili, vlastně nevyptávali se jako, co to bylo a tak, že prostě čekali, až sama něco řeknu. Tak to se mě třeba na třídě líbilo, že jako byla taková tolerantní vůči tomu.*“

Při své hospitalizaci si **Ágnes** nejvíce vážila podpory přátel. Vzpomíná na jejich dvě různé reakce, které podle ní záleží na tom, jak se člověk individuálně srovnává se životními změnami. „...*někdo se s těma změnama vyrovnává těžko, zasáhne ho to. Jakože prostě je víc empatický, ale bere si to moc jako k sobě a někdo je třeba i empatický a tolik si to k sobě nebere a dokáže být hodně nad věcí, jo.*“ V těžkých chvílích jí pomáhal postoj druhý, který je založen na tom, najít v náročné situaci to pozitivní. Nejhůře snášela změnu přístupu některých přátel k ní samotné a lítost, kterou od nich pociťovala. „*mě to hodně povzbuzovalo, že přijeli. To jako převažovalo, ale jako zároveň tam bylo i ten stín toho, že prostě- že to jako- že rozhodně už nejsem tím člověkem, co jsem bývala, jo. Takže jsem se hodně změnila, že mě nepoznávají.*“

Přístup přátel **Vilmy** se příchodem nemoci nijak nezměnil a v jejich chování nezaznamenala žádnou změnu. „...*brali mě dobře jako. Všecko u nich bylo v pořádku.*“

Jinou situaci zažil **Patrik**, ten se setkal u svého dlouholetého kamaráda s nepochopením, které trvá dodnes. Jeho kamarád nesouhlasí s tím, že Patrik pobírá invalidní důchod. Jeho předpojatost pramení z toho, že Patrikovu duševní nemoc srovnává se somatickou nemocí své matky, která má také invalidní důchod. „...*Proč mám, v úvozovkách, stejné peníze jako ona, když mám méně závažné onemocnění.*“ Jejich přátelství stále trvá, ale Patrikovi je důchod stále vyčítán a připomínán, má neustálý pocit, že musí sám sebe bránit. „*Jako, že se pořád musím obhajovat vlastně něco, za co já nemůžu a že vlastně on ani vlastně nemůžu ho přesvědčit já, ale musí se přesvědčit on sám. O tom, že jsem jiný.*“

Klaudie byla kvůli nálepce psychicky léčeného člověka vyloučena z okruhu spolužáků, kteří jí dávali najevo, že mezi ně nepatří. „*Tam už je ten odstup, a když se to už dostane- i spolužáci dozví, že jste psychicky léčena, tak oni vás do kolektivu nevezmou.*“ I když se snažila navazovat přátelské vztahy, nikdy se necítila, že by ji mezi sebe přijmuli. „*Pozdravila jste, nikdo vám neodpověděl. Chtěla jste se bavit, všichni se točili zády nebo odcházeli.*“

Světlana o své nemoci ještě nikoho kromě své matky neinformovala, přátele má však v sociální službě, kterou navštěvuje.

Když **Běla** onemocněla, tak se o svém onemocnění jako první svěřila učitelům ve škole, jelikož chodila do zdravotnické školy, cítila, že lékařský personál, co tam pracoval, vůči ní nebude mít žádné předsudky. Popisuje, jak byli k ní vstřícní, a přiznává, že jí dávali úlevy. „*Ano, cítila jsem tam tu podporu, že mi prostě ještě dali jeden termín nebo mi řekli- no protože ta práce není úplně tak úžasná, ale my ti tu známku dáme.*“ V kolektivu třídy se Běla moc dobře necítila. Kvůli nemoci byla totiž nesoustředěná a unavená, což vedlo k postupnému zhoršování známek a tím i průměru celé třídy. „*...už potom byla ta třída na mě našťavaná jo, že jim kazím průměr, že prostě tam nestíhám, že jim prostě kazím praxi, že vlastně tam dělám všude samé zmatky. Takže to na mě byli dost nabroušení.*“ Když ale po letech potkala jednu ze spolužaček, která si ve škole od ní kvůli její nemoci držela odstup a často ji „*pérovala*“, měla nyní odlišný názor a to díky její zkušenosti s členem rodiny, který byl také v psychiatrické nemocnici „*...ten její pohled byl prostě úplně jiný na tady toto.*“

Miloš uvádí, že jeho vztah s kamarády se nemocí nijak nezměnil. „*Ti se ke mně chovali jako k normálnímu člověku.*“

Pro **Lýdii** bylo těžké se o své situaci svěřit přátelům, nebyla si jistá, jak zareagují. „*Měla jsem z toho obavy, jako opravdu prostě si v léčebně, máš co dělat sama ze sebou a naráz máš prostě říct.. co máš říct těm kámošům jo?*“ Když svůj strach ale překonala, setkala se s pozitivní reakcí a pochopením. „*...kámoška mě řekla: „jo ty si jako nemocná, ale já sem potřebovala psychiatra, taky jsem potřebovala jeho rady, jeho návštěvu“.*“

6.3 Partneři

Do této kategorie patří reakce partnerů na nemoc a jejich přístup k participantovi.

V rámci partnerských vztahů **Nina** uvádí, že zatím moc štěstí na vztahy neměla, a když už vztah navázala, netrval moc dlouho. Myslí si, že není vhodné spěchat s informováním

potencionálního partnera o své nemoci a že to chce čas. *„...já to nikdy moc neříkám, protože je to takový.. není to úplně něco co bys všude rozhlašovala.“* *„...když už s tím člověkem se sblížíš a jako vypadá to, že byste spolu jako mohli nějak trávit hodně času a jako soužití a tak.. Tak chceš, aby to ten člověk věděl a aby si mohl vybrat, jako jestli to zvládne nebo ne.“* Když se svěřila partnerovi, se kterým byla nejdéle, vnímala jistou podporu a snahu si o nemoci něco vyhledat, ona se však za své příznaky nemoci styděla. Když cítila, že přichází disociativní křeče, snažila se o to, aby u toho její partner nebyl a neviděl to. *„...protože prostě v té chvíli seš taková prostě fakt zranitelná a nechceš, aby to někdo viděl, takže jsem třeba mu řekla, že ať jde do jiného pokoje, že prostě cítím, že na mě něco jde a nechci, aby to viděl.“*

Ágnes si význam partnerského vztahu uvědomila až po diagnóze své nemoci, která ji i společně s přibývajícím věkem donutila k přemýšlení nad životem. Když si partnera ale našla, měla obavy mu o svém onemocnění říct a jeho následnou reakci popisuje jako negativní. *„...hrozně mi vyčítal, že jako se přes to nedokážu nějakým způsobem přenést, že už to přece bylo a že už to jakoby není, že já se k tomu jako vracím nebo říkám, že prostě se nechci zbláznit a takové věci a mu to hrozně vadilo.“* Ve vztahu panovali výčitky a útoky na důsledky její medikamentace. *„...že on by chtěl mít rodinu a že jako nechce mít nemocné dítě a tak.“* *„Prostě jsem člověk, se kterým není vhodné mít rodinu, jsem člověk, který je prostě tlustý, tudíž jako neatraktivní svým způsobem..“*

V oblasti partnerských vztahů **Vilma** zmiňovala fakt, že doposud měla spíše známosti jen s muži, kteří mají také duševní onemocnění. V nynější době však hovoří o svém zdravém kamarádovi, se kterým tráví nejvíce času. O její diagnóze ví a často zpochybňuje její pocity. *„...někdy mi nevěří. Prostě řekne, že si to jenom namlouvám.“* Uvádí, že se setkává s jeho nepochopením pro ni a příznaky její nemoci. *„...já ani ho kolikrát nechci přijat. Chci být úplně sama, ale on jako to nechápe, ale jako já mu to nezazlívám. On si myslí- on to neví totiž, co to je.“*

V partnerském vztahu momentálně není **Patrik**, který vyjadřuje obavy o své nemoci potencionální partnerku informovat. *„...člověk se trochu zdráhá tomu druhému říct i když je otevřený.“* Zvažuje, že by bylo lepší pokoušet se vztah navazovat s někým, kdo má také duševní onemocnění, protože by se setkal s větším pochopením. K tomu vedla minulá zkušenost, kdy ženy, se kterými chtěl navázat vztah, ho odmítaly kvůli tomu, že není zdravý. *„...většina holek, co vím, tak mě chtěou jako zdravého chlapa. Jako opřít se o někoho, kdo je zdravý..“*

Na otázku jakou roli hrála v životě **Klaudie** nemoc v oblasti partnerských vztahů, odpovídá: „...*byl rozvod.*“ Od svého bývalého manžela necítila oporu, a když byla hospitalizována v psychiatrické nemocnici, vztah se rozpadl úplně. „...*nechodil za mnou, nenavštěvoval mě, nikdy mě rád neměl, nikdy za mnou nestál.*“ Jelikož poté strávila většinu svého života za zdmi psychiatrických nemocnic, vyjadřuje obtíže se seznamovat a navazovat potencionální vztahy. Svého partnera by se ale nebála o své nemoci informovat, dokonce to považuje za přímo nutné. „*Já bych mu to musela říct fakt na tvrdo, aby věděl, do čeho jde a jako rozhodně bych si nic nepřikrášlovala..*“

Rudolf měl před zjištěním své diagnózy pár partnerek, nyní ale uvádí, že mu nemoc brání v tom, aby si nějaký partnerský vztah našel. Obává se, že by potencionální přítelkyni neměl jako muž co nabídnout, jelikož se kvůli příznakům nemoci a důsledkům medikamentace ostýchá chodit mezi lidi například do hospod, barů a restaurací. „...*já bych tu partnerku neměl kde vytáhnout a byl bych takový nudný pro ni si myslím, takže to mě jako ovlivňuje, že si nemůžu najít partnerku..*“

Se svým dlouhodobým přítelem se **Světlana** rozešla ještě před zjištěním své diagnózy, nyní má však obavy mu o své nemoci říct. Nemá odvalu se mu svěřit, protože si myslí, že by se změnil jeho přístup k ní. „...*že se na mě bude dívat tak nějak- že su něco míň prostě než on. Jakože- že jako by měl z toho takový divný pocit. Že si na to třeba nebude moct zvyknout, že dřív mě bral normálně a teďka když se to dozví, tak nevím, jak to bude vnímat.*“

V současné době je v partnerském vztahu **Běla**, kterou přítel podporuje. „*Já mám teďka partnera, který respektuje moji nemoc.*“ Měla sice obavy, ale o svém onemocnění mu řekla už po seznámení, protože považovala za důležité, aby se rozhodnul, jestli s ní chce být nebo ne. „*No vzal to. Neměl s tím problém.*“

Miloš o sobě říká, že je samotář a moc vztahy nenavazuje. Když měl v minulosti partnerky, měl s nimi pěkný vztah a doteď jsou přáteli. Měl ale vždy pocit, že ho partnerky neberou moc vážně a jako něco dlouhodobého. „...*nebraly mě jako budoucnost, protože co s důchodem že? To je málo peněz.*“

Lýdie uvádí, že její nemoc ovlivnila její partnerský život tak, že se po své druhé hospitalizaci se svým přítelem rozešli. „...*tak to byl si druhý zlomový bod našeho vztahu..*“ Téma partnerských vztahů bylo pro ni velmi citlivé, proto jsme se k němu dále nevraceli.

6.4 Trh práce

Tato kategorie sloužila k zaznamenávání toho, jaké zkušenosti měli účastníci na trhu práce jako člověk s duševním onemocněním.

Pozitivní zkušenost v oblasti zaměstnání má **Nina**, která pracuje na poloviční úvazek ve firmě, kde cítí, že má oporu a pochopení pro její nemoc. Už při pohovoru je informovala o svých potížích. *„...tak jsem jim vlastně řekla, co mám za problémy, že mám důchod invalidní a že vlastně hodně často musím chodit k doktorům.“* Když prožila v práci disociativní křeče, setkala se s velice přívětivým přístupem od své nadřízené. *„Ona prostě za mnou přišla, ať jdu klidně domů nebo že se semnou projde po tom areálu, abych to rozdýchala a jako fakt byla úplně skvělá.“*

Ágnes vidí svou nemoc jako zábranu v tom, aby vykonávala pracovní pozici na úrovni svého vysokoškolského vzdělání. *„Dělat dobře úklid je jakoby taky práce. Na druhou stranu prostě mám vysokoškolské vzdělání a je to trochu jako nepoměr aspoň v tomhle tom.“* Vyjadřuje velké obavy informovat potenciálního zaměstnavatele o své nemoci a to kvůli tomu, jaké stigma doprovází právě schizofrenii. *„...lidi většinou vůbec neví co to opravdu schizofrenie je, jo že člověk s tím aj může fungovat, že prostě není úplně mimo, že prostě zvládne některé věci. Jo, ale pak už zase třeba taky neví, což jakože taky ta druhá stránka, že na jednu stranu zvládáme víc věcí, než si lidi myslí, ale taky máme trošku nějaké omezení.“* Přiznává, že předchozí zkušenost v zaměstnání, kde o jejich potížích věděli a přistupovali k ní s ohledem, ale nepustili jí k *„něčemu lepšímu“* a společně se studem, který doprovází vysvětlování na pohovoru, proč má invalidní důchod a proč po ukončení vysoké školy nepracovala, vede k nechuti se o další pracovní místa ucházet. *„...bratr mě řekl bude lepší, když řekneš, že si cestovala a tak, protože jako říct, že si prodělala nějakou nemoc a že teď se z toho léčíš- nezní to jako dvakrát výhra jo, takže jako bohužel má pravdu.“*

Vilma sice vystudovala vysokou školu, ale kvůli své nemoci skoro dvacet let neměla zaměstnání. Pomáhala rodičům na statku a později začala pobírat invalidní důchod. Až po jejich smrti se rozhodla, že bude navštěvovat zařízení sociální rehabilitace, kde jí později nabídli pracovní místo v jídelně. Je tam zaměstnaná už deset let.

Patrik od svých 18 let pobírá invalidní důchod a nikdy neměl stálé zaměstnání. Chodil však na brigády, kde o nemoci věděli a změny v chování kolegů či zaměstnavatelů nijak nepocíťoval.

Klaudie je v současné době klientem domova se zvláštním režimem a pobírá invalidní důchod. Když ale v minulosti měla zaměstnání, o svém onemocnění jim řekla a setkala se s pochopením.

Negativní zkušenost v oblasti zaměstnání má **Rudolf**, podle něhož se přístup na pracovišti k němu samému změnil v ten okamžik, kdy donesl potvrzení pracovní neschopnosti s razítkem psychiatrické nemocnice. *„...prostě na mě hleděli přes prsty.. že jsem prostě blázen jako.. nikdo mě to přímo do očí neřekl, ale z jejich chování to bylo vycítit..“* Podle něho mu poté dávali na starost jinou práci než předtím a bylo jen otázkou času než ho propustí, proto raději odešel sám. *„...protože takového zaměstnance tam jako nepotřebovali.“*

Do práce chodí **Světlana**, která svého zaměstnavatele informovala, že pobírá invalidní důchod, ale o tom, že má duševní poruchu, by raději nikomu neříkala. Vyjadřuje obavy, že pokud by se to zaměstnavatel dozvěděl, mohlo by to mít následky. *„...kdyby bylo třeba míň míst nebo něco by se tam dělo, tak by daly přednost určitě, kdyby někoho vyhazovali, třeba těm zdravějším, než těm, co jako máme tady tyto problémy si myslím.“*

Běla přiznává, že se setkala s úlevami při rekvalifikačním kurzu na Úřadu práce. *„Oni asi taky jako měli zkušenosti s těma psychiatrickýma pacientama.“* Bylo jí řečeno, že nebyla drzá, hubatá, že se snažila a nedělala žádné scény, rekvalifikační certifikát tedy dostala, i když podle jejích slov požadavky závěrečného testu ne. *„Jsem hleděla a pak jsem si uvědomila, že někteří klienti jsou takoví.“* Nyní již dvanáct let pracuje v jídelně sociální služby pro osoby s duševním onemocněním. *„...tady jsem taky zažila obrovskou podporu, že taky jako úzkosti, nevěřila jsem si, zmatky v obědech, ale když potom- oni semnou měli tu trpělivost.“* Považuje pochopení pro její nemoc a trpělivost za velice důležité, protože si nedokáže představit, že by pracovala mezi zdravými lidmi. *„...i kdybych se někam dostala mezi zdravé lidi, tak se tam prostě neuživím.“*

Miloš je nyní také klientem domova se zvláštním režimem, pobírá invalidní důchod a nikde zaměstnán není. O minulých zkušenostech v práci však hovoří kladně. *„...tam jako byly v pohodě lidi. Takoví prostě žádní nějáci, že by byli zaujatí nebo tak.“*

Lýdie zatím nepracuje a pobírá také invalidní důchod, ale intenzivně se připravuje na roli peer pracovníka, protože považuje za důležité pomáhat lidem s podobnou nemocí, jako má i ona. Takže svou nemoc vidí v tomhle ohledu jako přínos. *„...začala sem si zjišťovat nějaké informace, pročítat články, dívat se na videa, kde jako lidé s duševním onemocněním*

vypráví své příběhy nebo říkají své postřehy, takže tím sem se začala zabývat a zabývám se tím v podstatě dodnes.“

6.5 Veřejnost a média

Tato kategorie obsahuje oblasti: názory o duševním onemocnění, které panují ve společnosti a obraz duševního onemocnění v médiích.

Nina si myslí, že názory společnosti na osoby s duševním onemocněním se liší a záleží na tom, jaký k sobě osoby zaujímají vztah. *„...někteří, třeba který mají nějaký známi s nějakou poruchou psychickou nebo tak, tak jako že to berou vcelku dobře, ale najdou se i lidi, kteří to prostě hrozně odsuzují a furt to berou, jak kdyby prostě lidi s psychickou poruchou prostě byli nějakí úplně já nevím prostě blázni.“* Obraz duševního onemocnění v médiích hodnotí jako spíše negativní a problém vidí v tom, že média neukazují pravou stránku duševních nemocí a hlavně sebepoškozování. To často romantizují jako něco „krásného a silného“, což si hlavně mladí lidé převezmou zkresleně. *„...protože když se někdo pořeže a má tam ty jizvy, tak to neukazuje nějaký bitvy, které si vyhrála, ale spíš ty špatný časy, co si prožila a prostě to hnusný, co bylo..“*

Podle **Ágnes** panuje ve společnosti hlavně neinformovanost a předsudky o duševních nemocech, což vede pozdnímu rozpoznávání příznaků a následné léčbě. *„...jsou jako strašné předsudky, ať už jde člověk třeba někam pracovat a řekne „jo já mám prostě schizofrenii“ a tak někteří si vybaví- když už ne případ jakože z nějaké kriminálky nebo nějakého nadneseného amerického filmu nebo médií, tak třeba i z okolí a ne vždycky to bylo nějaký šťastný jo, takže jako to je právě těžký. To je právě hodně těžký a myslím si, že za to může tady ta neinformovanost jo, že i prostě spousta lidí by se třeba dostalo do léčebny i v takovém stavu až jako úplně pět minut po dvanácté..“* Jako další jev, který je vyobrazen ve společnosti jako něco, za co se lidé stydí, je samotná návštěva psychologa či psychiatra. *„...protože co je horší jo, nechat to zajít tak daleko, že se člověku zhroutí svět, a nebo tam přijít včas a podchytit to?“* To, jak se lidé s duševním onemocněním odrážejí v médiích, považuje za velice negativní. Média nazývá „černou kronikou“, ve které se ukazují jen ty nejhorší případy a sama si nepamatuje, kdy naposledy slyšela nějaký pozitivní příběh o člověku s psychickou poruchou. *„...my jsme vlastně jako buď to nějakí delikventi, zločinci nebo absolutně vyšinutí lidé, asociální, s naprostým nepředpokladem k tomu pracovat..“* Média považuje za vliv toho, co si následně myslí společnost.

Vilma uvádí, že to jak je na lidi s duševním onemocněním nahlíženo, záleží na informovanosti veřejnosti a zkušenosti s nimi. Více pochopení mají rodiny, které přímo zažily projevy nemoci. *„Někdo to chápe, někdo tomu rozumí. Spíš lidi, kteří se s tím setkali a třeba jsou s těma lidma doma nebo mají to v rodině, tak to chápou většinou. A lidi aj taková víc třeba, co se zajímají o ty lidi, třeba studování..“* Jako hlavní problém vidí nevědomost a nedostatek otevřené mysli. Vnímá velké rozdíly mezi městem a vesnicí, protože se lépe cítí a žije někde, kde jí osobně nezná tolik lidí, tím pádem je menší tendence k odsuzování. *„...prostě ti lidi mě to nedávali tak sežrat. Někteří třeba jo, ale nepociťovala jsem to tak, protože se k vám tak nedostanou.“* Dle jejího názoru mají na toto negativní nahlížení velký vliv média, která poukazují většinou na zločiny, které lidé s duševním onemocněním spáchali. Uvědomuje si, že někteří jedinci s duševní poruchou jsou agresivní a veřejnost z nich má obavy, avšak toto chování není tak běžné, jak se z médií může zdát. *„...ty média to zveličují jo, že prostě poukazují na to, že je to schizofrenní člověk.“*

Vliv médií na širokou veřejnost zmiňuje i **Patrik**. Dává jim za vinu to, že lidé měli v minulosti na duševní nemoc spíše negativní názory, postupně ale vnímá to, že se tento názor mění a to i díky destigmatizačním programům. Domnívá se ale, že pořád to pochopení mezi zdravými a nemocnými lidmi chybí. *„A pořád jsou- bojí udělat ten krok dopředu, podat těm nemocným lidem ruku. Když ti nemocní žádají, tak prostě lidé řeknou ne, najednou ty si nemocný- oni to na něm jako kdyby poznají a odřeknou toho nemocného od sebe.“* Stejně jako Ágnes i on nazývá média černou kronikou, ve které jsou vyzdvíženy jen ty špatné skutky a hříchy lidí s duševní poruchou. *„Ale nikdy tam nebylo o těch lidech, když se jim něco podařilo, někomu pomohli nebo jak vlastně ve skutečnosti žijí..“*

Kludie se domnívá, že pokud člověk není lékař či blízký přítel, nemoc nikdy úplně nepochopí. Názory veřejnosti jsou podle ní rozličné, ale spíše negativní. *„...to je takové individuální. Někdo se s vámi umí bavit o té nemoci, někdo to odsuzuje, někdo vás považuje za méněcenného člověka.“*

Podle **Rudolfa** ve společnosti panuje názor, že lidé s duševním onemocněním jsou odlišní než většina a bývají někdy diskriminováni v zaměstnání. Většinová společnost má totiž větší pochopení například pro člověka s tělesným handicapem než s duševní poruchou. *„to už je nějak vryté v té společnosti, prostě jsi jiný, tak si na odpis.“* Jako důvod vidí média, která spíše ukazují obraz právě lidí, co jsou například na vozíku, než lidí s duševním onemocněním, ti jsou přehlíženi a často nepochopeni.

Světlana si myslí, že ve společnosti figuruje nevědomost a názory lidí na osoby s duševním onemocněním jsou individuální. „*Jako ono to záleží od toho, kdo jaký je. Někdo to třeba chápe, někdo by si toho vůbec nevšimnul, nebral to nijak, ale někteří, ti miň chápaví, tak ti by hodně jako s tím měli problém.*“ V médiích se podle ní moc o duševním onemocnění nehovoří a je toho názoru, že i když by se o něm hovořilo či psalo, i tak by zdraví lidé měli potíže úplně porozumět, jaké je žít s duševní poruchou.

I Běla hovoří o tom, že co člověk, to názor. Uvádí však, že dokud lidé nemají osobu s duševním onemocněním v rodině či blízkém okolí, dívají se na ni skrz prsty. „*...samozřejmě budou někteří „jo seš blázen a všichni blázni patří do blázince a ne mezi zdravé lidi“, ale zas potkáš lidi, co „jo mě psychicky nemocní nevadí“..*“ Co se týče médií, chybí jí v nich více pozitivních zpráv o lidech s duševním onemocněním. Mělo by se více poukazovat na to, že lidé, i když jsou nemocní, tak něco dokázali. „*...když prostě vezmeš ty média, co ti řekne, že se tam ten člověk uzdravil, nebo že měl halucinace a někoho zapíchnul?*“ Celkově si ale myslí, že i přes to, že panují někdy negativní názory na lidi s psychickými potížemi, mění se pomalu k lepšímu. „*...mám pocit, že vlastně v této době se prostě- i cítím, že ta společnost prostě začíná měnit svůj názor na ty psychicky nemocné.*“ Zásahu má na tom i vznik Ústavu národního zdraví a projekty jako Čistá duše. „*že už nemusíme být za téma mřížema a to, že se nás snaží do té společnosti dostat..*“

Podle **Miloše** se veřejnost moc o problematiku duševního onemocnění nezajímá a je pro ni spíše důležité, jestli a jak se u osoby s duševní poruchou projevují příznaky nemoci. Jestli zapadá a chová se „normálně“, lidé s ním nemají problém. Jakmile se ale chová odlišně, dochází k vyčleňování a odtažitosti. „*Když je v pohodě, tak oni ho berou a když není tak prostě ho odmítnou no.*“ Domnívá se, že celkový vliv na veřejnost mají média, díky kterým pak má mylné představy o lidech s duševním onemocněním. „*Ale je to nezajímá, že je to omyl jako, protože oni to odsoudí jako takhle a žádné nějaké prostě, že by se nad tím zapřemýšleli.*“

Lýdie si myslí, že „*společnost je hodně nabouraná názory z médií a ty většinou nejsou dobré, většinou je spíš ten člověk ukazovaný jako padouch.*“ I když se v dnešní době objevuje více destigmatizačních programů a názory se začínají měnit, stále se podle ní málo zdravých lidí setkává s těmi nemocnými. Proto je důležité, aby se v těchto programech pokračovalo a zeď mezi dvěma světy se dále bourala. Osobně se setkala už s mnoha lidmi, kteří se o osoby s duševní poruchou zajímají, chodí na přednášky a snaží se je pochopit.

6.6 Sebepojetí

Tato kategorie obsahuje oblasti: jak se participantům změnil život s příchodem duševní nemoci a jak ji a sebe vnímají.

Náročné začátky žití s duševní nemocí zažila **Nina**, která vzpomíná, jak těžké pro ni bylo si připustit, že se s něčím takovým potýká. S odstupem času ale uznává, že je to vše o zvyku, protože si nyní uvědomuje, že nemoc jen tak nezmizí a vnímá své onemocnění jako součást svého života. *„Musíš prostě se s tím vypořádávat, naučit se s tím pracovat, žít, vlastně poznat, když na tebe něco jde a tak.“* Podotýká, že není jedna z těch, která psychickou poruchu bere jako něco strašného a také ji přirovnává k somatickým nemocem. *„...i když máš tu cukrovku třeba, taky na to musíš brát prášky, nesmíš třeba nějaký jídla, musíš si dávat pozor. Tak stejně to mám já, musím si dávat pozor, když třeba cítím, že jde na mě záchvat, nesmím pít..“*

Život **Ágnes** se s příchodem duševní nemoci změnil od základu. Ze sebevědomé a samostatné mladé ženy, která studovala dva obory na vysoké škole, se stala žena, která musela začít úplně od začátku. Co ale považuje za nejhorší je to, že ztratila jistotu sama v sobě. *„Představ si, že člověk byl zvyklý do té doby se spoléhat jenom sám na sebe a byl odkázaný jenom sám na sebe a už není schopný se spolehnout ani sám na sebe.“* Pokládá si otázky, které si do té doby nepoložila. Jestli si vydělá peníze, jestli bude mít někdy rodinu a zda by byla dobrou matkou. *„...že třeba bych jako vlastně obtěžovala okolí tím, že ho potřebuje hlídat jo neustále, jo že já si potřebuju odpočinout, jestli by mi pak okolí nevyčítalo, že prostě- protože v naší české společnosti není normální, že žena si odpočine, že jo, když má dítě. To prostě není normální jo, jakože to i pro zdravou ženu to je dost náročné, natož pak jakože pro tu nemocnou.“* U Ágnes se také objevují výčitky svědomí. Myslí si, že kdyby dříve vedla jiný život, nemusela být nemoc tak vážná či by nemusela být vůbec. Je přesvědčena, že nemoc si přivodila částečně sama. *„...neměla jsem dobré stravovací návyky, jako a ten režim byl úplně totálně rozhozený a jako ten stres jo, potom si člověk jako, kdyby aspoň trochu dodržoval nějakou základní duševní hygienu, tak třeba by to nemuselo být tak jako- tak silný prožitek..“*

Podobně svou nemoc vnímala na začátku i **Vilma**, pro kterou byl její nový psychický stav naprosto nepřijatelný, bylo těžké ho přijmout. *„Jednak je člověk mladý a prostě má zažité určité způsoby nebo životní styl a studovala jsem na škole..“* Za dobu skoro třiceti let, co nemocí trpí, se s ní vypořádala a snaží se žít co nejlepší možný život. *„Zvykla jsem si a*

prostě jsem s tím smířená a nečekám od toho, že bych se uzdravila nebo tak, ale že abych aspoň žila tak, jak žiju teď a abych byla trochu spokojená..“

Jelikož se nemoc u **Patrika** projevila v jeho dospívání, musel se naučit nejen žít s nemocí, ale také „zmužnit“ a postarat se sám o sebe. Bylo to pro něho náročné období, nyní si však na nemoc zvykl a snaží se pracovat se svými pocity, mít nadhled a hledat v situacích to pozitivní. *„...každý má něco, někdo má i horší věci než mám já. Že já ty jejich problémy nevím, nevidím, tak nemůžu vědět, jak se mají ti druzí..“*

Kludie se svou nemocí bojuje už od dětství, má ale pocit, že dařit se jí začalo až pobytem v domově se zvláštním režimem. *„...můj první úkol co asi jsem měla si splnit je sžít se se svou nemocí a brát pravidelně léky.“* Nyní je spokojená a baví ji život.

Rudolf si myslí, že nemoc změnila to, jak ho ostatní vnímají. On sám měl potíže se s nemocí srovnat. Uvádí ale, že za dobu co s nemocí žije, se musel smířit s tím, jaký je a zvyknout si na ni. *„...chtěl bych být jak druzí, ale když to nejde jako.. mám nějaké omezení, tak bohužel.. to nijak neovlivním.“*

Jelikož se **Světlana** dozvěděla o své diagnóze teprve před rokem, stále vnímá obrovský šok. *„Spíš bych řekla, že si to ještě nechci moc přiznat. Že si furt říkám, že mi nic jakože není..“* *„...přemýšlím, jak je to možné, že něco takového mě- že jsem to jako dřív nevěděla..“* Změnu, která nastala po diagnóze, vidí v invalidním důchodu, který ji zabezpečil jistotu v penězích, jelikož ta ji předtím velmi stresovala. Více se také stýká s lidmi, předtím se jim vyhýbala a dnes se snaží, aby to bylo spíše obráceně. *„Aby i přesto jako když vím, že mi něco je, tak se snažím prostě dělat, jako abych si to ani nepřiznala- prostě fungovat normálně.“*

Když se **Běla** o své diagnóze před třinácti lety dozvěděla, bylo to pro ni těžké hlavně z toho hlediska, že v té době ještě nebyly tak dostupné informace a sociální služby lidi s duševním onemocněním jako jsou teď. *„...to bylo taky berte léky, berte léky. Ty léky, ano jsou výborné, ale je to málo. Ten člověk potřebuje ještě nějaký kolektiv, někde kde se nebude bát, věřit, že prostě mu ti lidi uvěří..“* Důležitým mezníkem pro ni tedy byl vznik sociální služby, do které dochází dodnes. *„...já jsem úplně hleděla, že jsou nějakí lidi, kteří se snaží ty bláznův někam posunout.“* Dříve se bála chodit mezi zdravé lidi, myslela si, že mezi ně nepatří a že ji odsoudí. Náročný byl pro ni hlavně přechod z prostředí psychiatrické nemocnice zpátky domů. *„Už jsem si prostě zvykla, že jsem tak mezi svýma. Ale jako jít mezi zdravé lidi to prostě není možné.“* Nyní je však tento strach mnohem menší a to i díky tréninku v sociální službě. V její výpovědi se objevují i prvky sebeobviňování. Myslí si, že

její duševní nemoc se negativně odrazila na matčině zdraví, protože se o dceru musela starat a živit ji. „...*máma mě živila, dělala úplně všechno, tak samozřejmě se to podepsalo na jejím zdraví.*“

Hlavní změnou, která přišla s nemocí, byla pro **Miloše** neschopnost chodit do práce, tak jako dřív. Stal se také samotářem, nenavazuje moc vztahy a spíše se drží v ústraní. „*Protože jsem neviděl tu budoucnost takovou tu nějakou prostě, co mají ostatní lidi.*“ V současné době se snaží o to, aby se na nemoc díval s nadhledem a bral život pozitivně. Hodně se jeho vnímání nemoci časem změnilo, v mládí byl spíše nezodpovědný a nemocí se nezaobíral, teď je více umírněný. „...*já jsem to bral sportovně. A teď už to беру trošku tak nějak vážněji prostě, že ohledně třeba že nepiju, nekouřím.*“

O tom, jak vnímá svou nemoc, hovoří **Lýdie** velice pozitivně. Díky ní si více užívá každodenních prožitků a maličkostí. Uvědomila si, jak moc je důležité mít kolem sebe podpůrný systém rodiny a blízkých. „...*vybudovalo mě to bližší vztahy ještě v rodině.*“ V současné době se chce více zaměřit i na své tělesné zdraví, které předtím zanedbávala.

6.7 Stigmatizace

V rámci této kategorie jsme chtěli objasnit, či a jak participanti rozumí pojmu stigmatizace a případně jejich vlastní zkušenosti s předsudky.

Nina chápe stigmatizaci jako předsudky vůči lidem s duševním onemocněním. Nejčastějšími jsou podle ní tvrzení, že je někdo „blázen“ nebo že naopak lidé své psychické potíže předstírají. „...*někteří ti lidi vlastně si myslí, že ta nemoc vlastně není opravdová nebo že vlastně není tak vážná, že si myslí vlastně že to je úplně.. já nevím něco úplně lehkýho s čím se dá vypořádat. Třeba si někteří myslí, že i simulují a tak.*“ Participantka se také pozastavuje nad problematikou pro ni hanlivého slova blázinec a blázen, vhodnější označení jsou pro ni psychiatrie a pacient s psychickou nemocí. Hodně lidí, včetně jí si totiž pod slovem blázinec představí historicky zakořeněné slovo, které vyobrazuje místo plně laparoskopii a elektrošoků. „...*to nemám hrozně ráda, protože to z těch lidí dělá prostě něco, co nejsou.*“ Jako příklad stigmatizace **Nina** uvádí situaci, kdy byla hospitalizována v nemocnici kvůli svému záchvatu disociativních křečí a cítila ze strany lékařského personálu předsudky, že si svou nemoc vymýšlí a zveličuje. Bylo jí také řečeno, že její halucinace jsou pouze pseudohalucinace. To vedlo u Niny k rezignaci a odchodu z nemocnice. „...*už jsem toho měla fakt po krk, takže jsem se prostě zvedla, řekla jsem jim, ať jdou do prdele, že prostě já tam s něma nebudu a podepsala jsem ten den revers a odešla*

jsem.“ Podobnou situaci zažila ještě jednou, když se dostala do konfliktu s lékařem záchranné služby, která pro ni kvůli dalšímu záchvatu disociativních křečí musela přijet. Byla obviněna z toho, že rozšířené zornice jsou příčinou marihuany a že záchvat má z ní. I po vysvětlení diagnózy cítila ze strany lékaře tlak a útoky. *„Že prostě ví, že jsem tu trávu měla, ať to přiznám, když tam nejsou naši a tak. A už to prostě bylo pro mě hrozně nepříjemný, protože já prostě vím, že na léky nemůžu vlastně pít a nesmím vlastně brát drogy nebo hulit. Takže jsem mu řekla, že vlastně mi to není příjemný, byla jsem ještě rozklepaná z toho záchvatu. Tak jsem mu řekla, že vlastně ne trávu jsem neměla, ať s tím přestane. No a on vlastně řekl něco v tom smyslu, že mi stejně udělají testy a že to vyjde napovrch.“* Výsledky testů vyšly negativně, Nina ve svém těle neměla žádné omamné látky. Vyjadřuje lítost nad tím, že se nedočkala žádné omluvy. *„...ten záchranář místo aby ti pomohl, tak tě ještě stresuje prostě a ty seš víc vyklepaná, takže to bylo hrozně neprofesionální od něho.“*

Negativně o zdravotním personálu hovoří i **Ágnes**, která podle jejích slov, ztratila absolutní důvěru k lékařům. Myslí si, že lékaři se v psychiatrické nemocnici nedostatečně zajímají o své pacienty a vyzdvihuje důležitost výjimek těchto případů. *„...byla tam starší paní doktorka, která chodila každý den ráno mezi nás a každého si z nás obešla „jak se cítíte“? Tato otázka na dvě minuty, jí zabrala minimálně hodinu a půl. Přišla tam mladá lékařka, brala nás prostě- ano jsme tam, ale nerušte mě. Nerušte mě prostě.“* Mluví o nevhodném chování i zdravotních sester v psychiatrické nemocnici, kterému byla svědkem. *„...takové jako zesměšňování jo, že prostě takové neomalené prostě jako poznámky pacientům, kteří třeba jako potřebují někdy umýt.“* Ágnes upozorňuje na to, že stigmatizace se může týkat duševních i tělesných nemocí a chápe pojem jako *„zlehčování pozice toho člověka ve společnosti kvůli jeho nemoci“*. Za hlavní důvod považuje média. *„...lidi nejsou v tomto vůbec vzdělání, že nejsou informovaní, že neví, co to obnáší, že neví- oni ví jenom to, co se jim řekne v médiích.“* Jako osobní zkušenost s předsudky uvádí výrok matky bývalého partnera, který ji zranil a stále jí zní v uších. *„...řekla o mě, že jsem člověk, u kterého se nikdy nic v životě nezlepší, že můj stav se nezlepší, že na tom nikdy nebudu dobře, tak mi to řekla. Nikdy na tom nebudu dobře.“* Myslí si, že kořeny těchto předsudků měla žena už od dětství, kdy vyrůstala vedle sociálního zařízení pro osoby s duševním onemocněním a pravděpodobně slyšela několik negativních příběhů. Ágnes se s tímto tvrzením ale odmítá ztotožnit. *„...to jakože je něco, co nehodlám jako přijmout a myslím si, že to by nikdo neměl jako s jakoukoliv nemocí nikdy přijmout.“*

Pro **Vilmu** znamená stigmatizace předsudky a hanlivé slova, hned poté navazuje na osobní zkušenost. „...lidi vás berou prostě za- říkají že jste blázen třeba někteří, že to třeba hrajete mě někteří říkali, že vlastně simuluju...“ Nejčastější fráze, se kterými se setkala na vesnici, kde dříve bydlela, byly „...třeba kdybych se vdala, tak říkali, že jsem nemusela tu nemoc mít.“ Na druhou stranu si ale také vyslechla i to, že by se kvůli její nemoci neměla radši vdávat. Další byla ta, že svou nemoc předstírá, protože je líná a nechce pracovat. „...lenošná, že se mi nechce dělat, že prostě- asi že prostě to hraju nebo že simuluju.“

Patrikovi se pod tímto pojmem představí předsudky dvou stran a to lidí zdravých a nemocným vůči sobě. „...ty se nějakým způsobem šíří buď médiema nebo téma zprávama, co kdo řekne nebo prostě někdo něco vyhrkne ve škole, tak se toho všichni chytanou a smějou se taky, aniž by si to sami mysleli nebo si něco takového vůbec přečetli nebo dostali se do styku tak vlastně k nějakým takovému nemocnému.“ Předsudky k sobě zažil hlavně od jeho kamaráda, Patrik si však uvědomuje, že i on má předsudky vůči veřejnosti. „...mám já strach z těch lidí já. Z těch zdravých jako, jako jakou můžou mít reakci oni vůči mně.“ Někdy je pro něho těžké, požádat někoho o pomoc, stále na sobě ale pracuje a zlepšuje se. „zvažuju s vypětím možností komu je to nejlepší říct prostě, který by to nejlíp přijal z těch lidí.“

Klaudie neví jak přesně definovat stigmatizaci, pojem jí byl tedy vysvětlen. Vyjadřuje pocity méněcennosti vůči lidem, kteří jsou zdraví. Cítí se být odstrkována všemi kromě lékařského personálu, kteří nemoc chápají. „...jsem si zažila dost a nikomu bych ten pocit dlouhotrvající nechtěla předávat.“

Pro **Rudolfa** slovo stigmatizace znamená posměšky, se kterými se předtím už setkal. Jako příklad uvádí situaci nákupu v obchodě s elektronikou. „...prodavač prostě šel za druhým prodavačem, už jsem odcházel, a řekl, že to byl nějaký blb.“ Snaží se ale z těchto komentářů netrápit a nevšímat si jich.

Světlaně byl pojem vysvětlen, protože nevěděla, co znamená. Není si vědoma, že by se někdy s předsudky setkala.

Pro **Bělu** stigmatizace znamená, „...že ta společnost se na ty psychicky nemocné dívá skrz prsty.“ Vůči svojí osobě nezaznamenává žádné předsudky, spíše si myslí, že má někdy předsudky ona vůči zdravým lidem a často od nich čeká to nejhorší. „Já vždycky čekám od těch lidí to negativní a pak o to jsem mileji překvapená, že mě ty lidi vezmou.“

Pod slovem stigmatizace si **Miloš** představí nespravedlivou generalizaci, ke které dochází většinou, když člověk s duševním onemocněním spáchá nějaký trestný čin. Dochází

poté k neoprávněnému strachu ze všech lidí, kteří trpí duševní poruchou a k odtážitosti. *„když se člověk zamyslí nad tím, tak většinou spáchají trestný čin zdraví lidé a ti nemocní nebo my nemocní, minimum prostě. Ale to hážou do jednoho pytle všechny a pak se k člověku chovají nebo můžou se chovat tak nějak zvláště..“* Nemyslí si, že by měli cizí lidé k němu nějaké předsudky, protože o jeho nemoci málo kdo ví. Vyjadřuje ale obavy z toho, že by ho mohli po zjištění jeho diagnózy vnímat jinak.

Pro **Lýdii** znamená stigmatizace předsudky, o kterých si myslí, že je k ní někdo měl či má, ale žádné konkrétní si nevybavuje a snaží se je nevnímat. *„kdyby někdo zamnou došel s tím, že jako prostě ho má, tak bych se mu snažila vysvětlit jak je to doopravdy..“*

7 DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V této kapitole se budeme nejprve snažit odpovědět na námi zadané výzkumné otázky. Po zodpovězení výzkumných otázek následuje zabývání se cílem bakalářské práce.

- **1 DVO** „Jakým způsobem se cítí být vnímán člověk s duševním onemocněním ze strany rodiny?“

Rodina je pro člověka primárním sociálním prostředím a bývá často jednou z oblastí, která je zasažena důsledky stigmatizace jedince s duševní poruchou, ale může být také ta, která stigmatizaci jedince provádí. Častou reakcí ke skutečnosti, že člen rodiny participanta má psychickou poruchu, byl u šok a udivení. Ve výpovědích participantů se vyskytovaly poté dva vnímané přístupy rodiny k jedinci s duševním onemocněním, více se ale objevoval ten pozitivní, ve kterém se objevovaly hlavně následující prvky: pochopení ze strany rodiny, podpora a možnost se svěřit s problémy, pomoc při příznacích nemoci, větší sblížení rodiny. Z hlediska vnímaného negativního přístupu byly zahrnuty prvky: odmítání, snaha zbavit se nepohodlného člena, zhoršení vztahů v rodině, zlehčování nemoci, přetěžování a příliš vysoké požadavky, strach a obavy z jedince. Ve výpovědích tří participantů se objevují i obavy informovat některé členy rodiny z důvodu strachu z odsouzení či nepochopení a také snaha nezatěžovat blízké svými potížemi.

- **2 DVO** „Jakým způsobem se cítí být vnímán člověk s duševním onemocněním ze strany přátel a blízkého okolí?“

Jestliže se člověk s duševním onemocněním setkává s negativním chováním blízkého okolí, může tato zkušenost vést ke snížení vůle k životu, ztrátě radosti ze života a sociální izolaci, tedy absenci sociálních kontaktů v oblasti interpersonálních vztahů. Pod pojem blízké okolí tedy zahrnujeme: přátelé, spolužáci, učitelé, vzdálená rodina. Ve výpovědích participantů se objevují pozitivní či negativní vnímané přístupy k nim samotným. V rámci pozitivního přístupu se objevují prvky: pochopení ze strany přátel, možnost svěřit se přátelům, pozitivní nadhled přátel, žádná změna v chování přátel, úlevy od učitelů, pochopení ze strany spolužáků. Jako negativní přístup byly vnímány hlavně prvky: lítost ze strany přátel, vyčítání invalidního důchodu, šikana ze strany spolužáků, vyloučení z kolektivu spolužáků. U jedné participantky se objevovala také obava svěřit se kamarádům, že má duševní onemocnění.

- **3 DVO** „Jakým způsobem se cítí být vnímán člověk s duševním onemocněním ze strany partnera?“

Duševní onemocnění neovlivňuje jen rodinu a přátele jedince, ale také dlouhodobé partnery či začínající vztahy. Partneri se běžně navzájem ovlivňují ve svých životech a je tomu tak i když má jeden či oba psychickou poruchu. Partner bývá mezi prvními lidmi, kteří se o nemoci své polovičky dozví. V oblasti partnerských vztahů ale může duševní nemoc hrát roli také při samotném seznamování a navazování potencionálních vztahů. Výpovědi participantů vypovídají v případě už navázaného partnerského vztahu o pozitivně či negativně vnímaných přístupech. Pozitivní přístup zahrnuje: oporu v těžkých chvílích, snahu o pochopení nemoci a hledání informací, respektování nemoci, žádnou změnu v chování partnera. Za negativní přístup považují: zlehčování nemoci, výčitky důsledků medikamentace, pochybování o příznacích, nezáměr a odvrácení, vnímání partnera jako nevhodného pro společnou budoucnost, předsudky. U tří participantů se objevují obavy informovat potencionálního partnera o nemoci. Zajímavé je také to, že všichni participanté mužského pohlaví vyjadřují pocity, kdy se necítí být pro potencionální partnerky „dost dobří“ kvůli tomu, že nejsou zdraví, nemají práci či pobírají invalidní důchod. Mají dojem, že by s nimi partnerky neviděly budoucnost.

- **4 DVO** „Jakým způsobem se cítí být vnímán člověk s duševním onemocněním v oblasti zaměstnání?“

I když je práce jedním ze základních lidských práv, dochází ve společnosti k oddělování lidí "práce schopných" a "práce neschopných". Je ale středem prvořadé pozornosti skutečná schopnost člověka nebo naopak jeho omezení? Všichni participanté pobírají invalidní důchod, ale většina byla někdy už zaměstnaná. Čtyři participanté v současné době pracují, z nich dva v rámci pracovního místa sociální služby. Jejich pracovní zkušenosti se dá rozdělit na pozitivní a negativní. Mezi ty pozitivní řadí: pochopení a podpora zaměstnavatele či kolegů, příležitost nového zaměstnání díky nemoci, úlevy na Úřadu práce. Ta negativní se týká prvků: přidělování méně náročnějších pracovních úkolů s nízkými vyhlídkami na povýšení, odsouzení ze strany kolegů, nižší pracovní pozice, které nekorespondují se vzděláním či dovednostmi jedince. Jedna participantka vyjadřuje obavy ze sdělení diagnózy současnému zaměstnavateli z důvodu strachu z upřednostňování zdravých zaměstnanců při potencionálním propouštění. Další participantka se obává pracovat mezi zdravými lidmi, domnívá se, že by se nesetkala s pochopením její nemoci.

- **5 DVO** „Jakým způsobem se cítí být vnímán člověk s duševním onemocněním ze strany veřejnosti a médií?“

Veřejné stigma představuje způsob, jakým veřejnost reaguje na stigmatizovanou skupinu, a média jsou často jejich primárním zdrojem informací o různých duševních poruchách. Prezentace těchto poruch však často podporuje klamný a negativní obraz a stereotypy o těchto lidech. Publicistika má tendence vyhledávat senzacechtivé a negativní informace pro „atraktivnější“ příběh a v mediálním pojetí se pak odráží stereotypy, představy a postoje a zároveň je předávají divákovi, a to hlavně jestli média vnímá jako primární zdroj informací. Co se týče názorů veřejnosti na osoby s duševním onemocněním, naši participanti zmiňují to, že lidé mají na osoby s duševním onemocněním rozličné názory, které záleží na tom, jakou mají zkušenost s touto skupinou lidí. Lidé jsou více tolerantní a chápající, jestli se s duševní nemocí setkali v rodině či v blízkém okolí. Odborníci jsou více chápající, protože dané problematice rozumí. Ve společnosti figuruje nízká informovanost o duševních poruchách a lidé se o problematiku duševních onemocnění sami nezajímají, je pro ně důležité, jestli se člověk chová „normálně“. Nastává odstup ze strany druhých lidí, spojen s odhalením potíží spadajících do oblasti duševního zdraví či s léčbou či hospitalizací. Přímý kontakt a přímá interakce s lidmi, kteří mají duševní poruchu, ovlivňuje postoje veřejnosti k lepšímu – destigmatizační programy. Lidé mají předsudky a přesvědčení, která se odlišují od skutečného stavu, jsou zkreslená a vedou k odlišným reakcím, nedorozuměním, nepochopení a odstupu. Veřejnost postupem času začíná měnit své názory k lepšímu, o problematice se hovoří více než v minulosti.

Všichni participanti se shodují na tom, že na názory, které panují ve společnosti, mají důležitý vliv média, které člověka s duševním onemocněním nejčastěji zmiňují v kontextu nějakého zločinu. Participanti se domnívají, že panuje nedostatek „pozitivních“ zpráv o lidech s duševní poruchou.

- **6 DVO** „Jakým způsobem vnímá člověk s duševním onemocněním sám sebe a svou nemoc?“

Sebestigmatizace může mít zásadní vliv na sebepojetí člověka. Dopadem může být očekávání odmítnutí od druhých, zvýšená sebekritika, nižší sebevědomí a sebedůvěra, stud a celkové vyhýbání se sociálním kontaktům. Může docházet ke změně pohledu na sebe a celkového sebehodnocení.

U participantů se s příchodem nemoci objevovaly tyto prvky: šok a nepochopení, proč nemoc potkala zrovna je, ztráta sebejistoty, sebeobviňování za nemoc či za újmu na rodině,

pocit, že nepatří mezi zdravé lidi, pokles sebevědomí, následné smíření se s nemocí, duševní nemoc je stejná jako každá jiná nemoc, jistota v invalidním důchodu.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda a v jakých oblastech života se lidé s duševním onemocněním setkali se stigmatizací. Oblast veřejného mínění a obrazu duševního onemocnění v médiích je hlavním vztažným tématem stigmatizace ve výpovědích všech participantů. V dalších oblastech už jsou výpovědi individuální. Prvky stigmatizace se v interpersonálních vztazích jako je rodina, přátelé či partneři se vyskytuje viditelně méně než v předchozí zmiňované oblasti a spíše převládá pozitivní přístupy k nemocnému jedinci. Když už se prvky stigmatizace v rodinných vztazích objevují, mají podobu například vylučování jedince ze společné domácnosti, zlehčování příznaků nemoci či příliš vysokých nároků na jedince. Ve vztazích s přáteli, spolužáky apod. je vyobrazena jako vyloučení z kolektivu, šikana či litování. Partnerské vztahy a prvky stigmatizace v nich se projevovaly jako nezájem partnera, odvrácení či zlehčování nemoci. V oblasti zaměstnání se také málokdy stigmatizace projevovала, i přesto vidíme prvky jako odsuzování ze strany kolegů, obavy ze sdělení diagnózy zaměstnavateli a nepřiměřené pracovní úkoly po zjištění diagnózy. V oblasti vnímání sebe a své nemoci se někteří participanté vyjadřují o snížení sebevědomí, pocit nepatření mezi zdravé lidi, ztrátě sebejistoty.

Doporučení pro praxi:

Projekt Strhni nálepku! Aneb Jsem víc, než moje duševní nemoc

Na základě zjištění skutečnosti, že se participanté výzkumu shodují na tom, že nejvíce stigmatizační oblastí je veřejné mínění a obraz duševního onemocnění v médiích, přicházíme s fiktivním návrhem projektu, který by se týkal destigmatizace osob s duševním onemocněním a zvyšoval by také povědomí veřejnosti o těchto nemocech. Byl by zaměřen převážně na město Zlín. Hlavním předpokladem efektivní práce se stigmatizací je podle nás dostatek informací. Prvním krokem je proto prohlubování alespoň základních znalostí o stigmatizačním procesu a jeho důsledcích. Jelikož se participanté výzkumu domnívají, že lidé mohou potencionálně změnit své názory k lepšímu potom, co se osobně setkají s lidmi, co mají duševním onemocněním, považujeme za vhodné zapojit do projektu lidi, kteří mají duševní poruchu a nebáli by se podělit o své zkušenosti. Projekt se skládá ze tří komponentů: přednáška, destigmatizační nálepky a destigmatizační plakát. Všechny navržené podklady k projektu jsou dostupné v přílohách bakalářské práce.

Přednáška Strhni nálepku! Aneb Jsem víc, než moje duševní onemocnění

Veřejnost je zatížena předsudky, které vycházejí ze zakořeněných stereotypních pohledů na duševní poruchy. Lidé s těmito potížemi jsou pokládáni za nevypočitatelné, slabé či třeba agresivní. Tento negativní obraz dotvářejí informace z médií, která používají stigmatizujících výrazů "šílenec", "blázen" nebo "psychicky narušený". Proto považujeme za důležité, sdílení osobních zkušeností lidí, kteří si procházejí duševní nemocí, aby měla veřejnost možnost, nahlédnout alespoň částečně do světa člověka s duševním onemocněním, a to skrze něho a ne média. Tento náhled nám poskytne právě zmiňovaná přednáška, která by byla vedena dvěma peer konzultanty, kteří by sdíleli své zkušenosti s předsudky a celkově životem s duševní nemocí. Přednáška by se konala 10. října 2020 a to v Kongresovém centru Zlín. Vstupné bude zdarma. K tomu, aby se o přednášce dozvěděla veřejnost, bude sloužit pozvánka ve formě plakátu, který se vyvěsí v rámci celého města Zlína. Z předchozích zkušeností z praxí totiž můžeme konstatovat, že i když se uspořádal nějaký destigmatizační program například v sociální službě, veřejnost o této skutečnosti málokdy věděla ve větším měřítku. K tomu by mohly přispět také sociální sítě, kde by se vytvořila událost na stránce Facebooku, která by oznamovala posláním přednášky a základní informace o ní.

Destigmatizační nálepky

Dále jsme vytvořili destigmatizační nálepky, které se budou snažit o vyvracování mýtů o duševním onemocněním. Budou sloužit také k rozšíření tohoto projektu a povědomí. Obsahují název projektu, hashtag "jsem víc, než moje duševní nemoc" a různé negativní nálepky, se kterými se lidé s duševním onemocněním běžně setkávají. Přednášející je rozdají na přednášce a budou také nalepeny po městě Zlín.

Destigmatizační plakát

Jako vedlejší doplněk projektu jsme vytvořili destigmatizační plakát s názvem „Jsem mnohem víc, než moje duševní nemoc“. Obsahuje jednoduchou kresbu s osobními vzkazy člověka s duševním onemocněním. Sloužil by jako doplňující komponent, který by poukazoval na fakt, že duševní nemoc nedefinuje člověka jako lidskou bytost.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda a v jakých oblastech života se lidé s duševním onemocněním setkali se stigmatizací. V teoretické části se zabýváme pojmy jako je stigmatizace a sebestigmatizace a to v kontextu duševního onemocnění. V praktické části se touto problematikou zabýváme z empirického hlediska.

Pro zjišťování výzkumných účelů byla zvolena kvalitativní strategie. Data byla sbírána pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru, u něhož došlo k doslovné transkripci a následné analýze pomocí otevřeného kódování. Bylo zjištěno, že se stigmatizací se osoby s duševním onemocněním setkali individuálně ve všech zkoumaných oblastech. Co však bylo stěžejní, je to, že oblastí, na které se shodují, že se setkali se stigmatizací, je veřejné mínění a obraz duševního onemocnění v médiích. Veřejnost má podle nich tendence k předsudkům a mylným představám o lidech s duševní poruchou, a dokud ne onemocní například člen rodiny či někdo z jejich úzkého okruhu, straní se této skupiny osob. Účastníci se shodovali v existenci předsudků a odlišného zacházení ze strany veřejnosti kvůli jejich duševní nemoci. I když se obraz duševního onemocnění ve společnosti časem mění, stále zde figuruje neinformovanost o těchto nemocech. Média jsou vysoce stigmatizující, lidé s duševním onemocněním jsou v nich popsáni jako blázni, zločinci, padouši apod., což se poté odráží na názorech veřejnosti.

Z výzkumu také vyplývá, že prvky stigmatizace se v interpersonálních vztazích jako je rodina, přátelé či partneři vyskytují viditelně méně než v předchozí zmiňované oblasti a stigmatizační prvky se objevují jen u některých participantů. Spíše převládá pozitivní přístup rodiny k nemocnému jedinci, podpora a snaha se o nemoci informovat. V rodinných vztazích se někteří setkali se stigmatizací v podobě zlehčování příznaků nemoci nebo vysokých nároků na nemocného jedince. Ve vztazích s přáteli, spolužáky apod. je vyobrazena stigmatizace jako vyloučení z kolektivu, šikana či litování. V oblasti zaměstnání se také málokdy stigmatizace projevovala, i přesto vidíme prvky jako odsuzování ze strany kolegů, obavy ze sdělení diagnózy zaměstnavateli a nepřiměřené pracovní úkoly po zjištění diagnózy. V oblasti vnímání sebe a své nemoci se někteří participanté vyjadřují o snížení sebevědomí, pocit nepatření mezi zdravé lidi, ztrátě sebejistoty.

Častým jevem, který se u některých participantů vyskytuje, jsou obavy ze sdělení nemoci. Ať už se jedná o potencionálního partnera, kamaráda, zaměstnavatele rodinného příslušníka či úplně cizího člověka, mívají strach z reakce, neporozumění či odsouzení.

Zajímavé je také to, že všichni participanti mužského pohlaví vyjadřují pocity, kdy se necítí být pro potencionální partnerky „dost dobří“ kvůli tomu, že nejsou zdraví, nemají práci či pobírají invalidní důchod. Mají dojem, že by s nimi partnerky neviděly budoucnost.

Tématem stigmatizace lidí s duševním onemocněním jsme se zabývali kvůli tomu, že i přesto, že žijeme v moderním světě, stále registrujeme nepochopitelné rozdíly mezi lidmi s tělesnou nemocí a duševní nemocí a jak tyto dvě skupiny nemocí vnímáme. V případě tělesného onemocnění nemáme často problém chápat nemoc jako vnější okolnost, která daného jedince postihla. Avšak u těch duševních míváme tendence ke generalizaci obrovské skupiny lidí s různými psychickými nemocemi a příznaky a často je vnímat tak, jako by jenom nemoc vystihovala, kým nebo jací jsou. Jelikož z výzkumu vyplynulo, že se participanti výzkumu shodují na tom, že nejvíce stigmatizační oblastí je veřejné mínění a obraz duševního onemocnění v médiích, přišli jsme s fiktivním návrhem projektu, který by se týkal destigmatizace osob s duševním onemocněním a zvyšoval by také povědomí veřejnosti o těchto nemocech.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BABIAKOVÁ, Mira, Eva MARKOVÁ a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006, 352 s. ISBN 8024711516.
- [2] BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL, 2013. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-802-0429-933.
- [3] BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, c2002, 156 s. ISBN 8072621041.
- [4] CORRIGAN, Patrick W. a Amy C. WATSON, 2002. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. : *Official journal of the world psychiatric association* [online]. World Psychiatric Association, **1**(1), 16-20 [cit. 2020-05-18]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>
- [5] CORRIGAN, Patrick W., Jennifer RAFACZ a Nicolas RÜSCH, 2011. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research* [online]. **189**(3), 339-343 [cit. 2020-05-18]. DOI: 10.1016/j.psychres.2011.05.024. ISSN 01651781. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178111003908>
- [6] DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada, 1999, 353 s. Psyché. ISBN 8071696285.
- [7] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015, 646 s. Psyché. ISBN 9788024748269.
- [8] GERLINGER, Gabriel et al., 2013. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry: Official journal of the world psychiatric association* [online]. World Psychiatry, 155-164 [cit. 2020-05-17]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3683268/>
- [9] GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Praha: Argo, 1999, 595 s. ISBN 8072031244.

- [10] GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 167 s. Most : moderní sociologické teorie. ISBN 8086429210.
- [11] GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada, 2011, 208 s. Pedagogika. ISBN 9788024733791.
- [12] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010, 797 s. ISBN 9788073676865.
- [13] HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997, 221 s. Studijní texty. ISBN 8085850451.
- [14] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 8073670402.
- [15] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, 437 s. ISBN 9788026209829.
- [16] HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 647 s. ISBN 9788024629988.
- [17] LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010, 247 s. Psyché. ISBN 978024731254.
- [18] LIVINGSTON, James D. a Jennifer E. BOYD, 2010. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* [online]. 71 [cit. 2020-05-17]. Dostupné z: <https://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/69999.pdf>
- [19] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra. ISBN 9788024721385.
- [20] MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002, 143 s. ISBN 8071787000.

- [21] MASHIACH-EIZENBERG, Michal et al., 2013. Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Research* [online]. **208**(1), 15-20 [cit. 2020-05-18]. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.03.013. ISSN 01651781. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178113001443>
- [22] MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 807367002X.
- [23] MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013, 395 s. ISBN 9788026202134.
- [24] MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, 309 s. ISBN 9788073673314.
- [25] MCWILLIAMS, Nancy. *Psychoanalytická diagnóza: porozumění struktúře osobnosti v klinickém procesu*. Praha: Portál, 2015, 414 s. ISBN 9788026209430.
- [26] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. Psyché. ISBN 8024713624.
- [27] OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015, 374 s. Psyché. ISBN 9788024751993.
- [28] OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché. ISBN 9788024737379.
- [29] OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016, 338 s. Psyché. ISBN 9788024755168.
- [30] PRAŠKO, Ján. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 527 s. Učebnice. ISBN 9788024425702.
- [31] PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014, 246 s. ISBN 9788026207313.

- [32] PRYOR, John B. a Arjan E. R. BOS, ed., 2014. *Social psychological perspectives on stigma: advances in theory and research*. London: Routledge, Taylor & Francis Group, viii, 154 s. ISBN 9780415719865.
- [33] SCULL, Andrew T. *Šílenství a civilizace: kulturní historie duševních chorob od bible po Freuda a od bláznince k moderní medicíně*. Praha: Academia, 2019. Historie. ISBN 9788020029423.
- [34] SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2., rev. vyd. Praha: Maxdorf, 2002, 506 s. ISBN 808591218X.
- [35] STRAUSS, Anselm L. a Juliet M. CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. SCAN. ISBN 808583460X.
- [36] STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003, 178 s. ISBN 8072268287.
- [37] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 9788073673130.
- [38] VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, 212 s. ISBN 9788024447704.
- [39] WATSON, Amy C. et al., 2007. Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin* [online]. Oxford University Press, **33**(6), 1312–1318 [cit. 2020-05-17]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2779887/>
- [40] ZELST, Catherine van, 2009. *Stigmatization as an Environmental Risk in Schizophrenia: A User Perspective* [online]. Oxford University Press [cit. 2020-05-17]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2659317/>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Výzkumný vzorek	40
-----------------------------------	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Pozvánka na přednášku

Příloha P II: Destigmatizační nálepky

Příloha P III: Destigmatizační plakát

Příloha P IV: Ukázka kategorií a názvy kódů

Příloha P V: Ukázka přepisu rozhovoru