

Zařazení pracovníka s psychiatrickou diagnózou do pracovního procesu

Jakub Filipec

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta logistiky a krizového řízení

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta logistiky a krizového řízení
Ústav ochrany obyvatelstva

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Jakub Filipec**
Osobní číslo: **L20030**
Studijní program: **B1032A020002 Ochrana obyvatelstva**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Zařazení pracovníka s psychiatrickou diagnózou do pracovního procesu**

Zásady pro vypracování

1. Zpracujte rešerši odborné literatury, která popisuje problematiku stigmatizace psychiatricky diagnostikovaných osob.
2. Pomocí vhodně zvolených metod proveďte šetření, jehož výsledkem bude zjistit postoj a praxi zaměstnavatelů v oblasti zařazování psychiatricky diagnostikovaných pracovníků.
3. Na základě analýzy výsledků šetření vedte diskusi k dané problematice.

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

Seznam doporučené literatury:

1. HANISCH, Sabine E., Conal D. TWOMEY, Andrew C. H. SZETO, Ulrich W. BIRNER, Dennis NOWAK a Carla SABARIEGO. *The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. BMC Psychiatry.* 2016, 16(1). ISSN 1471-244X.
2. OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch.* Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché. ISBN 978_80_247-5199-3.
3. POLUCHOVÁ, Jitka a Anton Heretik. *Stigma duševných porúch z pohľadu ľudí s diagnózou schizofrénia: Stigma of mental disorders from the perspective of people with schizophrenia: výsledky výzkumu.* Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika: časopis psychiatrov, psychoterapeutov a psychosomaticky orientovaných odborníkov na Slovensku. Bratislava: Slovac Academic Press. 2009, 16(1), 2-11.

Další odborná literatura dle doporučení vedoucí bakalářské práce.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Anna Soukupová**
Ústav krizového řízení

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **5. května 2023**

L.S.

doc. Ing. Zuzana Tučková, Ph.D.
děkanka

prof. Ing. Dušan Vičar, CSc.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že:

- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a 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;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užit 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;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

V Uherském Hradišti, dne: 5. 5. 2023

Jméno a příjmení studenta: Jakub Filipec

.....
podpis studenta

ABSTRAKT

Práce ve své první kapitole přináší rešerši odborné literatury na téma psychiatricky diagnostikovaných osob a jejich stigmatizaci. Dále se zabývá psychiatrickými poruchami a jejich členěním dle mezinárodní klasifikace nemocí. Pozornost je kladena také na problematiku stigmatizace a její různé formy v závislosti na prostředí. Teoretickou částí práce je připraven základ k analýze pracovního prostředí, díky které jsou následně formulovány konkrétní kroky, jimiž má být na pracovišti dosaženo zlepšení pracovního prostředí v souvislosti s osobami psychiatricky diagnostikovanými.

Klíčová slova: stigmatizace, psychiatrická diagnóza, pracoviště, duševní porucha

ABSTRACT

In the first chapter, this piece of work presents a research of literature on the subject of psychiatrically diagnosed persons and their stigmatization. It also deals with psychiatric disorders and their classification according to the international classification of diseases. Attention is also paid to the issue of stigmatization and its various forms depending on the environment. The theoretical part of the thesis prepares the basis for the analysis of the working environment, thanks to which specific steps are subsequently formulated, which should be used to improve the working environment in the workplace in connection with persons with a psychiatric diagnosis.

Keywords: stigmatization, psychiatric diagnosis, workplace, mental disorder

Velký a upřímný dík patří vedoucí práce Mgr. Anně Soukupové, a to za mimořádnou ochotu a vstřícnost, jakož i cenné rady a připomínky.

Poděkovat bych chtěl rovněž kolegovi Martinovi za hojnou a významnou podporu během celého studia.

V neposlední řadě děkuji svému drahému příteli za celkovou podporu a pomoc.

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

OBSAH

ÚVOD.....	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 REŠERŠE LITERATURY K PROBLEMATICE PSYCHIATRICKY DIAGNOSTIKOVANÝCH OSOB, PRACOVNÍHO PROSTŘEDÍ A STIGMATIZACE.....	10
2 PSYCHIATRICKÁ DIAGNÓZA	14
2.1 HISTORIE PSYCHIATRICKÉ DIAGNÓZY	14
2.2 DRUHY PSYCHIATRICKÉ DIAGNÓZY	16
2.3 PSYCHIATRICKÉ VYŠETŘENÍ	21
3 STIGMATIZACE	24
3.1 PŮVOD A VÝZNAM POJMU STIGMATIZACE	24
3.2 STIGMATIZACE VE SPOLEČNOSTI	25
3.3 STIGMATIZACE NA PRACOVIŠTI	27
3.4 STIGMATIZACE V RODINĚ	29
3.5 SEBESTIGMATIZACE	30
4 PSYCHIATRICKY DIAGNOSTIKOVANÉ OSOBY V KONTEXTU SVÉHO OKOLÍ	32
4.1 PSYCHIATRICKY DIAGNOSTIKOVANÉ OSOBY NA PRACOVIŠTI	32
4.2 PSYCHIATRICKY DIAGNOSTIKOVANÉ OSOBY A POZITIVNÍ ODPOVĚĎ SPOLEČNOSTI.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
5 PRAXE V ZAŘAZOVÁNÍ PRACOVNÍKA S PSYCHIATRICKOU DIAGNÓZOU DO PRACOVNÍHO PROCESU	36
5.1 ANALÝZA PODMÍNEK PRACOVNÍHO PROSTŘEDÍ VE VZTAHU KE STÁVAJÍCÍM ČI POTENCIÁLNÍM PRACOVNÍKŮM S PSYCHIATRICKOU DIAGNÓZOU	36
5.2 GRAFICKÉ VYJÁDRĚNÍ VÝSLEDKŮ ANALÝZY	39
5.3 DISKUSE K PROVEDENÉ ANALÝZE	41
ZÁVĚR	43
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	45
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	48
SEZNAM OBRÁZKŮ	49
SEZNAM PŘÍLOH.....	50

ÚVOD

Symbolem vyspělé a zodpovědné společnosti je celá řada faktorů jako sociální systém státu, který pamatuje na slabé a znevýhodněné, systém školního vzdělávání, který zajišťuje budoucí rozvoj společnosti, systém organizace bezpečnostního prostředí, jenž chrání občany před nebezpečím zvenku, ale také počítá s mimořádnými událostmi, k nimž může dojít uvnitř státu. Všechna tato a podobná opatření představují systematizované a zákonem podložené kroky, postupy a praktiky, které mají vést k obecnému blahu společnosti.

Mimo to existují ve společnosti otázky, na které již legislativa nepamatuje, nebo alespoň ne v podstatnějším měřítku. Zmiňme třeba otázku praxe výchovy dětí, společenské zásady a slušné chování, vzájemný respekt mezi sousedy a nebo prostě řečeno úcta k člověku. I tyto projevy lidského jednání jsou v konečném důsledku zaměřeny na všeobecné blaho, avšak jsou to otázky vyžadující mnohem hlubší pojetí nežli zákonné vymezení.

Velice aktuální jsou snahy o rovnocenné přístupy k jednotlivcům řadícím se do různých skupin či menšin. Jako samozřejmá jsou chápána opatření usnadňující pohyb osobám na invalidním vozíku. Celkově se dá říci, že se společnosti snaží vycházet vstříc potřebným osobám.

Nemalou skupinu osob, které si zaslouží pozornost, tvoří osoby s psychiatrickou diagnózou. Je to téma v poslední době zvláště v odborných kruzích hojně pojednávávané, existuje celá řada článků a publikací zabývajících se vztahem osob psychiatricky diagnostikovaných s jinými osobami. Někteří autoři pak zvláště poukazují na specifické prostředí, do něhož jsou psychiatricky diagnostikované osoby zasazeny, totiž prostředí pracovní.

Otázka dobrých vztahů na pracovišti, jakož i citlivý a pragmatický přístup k osobám s psychiatrickou diagnózou se bezesporu řadí mezi otázky společensky důležité a její důsledné a správné pochopení jistě přispěje ke všeobecnému blahu společnosti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 REŠERŠE LITERATURY K PROBLEMATICE PSYCHIATRICKY DIAGNOSTIKOVANÝCH OSOB, PRACOVNÍHO PROSTŘEDÍ A STIGMATIZACE

Ocisková a Praško jsou autory obsáhlého díla *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch* (2015). Tato publikace představuje komplexní přehled projevů stigmatizace a sebestigmace tematicky seřazený do jednotlivých kapitol podle druhu psychické poruchy. Autoři předkládají nejen teoretické poznatky, ale doplňují je vždy konkrétními příklady. Mimo to se u každé kategorie psychické poruchy snaží nabídnout soubor intervenčních postupů, které se v rámci destigmatizace hodí u daného typu poruchy. Kniha se v posledních dvou kapitolách zabývá rovněž tématem boje proti stigmatu ve společnosti a otázkou zvládnutí sebestigmatizace u psychických poruch.

Dušek a Procházková-Večeřová představují obsáhlé dílo *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2015), kde nabízejí čtenáři podrobný popis klasifikace jednotlivých druhů psychiatrických poruch. Kategorizované řazení nemocí je doplněno detailním popisem symptomů spojených s daným druhem onemocnění. Dále autoři přinášejí konkrétní příklady z terapeutické praxe a zevrubně popisují konkrétní způsoby a postupy při terapii psychiatrických poruch.

Hannisch, Twomey, Szeto, Birner, Nowak a Sabariego se podíleli na přehledu *The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review*. Autoři se zaměřují na formy stigmatizace v kontextu pracovního prostředí, které vidí jako prostor ideální pro intervence proti stigmatizaci. Vycházejí z teze, že většina osob s duševní poruchou nevyhledá lékařskou pomoc. Proto se autorům jeví pracoviště jako potenciální prostředek ke zlepšení problému stigmatizace.

Do slovenského psychiatrického sborníku *Psychiatria – psychoterapia – psychosomatika* přispěli svou studií **Polouchová a Heretik** článkem *Stigma duševných porúch z pohľadu ľudí s diagnózou schizofrénia. Výsledky výskumu* (2009). Na základě výzkumu daného vzorku respondentů autoři abstrahují určité konkrétní úrovně osobního stigma: interpersonální interakce, strukturální diskriminace, přístup k sociálním rolím a obraz duševní poruchy ve společnosti. Jako přínos svojí studie vidí Polouchová a Heretik v možnosti pomoci redukovat negativní stereotypy ve společnosti a v intervencích na straně reakcí pacientů tak, aby bylo dosaženo lepšího průběhu jejich onemocnění.

Leff a Warner se ve svém příspěvku *Social Inclusion of People with Mental Illness* (2009) zabývají skutečnostmi, které psychiatricky diagnostikovaným osobám způsobují „bariéry sociální a pracovní integrace“. V první části detailněji popisují původ stigmatu a průběh psychóz. Konkrétní zaměření se promítá v pojednání o chudobě a znevýhodňování, která plynou z prezenze psychické poruchy na straně zasažených. Autoři hovoří rovněž o způsobech zmírnění symptomů u diagnostikovaných osob či procesu snižování strachu a diskriminace mezi veřejností. Druhá část Leffovy a Warnerovy práce je zaměřena na překonávání překážek v zaměstnání.

Mimořádně obsáhlé dílo z rukou editorů **Wolfganga Gaebela, Wulfa Rösslera a Normana Sartoria** *The Stigma of Mental Illness – End of the Story?* (2017) představuje vynikající zdroj jak nejnovějších poznatků, tak i časem potvrzených informací. Nabízí široký náhled na problematiku stigmatizace a diskriminace v různých kulturních kontextech. Jedná se o sestavu jednotlivých vědeckých výstupů různých autorů. Kniha svědčí o tom, že téma duševních poruch a následné stigmatizace se v poslední době dostává značně do popředí všeobecného zájmu. Toto více než šestisetstránkové dílo sestává z pěti částí: Přibližuje různé perspektivy v přístupu ke stigmatu a diskriminaci v části první. Ve druhé části předkládají autoři soustavu programů z různých koutů celého světa zaměřených na boj proti stigmatizaci. Poslední tři části se pak zaměřují na strategické postoje, nabízí širokou škálu odborných komentářů k danému tématu a představují nejnovější intervence proti stigmatizaci.

Pro zajímavost také kolektivní práce *Fighting stigma of mental illness in midsize European countries* (2012), je zařazena do výše pojednávané Gaebelovy a dalších publikace. Její finální podoba byla sestaven **Alinou Beldie**. Porovnává antistigmatizační aktivity napříč čtrnácti středně velkými zeměmi Evropy včetně České republiky a Slovenska. Souhrnně je předložen přehled jednotlivých typů aktivit v přehledné tabulce. Jedním z cílů tohoto příspěvku by měla být podpora vzájemné mezinárodní spolupráce na poli antistigmatizačních programů.

Studie **Corrigana a Watsona** (2002) *Understanding the impact of stigma on people with mental illness* se zaměřuje na problematiku veřejného stigmatu a podrobněji popisuje stereotypy s veřejným stigmatem spojené. Autoři představují strategii, která má vést ke změně veřejného stigmatu. Předmětem pojednání je rovněž kapitola o sebestigmatizaci, která popisuje způsoby, jimiž by se osoby s psychiatrickou diagnózou mohly se sebestigmatizací vyrovnat.

Více než 30 let stará studie *The Relationship of Causal Beliefs and Contact With Users of Mental Health Services To Attitudes To the 'Mentally Ill'* (1999) autorů **Read a Law**

se může zdát být v mnohém již zastaralá a možná překonaná. Popisuje však obecně platné a dodnes uplatnitelné principy. Článek zpracovává průzkum provedený na 270 respondentech, přičemž cílem bylo zejména se zabývat postoji k duševním poruchám ve společnosti a způsoby, jakými na tyto postoje cíleně působit, aby se vnímání psychiatricky diagnostikovaných osob zlepšilo.

Růžičková svojí diplomovou prací *Osoby s duševními poruchami v pracovním procesu – formy podpory a stigmatizace* (2020) vymezuje velmi zřetelně základy a potenciální rozsah tématu naší práce. Růžičková se v první části svého pojednání zabývá fenoménem zdraví, kde na pozadí *duševní pohody* ilustruje, jak je vnímáno duševní zdraví a jak naproti tomu duševní nemoc. Druhým stěžejním tématem je pro Růžičkovou *stigmatizace*, kteroužto oblast zpracovává obšírně počínajíc historickými aspekty, přes problematiku sebestigmatizace a léčbu v kontextu stigmatizace, dále nabízí vhled do procesu destigmatizace a ukazuje situaci v České republice. Třetí velkou kapitolou je otázka uplatnění osob s psychiatrickou diagnózou na trhu práce.

Lekešová se ve svojí práci *Destigmatizace duševně nemocných osob z pohledu všeobecných sester* (2019) zaměřuje prvně na popis důsledků stigmatizace na duševně nemocné, dále pak popisuje proces destigmatizace a představuje konkrétní programy zaměřené na destigmatizaci.

Čtenáři oboru psychiatrie ne příliš zasvěcenému lze doporučit knihu *Psychiatrické minimum* (2013) z rukou **Kučerové**. Autorka přibližuje základní psychiatrické pojmy na pozadí skutečných příkladů z praxe.

Stigma and Social Exclusion in Healthcare (2005), kteréžto dílo editovali **Carlisle, Masona, Watkins a Whitehead**, odhaluje, jakým způsobem a do jaké míry přispívají ke zvyšování stigmatu a sociálního vyloučení zdravotníci, ačkoliv mohou mít dojem, že pracují na jeho snižování. Autoři, z nichž někteří byli sami stigmatizováni, popisují skryté procesy předsudků a ideologické dogma, které ovlivňují současnou zdravotní péči. Kniha se zaměřuje na více témat, včetně sexuality, HIV a AIDS, užívání drog, těhotenství mladistvých, kojení či stáří.

Příspěvek do odborného časopisu *World Psychiatry Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions* (2013) sestavili **Gerlinger, Hauser, De Hert, Lycluyse, Wampers a Correl**.

Autoři se zaměřují formou elektronického vyhledávání ve vědeckých databázích na sestavení souboru studií, které pojednávají o účincích osobního stigmatu. Poukazují na to, že psychosociální vlivy, jmenovitě pak nižší životní úroveň, prokazují významné souvislosti s problematikou osobního stigmatu.

Cook a Burke-Miller zkoumají ve svém článku *Reasons for job separations in a cohort of workers with psychiatric disabilities* (2015) dopady nepříznivých pracovních podmínek – jako je otázka přiměřenosti spravedlivého finančního ohodnocení, spokojenost s vykonávanou činností, vliv pracovního prostředí či atmosféru v pracovním kolektivu – mezi pracovníky s psychiatrickou poruchou.

Žáčková ve svojí práci *Stigmatizace a sebestigmatizace osob s duševním onemocněním* zkoumá vzorek 10 psychiatricky diagnostikovaných osob. Práce je zajímavým příspěvkem díky svojí konkrétnosti a cílenému zaměření na zkušenosti se stigmatizací ve specifických okruzích jako rodina a okolí, blízcí, spolupracovníci nebo širší veřejnost.

Příspěvek do odborného periodika *Schizophrenia Bulletin Self-Stigma in People With Mental Illness* (2006), jehož autory jsou **Watson, Corrigan, Larson a Sells**, popisuje pozorování jeden a sedmdesáti jedinců, na nichž jsou zkoumány formy a projevy sebestigmatizace. Článek popisuje rovněž proces postupných kroků sebestigmatizace a na základě pozorování pak přináší konkrétní návrhy intervence proti sebestigmatizaci.

Bártlová se ve svém příspěvku *Nemoc jako stigma* (2006) zabývá procesem stigmatizace obecně. Vysvětluje vývoj stigmatizace v kontextu historických a kulturních specifik. Zamýšlí se nad provázaností a souvislostmi dvou rovin – samotného objektu, potažmo příčiny stigmatizace na jedné straně a vnímáním daného objektu na straně druhé.

A v neposlední řadě se nabízí zmínit literaturu sice zaměřenou širěji, nicméně vysoce odbornou – kolektivní dílo – sbírku odborných článků řady autorů, kteří působí na lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze, v pražské Ústřední vojenské nemocnici, ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a na Přírodovědecké fakultě Univerzity Karlovy: **Raboch a Pavlovský** – *Psychiatrie*. V publikaci jsou postupně pojednány různé oblasti psychiatrie.

2 PSYCHIATRICKÁ DIAGNÓZA

Psychiatrie představuje jeden ze stěžejních lékařských oborů. Původ slova pochází z řečtiny – *psyché*: duše; *iatreia* – lékařství. V současnosti se ukazuje, že význam psychiatrie narůstá. Typické závažné choroby např. infekčního původu se daří vymyčovat. Naproti tomu neuropsychiatrické choroby tvoří jednu z nejvýznamnějších skupin nemocí: „Jejich celoživotní prevalence¹ v naší populaci dosahuje takřka 50 %. **Jsou nejčastější příčinou ztráty pracovní schopnosti** vlivem narušeného zdraví nebo předčasného úmrtí, ještě před kardiovaskulárními a onkologickými chorobami.“ (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 13)

„Diagnostika v psychiatrii patří mezi nejobtížnější ze všech medicínských oborů. Je to dáno tím, že klinické obrazy psychických poruch jsou mnohotvárné a proměnlivé. U velké části psychických poruch neznáme etiologii² a patogenezi³. Zvláště obtížná je proto iniciální diagnostika – kdy jde o počínající psychickou poruchu a kdy o projevy, které mají obecný charakter, a není nutno předpokládat, že půjde o psychickou poruchu. Pro iniciální období rozvoje psychické poruchy obvykle postačuje diagnostika na úrovni syndromologické⁴. Také většina psychofarmak je konstruována pro léčbu na úrovni syndromů. Přesto i v psychiatrii je hlavním cílem diagnostikovat na úrovni psychické poruchy.“ (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 22)

2.1 Historie psychiatrické diagnózy

O duševních chorobách nacházíme první zmínky podle Rabocha (2021) již v polovině druhého tisíciletí před naším letopočtem v tzv. Ebersově papyru, kde se vyskytují texty modliteb k zařikávání. Zmiňuje dále konkrétní příklady duševních poruch, které jsou k nalezení v Bibli (Kráľ Saul pravděpodobně trpěl bipolární afektivní poruchou). Dušek a Večeřová zmiňují zmínky o psychických poruchách nejen v Egyptě a Mezopotámii, ale také v antickém Řecku, kde Hippokratovi připisují „odpoutání se od dosavadního mystického pojetí“

¹ prevalence – počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu [lat. *praevaléo* = mít převahu] (Vokurka a další, 2009)

² etiologie – nauka o původu a příčinách nemocí (Hartl a Hartlová, 2010, s. 133)

³ patogeneze – nauka o vzniku a vývoji nemocí a chorobných změn, dělí se na: a) formální, jež se zabývá jejich vývojem od začátku do konečného stádia, b) kauzální, příčinnou, který zjišťuje jejich příčiny (Hartl a Hartlová, 2010, s. 394)

⁴ syndrom – skupina *symptomů* (příznaků), které se vyskytují společně a charakterizují chorobný stav; obvykle vytvářejí zřetelně rozpoznatelný vzorec. (Hartl a Hartlová, 2010, s. 565)

duševních poruch (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 16). Hippokrates pracoval s teorií základních tělesných šťáv – sanguis (krev), chole (žluč), melanchole (černá žluč), flegma (sliz).

Se zánikem Římské říše v 5. století „byly duševní choroby opět vyňaty z medicíny a opět byly vykládány posedlostí zlými duchy...“ S příchodem raného středověku, kdy začaly v Evropě vznikat tzv. hospitaly, se díky lékařskému vzdělání mnichů k pacientům dostává léčebná péče: „začíná se realizovat azylová a nemocniční péče o duševně nemocné.“ (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 15)

Období raného novověku přináší další posun v přístupu k duševně nemocným. Johan Weyer z Lékařské fakulty v Kolíně nad Rýnem (16. stol.) „byl pravděpodobně prvním psychiatrem – klinikem, který se zabýval popisem psychopatologie“ (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 15). V souvislosti s Weyerovým učením se někdy hovoří o tzv. **první revoluci v psychiatrii**. „V roce 1621 vyšla první psychiatrická kniha, Burtonova Anatomie melancholie. Burton popsal některé typické projevy psychických poruch, nicméně měl daleko k jakékoliv klasifikaci“ (Ocisková a Praško, 2015, s. 14). Antonio Valsava (17. stol.) „zdůrazňoval vlídné zacházení s duševně nemocnými a pravidelný pracovní režim“ (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 16)

„O humanizaci psychiatrie lze hovořit od 90. let 18. století, kdy Filip Pinel v průběhu Velké francouzské revoluce dostal za úkol zlepšit péči o duševně nemocné v Paříži. Do té doby společnost přistupovala k těmto jedincům často velmi krutě; neklidní nemocní byli poutáni řetězy a ze sklepů byli vyváděni k obveselení publika, bití a hlad byly běžnou součástí této péče. Pinel se zasadil o humánnější zacházení s těmito dosud opovrhovanými bytostmi, zbaňuje je postupně pout, klade důraz na léčbu prostředím a prací, zavádí do léčby psychoterapeutické postupy.“ (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 457) Pinel je představitelem období tzv. **druhé revoluce v psychiatrii**.

Přelom 19. a 20. století znamená v oboru psychiatrie **třetí revoluci v psychiatrii**. „V Příboru na Moravě se narodil zakladatel psychoanalýzy Sigmund Freud (1856—1939), který představoval vedoucí osobnost psychologického přístupu v léčbě duševních poruch“ (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 17). Z Freudova učení jsou dodnes známé pojmy jako *libido*, *Id*, *Ego*, *Superego*... Freud podle Rabocha (2021, s. 18) také upozorňuje na to, že „obsahy naší psychiky se týkají také nevědomých procesů, které často řídí naše chování a mohou vést ke vzniku příznaků.“

Dopad vlivu nacismu a druhé světové války nebyl ani v kontextu psychiatrie mírnější než v jiných oblastech: 400 000 osob bylo v rámci prevence dědičnosti psychiatrických nemocí sterilizováno, na dětských psychiatrických oddělení bylo zavražděno 10 000 dětí. Během války bylo v Německu zabito 180 000 psychiatrických pacientů (Ocisková a Praško, 2015).

Poválečné období znamenalo rozvoj psychoanalýzy. Zásadním bodem pro psychiatrii byl objev psychofarmak – v padesátých letech se začínají nasazovat léky s antipsychotickým účinkem, které jsou schopny tlumit či potlačovat bludy a halucinace – tzv. antipsychotika. Hovoříme v tomto kontextu o **čtvrté revoluci v psychiatrii**. Po antipsychotikách se rozšiřují také antidepressiva. Ve 20. století prošla psychiatrie procesem, který ji zařadil mezi medicínské obory. Díky léčivům a pokročilým lékařským metodám došlo k významnému poklesu počtu pacientů odkázaných na ústavní péči. Současně se však začalo ukazovat, že mnozí pacienti se jen stěží dokáží adaptovat na mimoústavní prostředí. (Ocisková a Praško, 2015)

2.2 Druhy psychiatrické diagnózy

Škála duševních poruch je velmi rozmanitá a neustále se pracuje na prohlubování poznání této problematiky: „Přestože existuje řada sporných a nedořešených otázek v klasifikaci psychických poruch, vypracovává Světová zdravotnická organizace mezinárodní statistické klasifikace duševních poruch, které jsou pravidelně revidovány.“ (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 183) V některých zemích „je hojně používána 5. revize *Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch* (DSM-5). V Evropě se odborníci orientují dle *Mezinárodní klasifikace nemocí* (MKN – 10). Aktuálně je používána 11. revize, jejíž první vydání bylo publikováno v roce 1999. S ohledem na specifika lidského prožívání a chování tak jde jen o jeden z možných způsobů, jak se v rámci projevů duševní nemoci orientovat.“ (Orel, 1999 cit. podle Žáčková, 2020, s. 16)

Co se základního dělení duševních poruch týče, je rozlišováno mezi nemocí a úchylkou – nemoc se rozvíjí, vrcholí a odeznívá, zatímco úchylka představuje více méně trvalé vybočení od normy; mezi krátkodobými reakcemi a dlouhodobým trváním poruchy; mezi poruchami psychotickými⁵ a nepychotickými – „u psychotických poruch většinou dochází k narušení

⁵ „Psychóza je vážná psychická porucha v obecném smyslu slova, při níž je aktuálně narušena osobnost do té míry, že je porušena její integrita. Jednotlivé složky osobnosti nefungují tak, jak by měly, nejsou ve vzájemné harmonii, porucha jedné se ihned odrazí ve fungování druhé a dochází k vnitřnímu chaosu, který postrádá

kontinuity osobnosti, projevy nemocného se kvalitativně nemění.“ (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 182)

Na tomto místě se držíme členění⁶ včetně specifikace druhů poruch, které detailně popisují Dušek a Večeřová-Procházková (2015) ve svojí publikaci *Diagnostika a terapie duševních poruch*⁷:

F00—F09 organické duševní poruchy, včetně symptomatických – „*organické* duševní poruchy vznikají na základě poškození mozku, zatímco duševní poruchy způsobené onemocněním jiných orgánů než mozku se označují *symptomatické*. (...) Organické psychické poruchy lze rozdělit také podle toho, jestli jsou postiženy základní kognitivní funkce – paměť, intelekt, schopnost učení – nebo jestli jde o poruchy, kde postižení kognitivních funkcí není tak výrazné, ale v popředí jsou poruchy myšlení, vnímání nebo emocí.“ (s. 183)

Do této skupiny spadá demence u Alzheimerovy choroby, ale také jiné druhy demence jako např. demence u Pickovy choroby⁸ či demence u Creutfeldt-Jakobovy⁹ choroby, demence u Parkinsonovy choroby, psychické projevy při epilepsii, psychické poruchy při zánětlivých onemocněních mozku, psychické poruchy vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku nebo následkem somatického onemocnění, organická halucinóza, organický syndrom s bludy a mnohé další.

logický smysl – tedy takový smysl, který zdraví lidé za logický považují a kterému takto rozumějí. (...) Psychotická porucha je porucha velmi závažná, která vyžaduje zásah psychiatra (pokud je to možné). Psychotické stavy se vyskytují zejména v rámci schizofrenie, u některých typů depresí, jindy jako stavy zmatenosti u demencí, jako delirium například u závislosti na alkoholu, ale také v horečce nebo po operacích. (Kučerová, 2013)

⁶ Probstová a Peč 2014, s. 24

⁷ Podle jmenované publikace je zpracována celá kapitola, protože nejsou uváděny jednotlivé odkazy na citace, nýbrž toliko čísla stran. Je-li pro doplnění použit další zdroj, je citace uvedena v plném rozsahu.

⁸ Choroba byla popsána v roce 1892 Arnoldem Pickem, narozeném ve velkém Meziříčí na Moravě. „Pickova choroba je poměrně vzácné onemocnění. Počátek je pozvolný a projevuje se bolestmi hlavy, poruchami spánku a afektivní dráždivostí. Nápadná je rychlá změna povahy: pacient zanedbává zaměstnání i sebe, potuluje se, utrácí, nakupuje zbytečnými věcmi, dělá dluhy, lže a dopouští se i krádeží.“ (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 190)

⁹ Bylo potvrzeno, že jde o virové onemocnění způsobené pomalými víry – priony, které jsou asi stokrát menší než nejmenší viry, mají v průměru asi 5 nm. V populaci se onemocnění vyskytuje vzácně, ale nelze vyloučit, že některé demence patří do Creutfeldt-Jakobovy choroby. (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 190)

Do skupiny **F10—F19 duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek** se řadí např. poruchy vyvolané požíváním alkoholu, opioidů, sedativ nebo hypnotik, kokainu, halucinogenů, tabáku, kofeinu či organických rozpustidel.

„V Evropě se stal jednou z nejčastějších zneužívaných látek alkohol, zatímco třeba v arabských zemích jsou zneužívány různé jiné návykové látky, protože pití alkoholu je zakázáno.“ (s. 211)

Existuje dále různé řazení typů a fází alkoholismu. Dušek a Večeřová-Procházková uvádí *Jellinkovo* rozdělení na alfa – epsilon typy alkoholiků: „Pijáci alfa a beta požívají alkoholické nápoje sice rádi a při každé vhodné příležitosti, ale protože u nich ještě není vytvořena závislost ani psychická, ani somatická, mohou kdykoliv s pitím přestat. Gama a delta pijáci jsou již zřejmými alkoholiky. Nemohu se vlastní silou ubránit pití alkoholu a vyžadují pomoc okolí.“ (s. 213)

„Drogová závislost se stále více stává jedním z hlavních zdravotnických a celospolečenských problémů. (...) Podle některých autorů je pojetí závislostí širší: na jednom pólu je pojetí farmakologické, zdůrazňující látkově specifický charakter závislosti – jde o vytváření vazby na specifické toxikomanické vlastnosti látky. Na druhém pólu jsou jiné názory, které zdůrazňují antropologický aspekt problematiky. Na každém návyku je něco specificky lidského a prakticky jakákoliv činnost a jakýkoli zájem může vyústit do návykové formy. Rozhodujícím předpokladem pro vznik závislosti je struktura osobnosti, zatímco druh návykové látky je náhodný a jeho výběr závisí na situačních a konstelačních faktorech.“ (s. 219)

Skupina **F20—F29 zahrnuje duševní poruchy typu schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy**. „*Schizofrenie* patří mezi závažné psychické poruchy a je charakterizována poruchami myšlení, vnímání a osobnosti. Dalším významným projevem je porucha emotivity především kvalitativního charakteru: emoční nepřiměřenost, oploštělost, chudost. Onemocnění vzniká v mladém věku, nejčastěji kolem dvaceti let, ale časté jsou i formy začínající v dětství. (...) Schizofrenie postihuje asi jedno procento obyvatelstva. Výskyt u mužů a žen je přibližně stejný.“

Polouchová a Heretik (1999, s. 3) upozorňují, že „v porovnání s jinými psychiatrickými poruchami, bývá schizofrenie v médiích zobrazována převážně negativně. I s tím pravděpodobně souvisí její přetrvávající negativní obraz ve společnosti.“

U *schizotypální poruchy* se setkáváme s neadekvátními emočními reakcemi, duševně nemocný se chová podivně a zvláštně, vede nestandardní sociální život a uzavírá se do sebe,

trpí obsedantními myšlenkami: „Tato porucha byla vyčleněna pro stavy mezi vlastní schizofrenií a poruchou osobnosti.“

Trvalé duševní poruchy s bludy se vyznačují dlouhotrvající přítomností bludu – alespoň tři měsíce. Současně se nevyskytují halucinace. Stav bývá provázen depresivní náladou. Příčina nebývá organická. Setkáváme se s různými charaktery bludů – např. blud perzekuční (kdy se postižený nevyrovnal s nějakým negativním zážitkem), blud kverulační (postižený se domáhá svých domnělých práv často obracením se na instituce), blud žárlivecký, blud reformátorský, náboženský, vedle zmíněných se lze setkat rovněž s tzv. paranoidní psychózou, kdy se mohou vedle bludů vyskytovat rovněž halucinace. (s. 224—236)

F30—F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady) se řadí mezi nejčastěji se vyskytující duševní choroby, byly známé již ve starověku. Do této skupiny spadá velká řada různých manických či depresivních poruch, bipolární afektivní porucha¹⁰, rekurentní (periodická) depresivní porucha, trvalé poruchy nálady¹¹ a jiné.

Skupina označená **F40—F49** sdružuje **duševní poruchy neurotické, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy**. Obecně se dá říci, že se neurotické poruchy vyznačují úzkostmi – příčina *úzkosti* nemá konkrétní podobu, zatímco *strach* konkrétní podobu má.

Mezi fobické poruchy řadíme *agorafobii* (strach z otevřených prostranství), *sociální fobii* (strach z pohledu jiných lidí, vyhýbání se pobytu ve společnosti), *specifické (izolované) fobie*¹² či jiné úzkostné poruchy¹³.

¹⁰ „O bipolární afektivní poruchu se jedná tehdy, když se u pacienta rozvinula minimálně jedna manická epizoda. U většiny z nich se vyskytují též depresivní epizody. (...) Relativně často prvním projevem bipolární poruchy jsou jedna nebo více depresivních epizod a manické projevy se rozvinou teprve později. Bipolární deprese ve srovnání s unipolární depresí se vyskytuje v rodinách s větší psychiatrickou zátěží.“ (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 263)

¹¹ „U této poruchy se vyskytují u postiženého opakované hypomanické stavy a stavy smutné nálady, které nedosahují intenzity afektivních epizod, jsou však dlouhodobé. Musí trvat minimálně dva roky. (...) Duševní obtíže mohou vést k narušení životní kariéry poškozeného (časté je třeba nadužívání návykových látek).“ (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 273)

¹² „Tyto fobie jsou omezeny na vysoce specifické situace, například na blízkost určitých zvířat (psi, myši, hadi...), hmyzu (pavouci, brouci), na výšky, létání letadlem, požívání určitých jídel, návštěvu zubního lékaře, pohled na krev nebo zranění, strach z určitých nemocí atd. Přítomnost spouštěcího objektu či situace může vyvolat silnou úzkost až záchvaty paniky.“ (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 276)

¹³ „Jedná se o poruchu, u níž jsou hlavními symptomy projevy úzkosti a které nejsou omezeny na žádnou specifickou spouštěcí situaci.“ (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 276)

Do této kategorie se řadí rovněž tzv. obsedantně-kompulzivní¹⁴ porucha, která dle Hellerové (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 277) „patří mezi nejhůře léčitelné a nejčastěji invalidizující neurotické poruchy. Hlavním rysem jsou opakovaně se vyskytující obsedantní myšlenky nebo nutkavé akty.“

Ve zmíněné kategorii se nachází dále poruchy typu reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení, jako akutní reakce na stres, posttraumatická stresová porucha; hypochondrická porucha a jiné neurotické poruchy.

Další skupinou **F50—F59** jsou **syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory**. Konkrétně se jedná o poruchy příjmu potravy, jako jsou mentální anorexie, mentální bulimie nebo přejídání či zvracení spojené s jinými psychickými poruchami. Dále sem spadají poruchy spánku – neorganická nespavost, neorganická hypersomnie, poruchy rytmu spánků-bdění, náměsíčnost, rovněž noční děsy a noční můry. Patří sem i sexuální dysfunkce¹⁵ nevyvolané organickou nemocí nebo úrazem – nedostatek nebo ztráta sexuální touhy, odpor k sexu a nedostatečné prožívání sexuální slasti, selhání genitální odpovědi, dysfunkční orgasmus, předčasná ejakulace, hypersexualita a jiné.

Poruchy osobnosti spadají do kategorie **F60**. „Pacienti s poruchami osobnosti jsou charakterističtí tím, že jsou pro ně typické rozmanité klinicky významné stavy a následně tedy i vzorce chování, které přetrvávají a jsou neměnné. Poruchy osobnosti jsou vždy variantou charakterových a temperamentových rysů, které se zásadně odchyľují od rysů, kterými disponuje většina. Mají odlišný vztah jak k sobě samotným, tak i k okolí. Toto samozřejmě značně snižuje jejich možnost plnohodnotného začlenění do společnosti a je spojeno se značným subjektivním utrpením, ale taktéž s utrpením jejich okolí.“ (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 325)

Mezi projevy **poruch chování dospělých F61—F69** se řadí např. návykové a kompulzivní poruchy jako je patologické hráčství (gambling), patologické zakládání požárů (pyromanie)

¹⁴ *obsese* – myšlenky, představy nebo impulsy, které se opakovaně ve stereotypní formě vtírají do mysli postiženého, (...) myšlenky, které vtrhnout do vědomí a jsou prožívány jako iracionální a zatěžující. Téměř vždy vyvolávají úzkost (...) Pacienti uznávají, že jejich myšlenky jsou iracionální, ale nejsou schopni si jich nevsímat nebo je potlačit.

kompulze – nutkavé akty, jsou opakující se úkony zdánlivě účelného chování, které je prováděno podle určitých pravidel nebo stereotypním znovu a znovu se opakujícím způsobem. (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 277—278)

¹⁵ „Sexuální dysfunkce zahrnuje různé stavy, kdy se jedinec nemůže podílet na sexuálním vztahu tak, jak by si přál. V širším smyslu jsem patří i nepřijemné prožívání aktu.“ (s. 273)

či patologické kradení (kleptomanie); poruchy pohlavní identity – transsexualismus, transvestitismus, porucha pohlavní identity v dětství; poruchy sexuální preference jako je fetišismus, exhibicionismus, pedofilie či masochismus.

F70—F79 Mentální retardace „je stav zastaveného či neúplného duševního vývoje. Projevuje se narušením dovedností, které přispívají k po všechny úrovni inteligence. Je narušen vývoji řeči, poznávacích, pohybových a sociálních schopností.“ (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 343)

Mezi **poruchy psychického vývoje F80—F89** se řadí specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, specifické vývojové poruchy školních dovedností, specifická vývojová porucha motorické funkce, smíšené specifické vývojové poruchy, pervazivní vývojové poruchy.

Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání F90—F98 zahrnují hyperkinetické poruchy, poruchy chování, smíšené poruchy chování a emocí, emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství, poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci, tikové poruchy a jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a adolescenci. (Raboch a Pavlovský, 2021)

2.3 Psychiatrické vyšetření

Stejně jako u tělesných chorob a onemocnění je i v oblasti psychiatrie důležité uvědomit si, že jedinec může trpět onemocněním, aniž by se toto zjevně navenek projevovalo. Často, a zejména v raných stádiích nemoci, nejsou znát žádné známky absence zdraví. To však platí i opačně – v nemalé míře se lze setkat s jedincem, který objektivně trpí zdravotní újmou, aniž by však tato skutečnost byla lékařsky diagnostikována.

Aniž by se to mohlo zdát, je dle slov Kučerové (2013, s. 40) „psychiatrická diagnostika velice přesná. Jen je třeba držet se určitých zásad. Lékaři, kteří vyšetřují tělesný stav pacienta, odebírají sice od pacienta anamnézu¹⁶, ale převážná část jejich vyšetření se zaměřuje na tělesné funkce. Čím dál více je možno využívat technických vymožeností, které diagnostiku

¹⁶ anamnéza – předchorobí. Součástí vyšetřování, při němž se lékař dotazuje pacienta na onemocnění v jeho rodině, na jeho dosavadní onemocnění a jejich léčbu, operace, úrazy, u žen na porody, potraty, menstruaci, na pracovní a sociální poměry. (...) Účelem anamnézy je pátrání po rizikových faktorech onemocnění (kouření, alkohol rizikové pracoviště, infekce v okolí apod.), zvažuje se event. vliv dědičnosti, prostředí a ostatních chorob, které proběhly třeba i ve vzdálené minulosti. V centru pozornosti jsou pacientovy současné obtíže a

lékaři usnadňují, zpřesňují, ale současně s tím, bohužel, omezují osobní vztah lékař — pacient. Psychiatr nemá možnosti stanovit diagnózu nějakým přístrojem (i když jisté snahy se v tomto směru začínají objevovat) a je odkázán na osobní kontakt s pacientem, na rozhovor s ním, na pozorování pacientova chování, případně informace z jeho okolí.“ (Kučerová, 2013, s. 40) „Klinické vyšetření,“ jak podotýká Uhrová (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 70), „má v psychiatrii zcela zásadní význam. Na rozdíl od ostatních medicínských oborů hraje totiž hlavní roli při stanovení správné diagnózy a současně představuje důležitý úvod do vlastní léčby.“

Při kontaktu s pacientem je třeba dbát na pokud možno komfortní atmosféru, ideálně vést rozhovor s pacientem v soukromí a vyvarovat se zbytečných rušivých elementů. Nezbytné je rovněž vyhradit si dostatek času. „Rozhovor psychiatra s pacientem má poskytnout nemocnému možnost vyjádřit všechny jeho starosti a trápení a současně umožnit lékaři, aby pacienta poznal ve všech důležitých aspektech.“ (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 70)

Mezi odborníky se také vede debata o technické podobě rozhovoru při vyšetření. „Někteří psychiatři nezačínají vyšetření pacienta rodinnou anamnézou, ale nejprve rozhovorem o pacientových současných potížích. Je to lepší postup, protože vyšetřený hned od počátku získá dojem, že se zajímáme především o jeho potíže a že mu od nich chceme pomoci. Podobné problémy vznikají s tím, zda si při vyšetření máme vše pečlivě zapisovat. Na jedné straně je to velmi důležité, na druhé straně to odrazuje vyšetřovaného, aby nám uváděl některé důvěrnosti ze svého života. Vhodná cesta je asi uprostřed – pečlivě posloucháme, co pacient uvádí, děláme si jen stručné poznámky a potom rozhovor zapíšeme. Stejně tak není vhodné provádět nahrávání rozhovoru s vyšetřovaným, opět to vede k jeho zvýšené podezřívavosti a snížené možnosti získat potřebné údaje.“ (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 37)

Průběh samotného vyšetření pak sestává z více dílčích anamnéz. Běžně se začíná otázkami na rodinné a osobní danosti. Otázky na příbuzenstvo směřují do oblastí jako výskyt duševních nemocí, nápadné povahové rysy, užívání návykových látek či alkoholu, kriminální aktivity atd. V rámci osobní anamnézy se, jak popisuje Uhrová (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 70) „začíná již prenatálním vývojem – matčíným těhotenstvím, (...) přes průběh porodu a časný poporodový vývoj.“ Zjišťovány jsou běžné dětské nemoci, závažná onemocnění, ale

příznaky jeho nynějšího onemocnění, jejich intenzita, vývoj, co nejpřesnější popis [řec. anamnesis = vzpomínání]. (Vokurka a další, 2009)

i mnoho dalších skutečností z pacientova dětství. „Pacientovo dětství je pro nás hlavním zdrojem informací o formování jeho osobnosti.“

Dalšími fázemi vyšetření jsou otázky na školní a pracovní anamnézu – zájmovými body jsou pacientovo zařazení do dětského kolektivu a jeho postavení v něm, oblíbené a neoblíbené předměty, známky a celkový prospěch, dále volba oboru, změna pracovní činnosti, výpověď z práce, invalidní důchod a mnohé jiné; sexuální anamnéza – počínaje již psychosexuálním vývojem, preference dívčích či chlapeckých hraček, identifikace v mužské či ženské roli, zájem o opačné či stejné pohlaví, pacientův postoj k vlastní sexualitě...; průběh života, základní vojenskou službu, kriminální anamnézu, držení řidičského či zbrojního průkazu, mezi velmi důležité oblasti se pak řadí návyková anamnéza – tedy míra a četnost užívání alkoholu, tabáku a drog; předmětem zkoumání jsou rovněž pacientovy zájmy. (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 71—72)

„Než zhodnotíme pacientovu osobnost my, požádáme ho, aby on zkusil sám sebe charakterizovat. Jaký si myslí, že je, jaké jsou jeho typické vlastnosti, jak si myslí, že ho hodnotí okolí. Může tím jednak odhalit údaje, ke kterým jsme se v dosavadní anamnéze nedostali, jednak nás to může upozornit na potíže v pacientově introspekci¹⁷.“ (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 73)

¹⁷ introspekce – sebezpozorování, pozorování sebe samého, vlastní psychiky, vnitřních prožitků a procesů probíhajících ve vědomí; introspekci je však dostupné jen to, co si člověk sám uvědomuje; v případě výzkumné metody pochybnosti o objektivitě, proto v současné psychologii kombinována s extrospekci (Hartl a Hartlová, 2010, s. 231)

3 STIGMATIZACE

Skutečnost duševního onemocnění může mít na jedince dopad v několika rovinách. V předchozí kapitole bylo nastíněno, jakým způsobem se daného člověka psychická porucha dotýká sama osobě – tedy svou bezprostřední skutečností. Tato kapitola se věnuje fenoménu, který je označován jako stigmatizace. S pojmem se lze setkat nejen v rámci oboru psychiatrie, ale i v široké medicínské praxi, ba dokonce v mnohem obecnějším kontextu.

Na problematiku stigmatizace zde budiž nahlédnuto z více úhlů pohledu, které je k tématu zařazení psychiatricky diagnostikovaného pracovníka do pracovního procesu potřeba zaujmout, aby mohlo být chápáno ve vší komplexnosti. Za prvé je vhodné zabývat se samotným pojmem stigmatizace a jeho konkrétním významem zejména ve vztahu k psychiatricky diagnostikovaným osobám.

Raboch (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 19) v úvodní kapitole ke kolektivnímu dílu „Psychiatrie“ o fenoménu stigmatizace píše: „Přes veškerý pokrok v oblasti psychiatrické péče nás stále velmi trápí stigma spojené s duševními chorobami. Ještě v současné době se lidé často bojí navštívit psychiatra, nebo alespoň o svých duševních problémech či psychiatrické léčbě ve společnosti nemluví.“

3.1 Původ a význam pojmu stigmatizace

„Řecké slovo stigma bývá překládáno jako znak nebo stopa, která nese nějaké svědectví. Z etymologického hlediska je sémantický původ odvozen z řeckého slova, které se vztahuje k tetování. Kdysi se tímto slovem označoval cejch vypalovaný otrokům v thesalských dolech antického Řecka.“ (Bártlová, 2006, s. 266) Ocisková a Praško (2015, s. 11) stigmatizaci vyvozují ze dvou metaforických konotací – 1. stigmata jako rány Kristovy¹⁸, v přeneseném významu pak hovoří také o jiných specifických znameních na těle jako jsou znaménka či bradavice, 2. „tělesné známky, které vypovídají o nemoci svého nositele (...), známky svědčící o ohrožující nakažlivé nemoci jako lepra, nebo viditelné příznaky nevyléčitelných onemocnění, jako je pokročilá jaterní cirhóza.“

¹⁸ „Existuje souvislost s nadpřirozeným původem stigmat a jejich pozitivní konotací v používání tohoto termínu v dřívějších dobách k označení známek připomínajících rány na ukřižovaném těle Krista, o nichž se uvádí, že se objevily na živých tělech svatých.“ (Leff a Warner, 2009, kpt. 3)

„Později se slovo dostávalo do širšího kulturního slovníku v různých souvislostech. V 19. století znala rodící se kriminalistika stigmata zločinců, čímž se rozuměly fyzické odchylky vzhledu svědčící pro zločinecký charakter způsobený degenerací. Proces postupné generalizace významu označení pro cejch otroků a zločinců vedl k dnešnímu chápání procesu stigmatizace.“ (Bártlová, 2006, s. 266)

Hartl a Hartlová (2015, s. 553) definují stigmatizaci jako „společenský předsudek vůči někomu, jemuž jsou pak přisuzovány záporné vlastnosti; předem dané záporné hodnocení, které je okolím přisouzeno jedinci, skupině nebo organizaci.“ „Stigma je také kulturně definováno a rozdíly jsou evidentní ve způsobech, kterými jsou mezi kulturně odlišnými skupinami určité atributy buď přijímány nebo [hodnoceny¹⁹] jinak.“ (Carlisle a další, 2001, s. 2) „Pojem stigma není tedy statický a pevně stanovený,“ jak dodává Bártlová (2006, s. 266), „ale je ovlivňován společenskými změnami probíhajícími ve všech epochách. Existují též velké kulturní rozdíly v tom, co je považováno za stigma, stejně jako regionální odchylky v rámci společenských souvislostí.“

3.2 Stigmatizace ve společnosti

O stigmatizaci jedince ve společenském okruhu, kde se daný vyskytuje, je napsáno mnoho. Chceme se na tuto problematiku podívat s určitým nadhledem a vyzdvihnout souvislosti a důsledky stigmatizace osob v daném společenství.

Bártlová (2006, s. 266) k otázkám stigmatizace ve společnosti píše následující: „Od národních hodnot až po kulturní kodex skupiny může rozmanitost pravidel a tabu, která nesmějí být překročena, vyvolat proces marginalizace a přispět k vytvoření podmínek pro označení některých jedinců stigmatem. Posun ve vývoji společenských souvislostí, který vede k tomu, že určité formy chování, určité etnické skupiny nebo určité tělesné vady jsou chápány jako stigmatizující, závisí na vývoji kulturního dědictví společnosti a toto dědictví může být determinováno klíčovými historickými a sociálními mezníky, jak se promítají do společností uznávaných hodnot.“

„Diskriminace a předsudky v jakékoli formě slouží k oddělení a vyloučení jednotlivců ze společnosti a z mnoha výhod společnosti, jako je spravedlivý přístup ke službám v podobě bydlení, vzdělání, zdravotní péče nebo sociální podpory. Diskriminace tímto způsobem je formou sociálního vyloučení.“ (Carlisle a další, 2001, s. 3) „Na individuální úrovni může

¹⁹ překlad doplněn autorem

být dopad stigmatu a sociálního vyloučení zničující, což vede k nízkému sebevědomí, špatným sociálním vztahům, izolaci, depresi a sebepoškozování. Skupiny i jednotlivci mohou být stigmatizováni a předsudkové chování vůči nim na základě rasy, sexuální orientace, kultury a náboženského přesvědčení je zažíváno na úrovni jednotlivce i skupiny.“ (Carlisle a další, 2001, s. 3) Hanisch a další (2016, s. 2) popisují v podstatě shodné pozorování: „Veřejná stigmatizace (...) má za následek sníženou sebeúctu a vlastní účinnost u lidí s problémy s duševním zdravím. Nepříznivé účinky stigmatu ovlivňují různé aspekty života a přidávají další zátěž pro ty, kteří již trpí duševní chorobou. Snad nejničivější je dopad stigmatu jako hlavní překážky v přístupu k léčbě duševního zdraví.“

Svá specifika pak má stigmatizace osoby s diagnostikovanou schizofrenií: „Stigma postihující nemocného se schizofrenií vytváří jednak negativní konotace a stereotyp duševních nemocí v populaci a jednak bezprostřední reakce druhých lidí na nemocného. Mezi běžnou populací panuje velká nevědomost, pokud jde o duševní onemocnění všeobecně, a zvláště pak o schizofrenii. Mýty, kterými je toto onemocnění opředené (např. pacienti jsou neschopní, nevypočitatelní, potenciálně agresivní atd.), mohou vytvářet bludný kruh odcizování, které zasáhne ty, kteří trpí schizofrenií, a často také i jejich příbuzné a blízké. Stigma se může stát hlavní příčinou sociální izolace, neschopnosti najít si práci, užívání alkoholu nebo drog, bezdomovectví a nadměrné snahy o řešení situace v rámci uzavřených oddělení psychiatrických klinik a léčebeň – to vše snižuje šance na vyléčení pacienta a jeho návrat k samostatnému fungování v životě.“ (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 252–253)

„Psychiatrickí pacienti trpí mimo příznaku vlastního onemocnění ve významné míře také **sociálním stigmatem a diskriminací**. Stigmatizace má za následek hned několik negativních souvislostí: nejen že snižuje sebevědomí nemocného a nežádoucím způsobem ovlivňuje jeho interpersonální interakce, ale může vést až k úplné ztrátě jeho sociálního statutu a následné diskriminaci“ (Link a Phelanová, 2001, Wahl, 1999, Schulzeová a Angeremyer, 2002, González-Torres a další, 2007, Ertugrul a Ulug, 2004, Dickersonová a dalš, 2006, cit. podle Polouchová a Heretik, 2009, s. 3); stigma potom představuje situaci člověka, který byl vyloučený z plné sociální akceptace a diskriminovaný na základě existence stereotypů (Polouchová a Heretik, 2009, s. 3).

Výzkum Polouchové a Heretika (2009) dokládá, že 9 z 10 účastníků šetření zaznamenalo, že se jim okolí začalo po psychiatrické diagnóze vyhýbat. Dalšími projevy sociální izolace

byly nedostatek zájmu o informace týkající se duševní poruchy postiženého, ignorace či výsměch. Mimo to respondenti dosvědčují zkušenosti přímé diskriminace formou nevhodných poznámek.

Zvláštním poznatkem je dále pozorování stigmatizace zdravotnickým personálem. Jak uvádí respondenti Polouchové a Heretika (2009, s. 6—7), většina se setkala s odlišným přístupem než zdravotnický personál zaujímal k ostatním pacientům, a to vlivem jejich psychiatrické diagnózy: „uvedené zkušenosti zahrnují verbální a agresivní komunikaci zdravotních sester, nezájem komunikovat s pacienty, neochota, necitlivé zacházení, projevující se např. při aplikaci injekcí, a celkově malý zájem o pacienty jako o lidské bytosti.“²⁰ Takto formulovaná zkušenost podporuje tvrzení Read a Lawa (Read a Law, 1999, s. 217): „Je zajímavé, že vzhledem k tendenci profesionálů připisovat vinu za stigmatizaci někomu jinému, studie zjistily, že postoje novinářů k duševním chorobám jsou podobné jako u odborníků na duševní choroby.“

3.3 Stigmatizace na pracovišti

Ke stigmatizaci na pracovišti může docházet nejen na základě psychiatrické diagnózy konkrétního pracovníka, ale i vlivem moha jiných faktorů, jako jsou zdravotní postižení, etnický původ, sexuální orientace, náboženství, pohlaví, věk nebo jiné charakteristiky. Výskyt stigmatizace může být způsoben stereotypy, předsudky a diskriminací, které jsou zakořeněny v kultuře a společnosti. Stigmatizace na pracovišti může mít negativní dopady jak na zaměstnance, tak na organizaci jako celek. Zaměstnanci, kteří jsou stigmatizováni, se mohou cítit izolovaní, podhodnocovaní a mohou jevit sklony k depresi, úzkosti či stresu.

Psychiatricky diagnostikované osoby dle výzkumu Polouchové a Heretika (1999, s. 5) „ve snaze zabránit stigmatizaci a diskriminaci svoji diagnózu před druhými často skrývají a nebo se prostě potenciálně ohrožujícím sociálním kontaktům vyhýbají a uzavírají se do sebe.“ Citovaní autoři dále hovoří o pracovním prostředí chráněných dílen – problém se zde jeví dvojitý: jednak malá informovanost o této možnosti práce v chráněných dílnách na straně psychiatricky diagnostikovaných osob, jednak obava z dalšího „rizika stigmatizace související s nízkým socio-ekonomickým statutem nabízených pracovních pozic a obava ze špatných vztahů s neinvalidními kolegy.“

²⁰ Zde je nutné podotknout, že výzkum Polouchové a Heretika probíhal na Slovensku, převážně v Bratislavě, proto nelze toto tvrzení považovat za obecně platné (pozn. autora).

Pracoviště obecně se nabízejí jako prostor vhodný pro práci s psychiatricky diagnostikovanými osobami. „Lidé s duševním onemocněním jsou kvůli symptomům, dlouhodobé léčbě a/nebo stigmatu sociálně vyčlenění, dobrou cestou ke znovuzачlenění se jeví návrat do pracovního procesu. Stabilní zaměstnání poskytuje kromě začlenění do určitého kolektivu navíc jistotu a zvyšuje pocit sebevědomí.“ (Růžičková, 2020, s. 49)

Hanisch a další (2016, s. 2) svůj výzkum zaměřili právě na analýzu pracovního prostředí: „Přestože stigma duševních onemocnění bylo mezi běžnou populací rozsáhle zkoumáno, o jeho prevalenci a důsledcích na pracovišti je známo jen málo.“ Autoři popisují výsledky výzkumů²¹ (Hanisch a další, 2016, s. 2), při nichž bylo pozorováno na vojácích selhání při léčbě posttraumatické stresové poruchy, z důvodu obav ze stigmatizace, dále byly u kancelářských pracovníků pozorovány obavy z negativního názoru nadřízených v případě, že by se tito dozvěděli o využití služeb podpory psychického zdraví, podobné služby pak zaměstnanci nechtěli využívat i z důvodu obav o poškození kariérního růstu: „To jasně ilustruje, že stigma duševní nemoci má negativní dopad na využívání zdravotnických služeb v práci a vede k tomu, že zaměstnanci čekají, až jejich příznaky vážně naruší jejich každodenní fungování, místo aby hledali podporu včas. Stigma nejenže představuje bariéru pro léčbu duševního zdraví po propuknutí nemoci, ale zasahuje i do preventivních snah v časných stádiích nemoci.“

„Náš přehled ilustruje, že intervence proti stigmatizaci na pracovišti mohou být účinné při změně znalostí, postojů a chování zaměstnanců k lidem s problémy s duševním zdravím. Nicméně kvůli metodologickým nedostatkům ve většině zahrnutých studií, nedostatku následných kontrol nad rámec postintervenčního hodnocení a také heterogenitě, pokud jde o obsah intervence, dobu trvání a měřítka výsledku, jsou důkazy o účinnosti intervence antistigmatizační intervence na pracovišti neprůkazné a musí být interpretovány opatrně.“ (Hanisch a další, 2016, s. 7)

²¹ KIM, Paul, Jeffrey THOMAS, Joshua WILK, Carl CASTRO a Charles HOGGE. Stigma, Barriers to Care, and Use of Mental Health Services Among Active Duty and National Guard Soldiers After Combat. *Psychiatric Services*. 2010, **61**(6). ISSN 1075-2730. Dostupné z: doi:10.1176/appi.ps.61.6.582; WALTON, Lesley. Exploration of the attitudes of employees towards the provision of counselling within a profit-making organisation. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2003, **3**(1), 65-71. ISSN 1473-3145. Dostupné z: doi:10.1080/14733140312331384658

3.4 Stigmatizace v rodině

Nejenom v prostředí široké společnosti či v užším pracovním prostředí se setkáváme s formami stigmatizace. Nezanedbatelným fenoménem je stigmatizace, ke které dochází v prostředí nejbližším psychiatrickou diagnózou poznamenanému jedinci. Zde je potřeba zmínit také to, že k oběma případům stigmatizace nemusí docházet nutně na základě psychiatrické diagnózy, nýbrž často také vlivem samotné prezenze duševní poruchy.

V souvislosti se stigmatizací a rodinným prostředím rozlišujeme dvě úrovně – v prvním případě je předmětem stigmatizace ze strany rodinného příslušníka daná osoba s duševní poruchou. V případě pak druhém jsou předmětem stigmatizace ze strany okolí příbuzní dané osoby s duševní poruchou: „Samotný fakt, že je někdo podezřelý z psychické poruchy, stigmatizuje nejen samotnou osobu, ale i rodinu. Existuje mnoho rodin, které odmítají přiznat, že jejich člen je ‚blázen‘. Odmítají nejen možnost léčby, ale i vyšetření. To může být příčinou pozdní diagnózy poruchy a nekvalitní spolupráce s terapeutem, přerušování léčby, nesouhlasu s hospitalizací.“ (Čaplová, Žucha, 2007; Adamcová a další, 2010, cit. podle Ocisková a Praško, 2015, s. 41)

„Kromě toho, že se [příbuzní] často setkávají s nepřijetím ze strany druhých, bývají také sami zdrojem stigmatizace. Stává se, že pacient vyhledá léčbu nebo radu odborníka a příbuzní se rozzlobí, protože to podle nich nebylo potřeba. Existují také rodiny více uzavřené, které kladou důraz na to, aby se potíže řešily pouze v nejužším kruhu a jiní lidé do nich nebyli zasvěcováni. To pak brání efektivní léčbě.“ (Ocisková a Praško, 2015, s. 288)

Že vztah osoby s psychiatrickou poruchou a její rodiny, potažmo nejbližšího, okolí hraje významnou roli, svědčí i Kučerové (2013, s. 54) zkušenosti z praxe: „U některých pacientů je velmi důležité, aby lékař měl informace také z jejich okolí, tedy aby získal tzv. objektivní údaje. Jsou to především pacienti, kteří mají poruchy paměti či další známky demence. Ti jsou často se sebou spokojeni a nemají náhled jakýchkoliv psychických potíží (...). Proto je v těchto případech nezbytné, aby podrobnější informace podali příbuzní pacienta, pokud je pacient má. Další případy, kdy lékař potřebuje informace od rodiny nebo jiného okolí pacienta, se týkají pacientů závislých na alkoholu, případně jiných drogách.“

Vedle pracovního prostředí se tedy přirozeně rodina jeví jako oblast, do které by mělo být přínosné zaměřit antistigmatizační intervence: „Rodinná terapie zainteresovává do léčby

i rodinné příslušníky. Pro nemocného je velmi potřebné, aby v rodině bylo vytvořeno *příznivé klima* bez prudkých emocí, výčitek, mentorování nebo hádek.“ (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 256)

3.5 Sebestigmatizace

Problematicke sebestigmatizace se poměrně do hloubky věnují Ocisková a Praško. Dle některých studií²² kategorizují Ocisková a Praško (Corrigan a další, 2004, 2005, 2009, 2011; Heijnders, Van Der Meij, 2006, Lee a další, 2006; Heflinger, Hinsaw, 2010, cit. podle 2015, s. 38) stigma do tří podskupin: *sociální* – „popisuje stereotyp velkých sociálních skupin vůči stigmatizovaným skupinám“; *strukturální* – „týká se pravidel, zásad a postupů institucí, které omezují práva a příležitosti pro členy stigmatizovaných skupin“; a *internalizované* – tím je označován třífázový proces, během kterého člověk přijímá za své negativní stereotypy, které vůči němu zaujímají druzí lidé. V první fázi se jedinec, který je společností nepřijímán, setkává se sníženým přijetím od okolí. Začíná si uvědomovat stereotypy, které druhé vedou k tomu, že s ním není nakládáno jako s rovnocenným partnerem. Když si stigmatizovaný stereotypy uvědomí, začíná s nimi souhlasit. V konečné fázi s těmito tvrzeními souhlasí aplikuje je na sebe. Tím dojde k završení procesu internalizace.“

Corrigan a Watson (2002, s. 17) se pak o sebestigmatizaci z pohledu sebestigmatizovaného rozepisují ještě intimněji: „Někdo by si mohl myslet, že lidé s psychiatrickým postižením, kteří žijí ve společnosti, která široce podporuje stigmatizující myšlenky, si tyto myšlenky osvojí a budou věřit, že jsou méně ceněni kvůli své psychiatrické poruše. Sebevědomí [těchto osob]²³ trpí, stejně jako důvěra ve vlastní budoucnost.“

Jak si nicméně všímá Růžičková (2020, s. 26), „každá osoba může na postupný proces stigmatizace reagovat různě.“ dále autorka parafrázuje Watsona a další (2007, cit. podle Růžičková, 2020, s. 26): „Na jedné straně je ideální situace, kdy stigmatizovaný přijímá svou jinakost jako pozitivní a nachází v ní sílu, na straně druhé přijetí ne stigmatu jako takového, ale všeho špatného, co s sebou podle ostatních nese.“

²² LIVINGSTON, James D. a Jennifer E. BOYD. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*. 2010, **71**(12), 2150-2161. ISSN 02779536. Dostupné z: doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.030

²³ doplněno překladatelem

„Modely sebestigmatizace,“ jak upozorňují Corrigan a Watson (2002, s. 18), „musí počítat se škodlivými účinky předsudků na individuální pojetí sebe sama. Výzkum však také naznačuje, že místo toho, aby se stigma zmenšilo, mnoho lidí se spravedlivě rozhněvá kvůli předsudkům, které zažili. Tento druh reakce umožňuje lidem změnit své role v systému duševního zdraví, stát se aktivnějšími účastníky jejich léčebného plánu a často tlačí na zlepšení kvality služeb. Nízké sebevědomí versus spravedlivý hněv popisuje základní paradox sebestigmatizace.“

4 PSYCHIATRICKY DIAGNOSTIKOVANÉ OSOBY V KONTEXTU SVÉHO OKOLÍ

4.1 Psychiatricky diagnostikované osoby na pracovišti

Odhlédnuvše od potenciality stigmatizace v pracovním prostředí, se chceme zaměřit také na samotné podmínky pracovního prostředí. „Přestože byly vyvinuty účinné modely pracovní rehabilitace, aby pomohly lidem s psychiatrickým postižením získat zaměstnání, většina pracovních míst, která z toho vyplývají, jsou nízkopříjmová, na částečný úvazek a dočasná“ (Cook a Burke-Miller, 2015, s. 371).

„Důležitým faktorem v pracovním procesu osob s duševním onemocněním,“ komentuje Růžičková (2020, s. 36), „je postoj zaměstnavatelů. Ve Spojených státech i ve světě probíhají průzkumy mezi zaměstnavateli různých pozic na běžném pracovním trhu, podle kterých je zřejmé, že zde existuje poměrně velká míra stigmatizace a nepochopení.“ Postoj zaměstnavatelů vůči potenciálním pracovníkům je předmětem zkoumání této studie ve II. části.

Výzkum Cook a Burke-Miller (2015, s. 372) zjistil, že „většina dobrovolných ukončení zaměstnání je způsobena špatným pracovním výkonem, pracovní nespokojeností, nedostatečnou pracovní motivací, špatnou vazbou na pracovní sílu a stresem pracovníků nebo jinými obavami o duševní zdraví.“ Z toho lze vyvozovat, že tedy pracovní prostředí je jednak významným faktorem při začleňování psychiatricky diagnostikovaných osob do pracovního prostředí, jednak se může ale stát rovněž hybatelem podstatných procesů, které nejen že na člověka nepůsobí ve smyslu duševního zdraví pozitivně, nýbrž mají schopnost dokonce velmi negativně stav psychického zdraví zhoršit.

Výše citované autorky pak dále podotýkají, že „existuje dostatek důkazů o tom, že pozice lidí s psychiatrickým postižením na trhu práce je systematicky nepříznivá ve srovnání s osobami bez postižení, s vysokou mírou vyloučení, nezaměstnanosti, podzaměstnanosti a mzdové a jiné formy diskriminace. Zaměstnání lidí s psychiatrickým postižením bývá charakterizováno nízkými mzdami a vysokou fluktuací. (Cook a Burke-Miller, 2015, s. 372)

„Papakonstantinou (2018) se ve své analýze tohoto tématu snaží zodpovědět otázku, proč vůbec přijmout člověka s psychickými problémy. Zjistil, že největším problémem zůstávají obavy z komplikací, které by mohly vzniknout v závislosti na zdravotních potížích. Tyto obavy plynou především z neznalosti, autor tedy klade důraz na skutečnost, že odpovědi na všechny otázky zaměstnavatelů jsou přístupné ve velkém množství studií a článků. Jeho

práce je určena především pracovníkům všech forem podpory získání zaměstnání pro duševně nemocné a doporučuje být v kontaktu se všemi zúčastněnými stranami procesu, dobře pracovat s informacemi a fakty ohledně duševního onemocnění a zaměřovat se na silné stránky jedinců, namísto jejich omezení způsobených psychickým onemocněním.“ (Papakonstantinou, 2018, cit. podle Růžičková, 2020, s. 36)

4.2 Psychiatricky diagnostikované osoby a pozitivní odpověď společnosti

Je očividné, že otázka stigmatizace se v současnosti stává čím dál více pojednávaným tématem: „Stigma se dále snižuje, když se členové široké veřejnosti setkávají s lidmi s duševním onemocněním, kteří jsou schopni zastávat zaměstnání nebo žít jako dobří sousedé v komunitě.“ (Corrigan a Watson, 2002, s. 17) „Dochází k pozitivním změnám a např. trpět depresí již není společenskou ostudou. Doufejme, že další poznání příčin duševních poruch a jejich kvalitnější léčbalepší situací psychicky nemocných i v této oblasti.“ (Raboch a Pavlovský, 2021, s. 19)

Je na druhou stranu také pravdou, že pouhé mluvení o problému nestačí k jeho vyřešení. Napříč různými společenskými okruhy tak pozorujeme snahy o destigmatizaci a podporu osob s psychiatrickou diagnózou. Důležitá v tomto směru je volba správných nástrojů a rozpoznání citlivého místa: „V souladu s názorem Warnera (2005) si myslíme, že prvním krokem každého projektu zaměřeného na boj se stigmatem by mělo být identifikování oblastí, ve kterých je stigma a diskriminace v daném regionu přítomná.“ (Polouchová a Heretik, 1999, s. 3)

Pokud je v rámci naší práce vymezena oblast stigma a diskriminace pracovním prostředím, zmiňme iniciativy související právě s touto oblastí: „...Proto se v Evropě i ve Spojených státech rozvíjejí formy podpory zaměstnávání, které hledání a získání pracovních pozic ulehčují, pomáhají v získání nových potřebných dovedností a motivují klienty k úspěchu i na otevřeném trhu práce. Jako nejefektivnější metoda se v současnosti jeví IPS – *individual placement and support*, která je koncipovaná tak, aby byla přístupná jakémukoliv klientovi na neomezenou dobu. (Růžičková, 2020, s. 49)

Polouchová a Heretik (1999) rozlišují tři přístupy v přístupu k destigmatizaci – vzděláváním, protestem a kontaktem. Právě ke kontaktu s psychiatricky diagnostikovanou osobou může docházet na pracovišti a zde je potřeba vytvořit vhodné podmínky spolupráce okolí s danou osobou: „Pozitivní vliv kontaktu se objevuje zejména tehdy, když mají duševně zdraví lidé

pocit, že mohou něco změnit tím, že nemocným pomáhají“ (Read a Law, 1999, cit. podle Polouchová a Heretik, 1999, s. 189).

Konkrétní podoby iniciativ bojujících se stigmatizací a diskriminací jsou četné. Celosvětově funguje *WPA Globální program proti stigmatizaci a diskriminaci u schizofrenie*, do nějž se zapojuje i Česká republika. Jinými iniciativami u nás jsou např. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* nebo festival *Mezi ploty*, který probíhá v areálu psychiatrické léčebny. Dále se destigmatizaci věnuje *Česká asociace pro psychické zdraví*. S cílem prevence duševních nemocí byl vytvořen projekt „*Blázníš? No a!*“, který se zaměřuje především na osvětu mladých lidí. Jinými projekty jsou projekt „*Změna*“ či „*Open the doors*.“

Přímo pracovnímu prostředí svou pozornost však v současnosti, jak se zdá, žádná organizace nevěnuje. Je zde tedy bezpochyby prostor pro iniciativu.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 PRAXE V ZAŘAZOVÁNÍ PRACOVNÍKA S PSYCHIATRICKOU DIAGNÓZOU DO PRACOVNÍHO PROCESU

Za účelem popisu praxe v zařazování pracovníků s psychiatrickou diagnózou do pracovního procesu a popisu prostředí, ve kterém takto diagnostikované osoby pracují, potažmo by mohly pracovat, a nebo by naopak z určitých omezujících důvodů pracovat nemohly, bylo provedeno dotazníkové šetření. Na základě dané analýzy chceme vést diskusi o tom, do jaké míry je v současné době a za daných podmínek osobám s diagnostikovanou psychiatrickou poruchou nakloněno prostředí, v němž je nebo má být těmito osobami vykonávána práce.

Zvláštní pozornost je upřena na postoje jednotlivců zodpovědných za „zaměstnání“ osob s psychiatrickou diagnózou. Zde budiž podotknuto, že není smyslem této studie klást důraz na vzájemné právní postavení těch osob, které práci dávají či nabízejí (pro snazší orientaci tyto subjekty označujeme souhrnně *organizace*), a těch, které jsou vykonavateli dané pracovní činnosti (tyto osoby značíme jako *pracovníci*) – tedy nerozlišujeme mezi různými formami pracovních poměrů na straně vykonavatele pracovní příležitosti, jakož ani mezi odlišnými typy organizačního zřízení subjektu tuto pracovní příležitost nabízejícího (jedná-li se o soukromou společnost, státní instituci, neziskovou organizaci, atp.).

Jinou oblastí, kterou analyzujeme v našem výzkumu, jsou potenciální vztah a spolupráce dalších osob na pracovišti a osoby s psychiatrickou diagnózou. S tím souvisí také obeznámenost spolupracovníků s problematikou duševních poruch a ochota jmenovaných vědomě přistupovat k psychiatricky diagnostikovaným osobám.

5.1 Analýza podmínek pracovního prostředí ve vztahu ke stávajícím či potenciálním pracovníkům s psychiatrickou diagnózou

Formou dotazníkového šetření jsme provedli analýzu pracovního prostředí tak, aby z ní bylo možné vyabstrahovat odpovědi na otázky stanovené naším průzkumem:

- V jaké míře je otázka zdravotního stavu potenciálního pracovníka předmětem zkoumání v rámci přijímacího řízení do pracovního procesu
- Je otázka zdravotního stavu rozhodující pro zařazení pracovníka do pracovního procesu?
- Je kladen větší důraz na duševní zdraví nežli na zdraví fyzické?

- Bývá psychický stav potenciálního pracovníka předmětem předsudků či důvodem k upřednostnění jiného uchazeče?
- Jsou v případě zařazení pracovníka s psychiatrickou diagnózou v průběhu pracovního procesu pozorovány zjevné odlišnosti v přístupu k práci na rozdíl od osob psychiatricky nedagnostikovaných?
- Stalo či stává se, že k psychiatricky diagnostikovaným pracovníkům je zaujat odlišný postoj než k ostatním pracovníkům?

Odpověďmi na formulované otázky má být položen základ pro debatu o tom, jaké jsou v České republice podmínky pro zařazování pracovníků s psychiatrickou diagnózou do pracovního procesu. Zároveň nemá být zanedbána skutečnost, že existují organizace, které se cíleně zaměřují na práci se jmenovanými osobami. Tyto organizace, aniž bychom je z našeho výzkumu a priori vylučovali, však nejsou předmětem zkoumání, neboť závěry této studie mají poukázat na situaci v obecné rovině.

Jako výzkumná metoda tedy bylo zvoleno šetření formou anonymizovaného dotazníku (viz přílohu). Aby výsledek průzkumu co nejvíce odpovídal nezaujatému pozorování, nebyly zkoumané subjekty voleny dle předem specifikovaných kritérií, nýbrž bylo snahou pokrýt pokud možno škálu různorodých odvětví napříč jak soukromým sektorem, tak státními institucemi, přičemž byli oslovoováni respondenti zastupující rozličné obory a profese.

V souhrnu bylo osloveno na dvě stě subjektů. Ochotno zúčastnit se průzkumu pak bylo 54 účastníků, kteří vyplnili dotazník. Pro určité okruhy našeho zkoumání (jako je např. atmosféra na pracovišti či ochota spolupracovat s psychiatricky diagnostikovanými osobami) je dále směřodatné, že jmenované subjekty v součtu zahrnují 37 165 pracovníků (bez bližší specifikace).

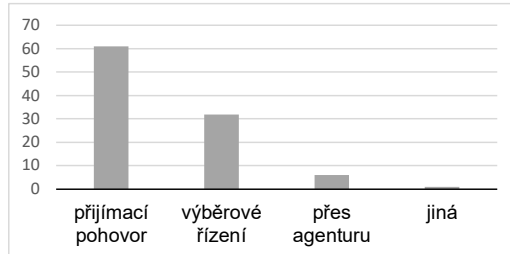
Výzkum byl proveden dotazníkem v elektronické formě. Dotazované subjekty byly oslovovány e-mailem, případně obdobným způsobem ve smyslu elektronické komunikace. Několik výsledků bylo získáno na základě ústní komunikace.

Na portfoliu dotazovaných subjektů byla zkoumána zejména praxe v zařazování pracovníků s psychiatrickou diagnózou do pracovního procesu, v případě absence dané praxe pak pravděpodobný postoj subjektů k pojednávané problematice. K šetření byly využity dotazníky s předem formulovanými odpověďmi tak, aby odpovědi co nejlépe vypovídaly o předmětu našeho zkoumání. Zároveň byl ponechán prostor k fakultativnímu upřesnění odpovědi či jiným poznámkám.

Záměrem metodického výzkumu formou dotazníků je souhrn popisující jednotlivé aspekty z praxe zařazování psychiatricky diagnostikovaných osob do pracovního procesu. Vyhodnocení pozitivních a negativních zkušeností má dále posloužit jako podklad pro diskusi o otázkách, jakým způsobem je vhodné se v praxi k dané problematice stavět.

5.2 Grafické vyjádření výsledků analýzy

Jakou formou probíhá nábor nových pracovníků?



Zmiňujete v nabídce pracovního místa požadavky na zdravotní stav uchazeče?



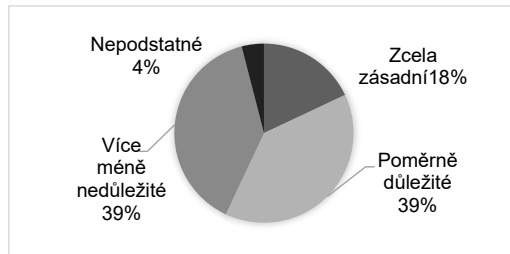
Ptáte se uchazeče o zaměstnání u Vaší organizace na jeho zdravotní stav?



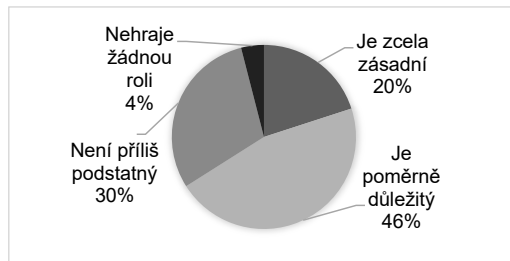
Zkoumáte u uchazeče o pracovní pozici cíleně jeho psychické zdraví?



Psychické zdraví je pro přijetí uchazeče:



Pro přijetí uchazeče na pracovní pozici jeho celkový zdravotní stav:



Odmítlí jste/byste zaměstnat uchazeče s diagnostikovanou psychiatrickou poruchou?



Prověřujete pravidelně psychické zdraví pracovníků ve Vaší organizaci?



Prověřujete pravidelně fyzické zdraví Vašich pracovníků?



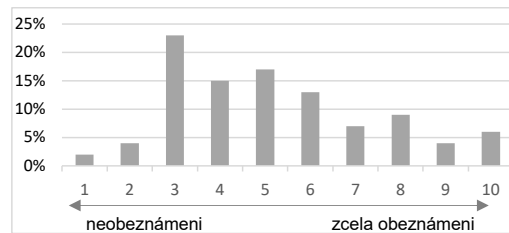
Máte na pracovišti osobu s psychiatrickou diagnózou?



Má psychiatrická diagnóza vliv na odvedenou práci?



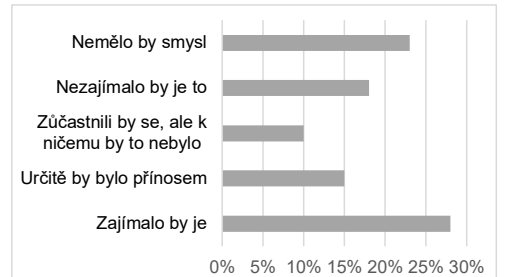
Kdybyste měl/a odpovědět obecně jménem všech pracovníků Vaší organizace, v jaké míře si myslíte, že jsou Vaši pracovníci obeznámeni s problematikou duševních nemocí?



Probíhalo na Vašem pracovišti v minulosti školení na téma problematiky duševních nemocí?



Jaký si myslíte, že by mělo takové školení dopad na Vaše pracovníky?

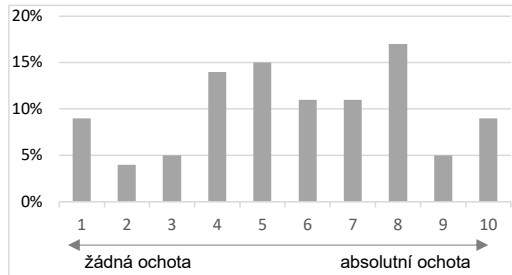


Vnímáte takové školení jako užitečné?

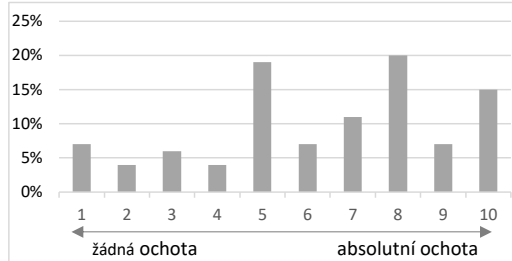


Obrázek 1 Grafická analýza, část I. (vlastní zpracování)

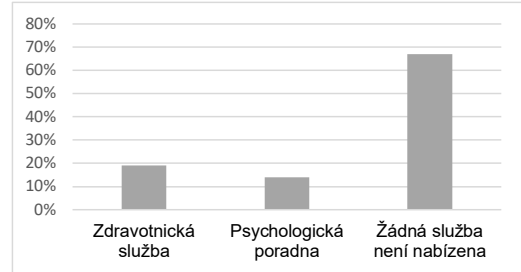
Jaká by byla na straně Vašich pracovníků ochota spolupracovat s psychiatricky diagnostikovanou osobou?



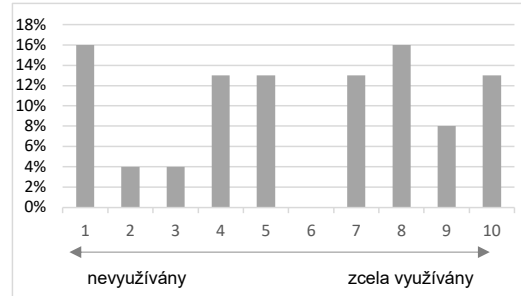
Jaká by byla ochota takovou osobu podporovat a pomáhat jí ke zlepšení jejího duševního zdraví?



Je Vaším pracovníkům ze strany Vaší organizace nabízena zdravotnická či poradenská služba?



Pokud tyto služby poskytlujete, v jaké míře jsou ze strany pracovníků využívány?



Obrázek 2 Grafická analýza, část II. (vlastní zpracování)

5.3 Diskuse k provedené analýze

Analýza podmínek pracovního prostředí byla provedena za účelem prozkoumání pracovních podmínek ve vztahu ke stávajícím či potenciálním pracovníkům s psychiatrickou diagnózou. Klade si za cíl ověřit, zda je na pracovištích položen vhodný základ k zařazování specifikovaných osob do pracovního procesu. Vzhledem k omezenému množství vzorku dotazovaných nelze z výsledků analýzy vyvozovat statisticky průkazné závěry ve smyslu globálně platných hodnot, nicméně se jeví jako dostačující pro účel zodpovězení otázky, zda by pracovní prostředí bylo potenciálně nakloněno zařazování jmenovaných do pracovního procesu a také zda by se dalo předpokládat, že jiné osoby na pracovišti budou ochotny se jmenovanými osobami spolupracovat.

Na základě provedené analýzy lze vyvodit, že více než polovina dotazovaných si vybírá pracovníky bezprostředně formou přijímacího pohovoru. **Již během přijímací fáze tedy existuje riziko určité podoby diskriminace**, které v konečném důsledku může vést de facto ke znemožnění zařazení pracovníka s psychiatrickou diagnózou do pracovního procesu.

Dvě třetiny dotázaných uvedly, že je pro přijetí nového pracovníka důležitým kritériem jeho zdravotní stav. Psychické zdraví přijímaných pracovníků se jeví být na základě výsledků analýzy v podstatě srovnatelně rovnocenným faktorem. Přesto stejně velká část respondentů uvádí, že otázka zdravotního stavu není při zařazování uchazečů o pracovní pozici předmětem zkoumání. **Otázku psychického zdraví pak řeší dokonce méně než pětina subjektů zapojených do dotazníkového šetření.**

Jako pozoruhodné zjištění lze považovat fakt, že přesně **polovina respondentů by odmítla zaměstnat uchazeče s diagnostikovanou psychiatrickou poruchou**. Vzhledem k tomu, že ale během přijímacího procesu drtivá většina subjektů nezkoumá psychické zdraví uchazečů, lze se vážně domnívat, že psychiatrická diagnóza konkrétní osoby může být důvodem její pozdější stigmatizace a zjištění, že je daná osoba psychiatricky diagnostikovaná, by mohlo v jejím okolí zapříčinit řadu negativních reakcí, u nichž se dá předpokládat, že povedou ke zhoršení pracovních podmínek a případně k ukončení pracovní činnosti.

V rámci již existujícího pracovního poměru pak pravidelně prověřuje fyzické zdraví pracovníků necelá polovina dotazovaných. Psychické zdraví je v rámci trvajícího pracovního poměru pravidelně kontrolováno pouze u velmi malé části skupiny respondentů. I zde lze tedy

předpokládat, že **prostředí okolo psychiatricky diagnostikovaného člověka nabude a priori připraveno na koexistenci s danou osobou.**

Bezprostřední prokazatelnou zkušenost s psychiatricky diagnostikovanou osobou na pracovišti potvrdila více než pětina dotazovaných. Třetina respondentů uvádí, že o nikom s psychiatrickou diagnózou na svém pracovišti neví. Téměř polovina pak žádnou takovou zkušenost nemá. Přitom se ale polovina dotázaných domnívá, že má psychiatrická diagnóza vliv na odvedenou práci. **V tomto případě se nabízí prostor pro další výzkum, neboť jistě stojí za to prověřit, do jaké míry je ono tvrzení opodstatněné a do jaké míry se jedná o předsudek.**

Paradoxně s ohledem na výše popsané působí fakt, že **obeznámenost pracovníků s problematikou duševních nemocí se jeví jako průměrná až velmi nízká.** Tato skutečnost je navíc podpořena tím, že ve více než třech čtvrtinách dotazovaných organizací nikdy neprobíhalo školení pojednávající problematiku duševních nemocí. Velmi pozitivně je pak možné vnímat, že dle odhadu respondentů **by byl o takové školení zájem a je více než polovinou dotazovaných vnímáno jako užitečné.** Panuje zde sice jistá skepse ohledně efektivity dopadu takového školení, což by však neměl být důvod pro zavržení možnosti osvěty pracovníků

Jako nadějně se zdá také to, že poměrně významná část dotazovaných se domnívá, že lze počítat se značnou vstřícností vůči psychiatricky diagnostikovaným osobám ze strany jejich spolupracovníků. Stejně tak by pravděpodobně byli členové pracovního kolektivu spíše **ochotni danou osobu podporovat a pomáhat jí ke zlepšení duševního zdravotního stavu,** než že by vůči jmenované osobě zaujíмали lhostejný postoj.

Konečně se na základě provedené analýzy ukázalo, že není standardem nabízet a poskytovat pracovníkům zdravotnické služby, o to méně služby spojené s psychologickým poradenstvím. U organizací, které tyto služby nabízejí, je dále sporné, v jaké míře jsou tyto pracovníky využívány. Vzhledem k tomuto pozorování se nezdá jako účinné vést antistigmatizační programy a programy podpory psychiatricky diagnostikovaných osob touto cestou, daleko účinnější lze očekávat **podporu iniciovanou právě formou školení pracovního kolektivu.**

ZÁVĚR

Pojem *psychiatricky diagnostikovaná osoba* je skutečně velmi široký. Důkazem toho je obšírný výčet druhů psychiatrických poruch uvedený v kapitole 2.2. Ne náhodou je přehledu poruch věnována značná část této práce. Smyslem je především poukázat na to, jak různorodé projevy psychiatrické poruchy mohou být a jak rozdílné mohou být přístupy k různě psychiatricky diagnostikovaným osobám.

Přiblížením fenoménu stigmatizace pak má být vyvstání otázky závažnosti této problematiky, přičemž pozornost je zaměřena na různé oblasti, ve kterých ke stigmatizaci dochází, zejména na pracovní prostředí, které se jeví jako velmi specifické a vhodné pro zvážení konkrétních intervencí za účelem destigmatizace a obecně cílené práce s psychiatricky diagnostikovanými osobami a jejich podporou.

Shrnutí poznatků provedené analýzy by mohlo vést ke konkrétním krokům tak, aby se pracovní prostředí více přizpůsobovalo osobám s psychiatrickou diagnózou a aby pracovní kolektiv jednak nebyl vystaven nepříjemným situacím, kdy neví, jak se chovat k osobám s psychiatrickou diagnózou, jednak aby byl schopen a ochoten těmto osobám situaci zlehčovat.

Konkrétní návrhy se nabízejí shrnout do následujících pěti bodů:

1. Primární zacílení na management a personální oddělení

Bezesporu je důležitá osvěta v první řadě na místech, kde se rozhoduje o tom, zda vůbec budou uchazeči o pracovní pozici přijati. Příjímací proces může hrát velmi zásadní roli v celkovém fungování psychiatricky diagnostikovaného člověka. Cílem v tomto bodě by měla být eliminace případné diskriminace ze strany zaměstnavatele.

2. Nepodcenění přijímacích pohovorů a celkově přijímací proces

Jelikož se na základě průzkumu ukázalo, že duševní zdraví nebývá předmětem přijímacích pohovorů, přesto ale je duševní zdraví hodnoceno jako poměrně důležité pro vykonávání práce, zdá se jako schůdnou cestou připravovat budoucí pracovníky na to, že pracovní prostředí v dané organizaci má být nakloněno podpoře a pochopení osob s psychiatrickou diagnózou. Na jednu stranu tak budou osoby, kterých se psychiatrická diagnóza netýká bezprostředně, cíleně motivovány k podpoře potřebných, na stranu druhou osobám, jichž se psychiatrická diagnóza bezprostředně týká, bude dáno najevo, že prostředí, do něhož budou zařazení, je jim nakloněno a ochotno pomáhat a je podporovat.

3. Snaha otevřeně o problematice duševních poruch hovořit

Jako významným nástrojem pro otupování stigmatizace a rozměňování předsudků spojených s psychiatricky diagnostikovanými osobami by mohlo být překonání tabu. Pokud se v obecném povědomí, potažmo v prostředí na pracovišti, bude utvářet atmosféra, kdy na téma psychiatrických poruch nebude nahlíženo s despektem, nýbrž s úctou a respektem vůči poznamenaným osobám, povede to ke zlepšování podmínek na pracovišti s ohledem na osoby s psychiatrickou diagnózou.

4. Edukace na pracovišti

Dalším významným faktorem pro zlepšení pracovních podmínek psychiatricky diagnostikovaných osob se nabízí cílené vzdělávání pracovního kolektivu v oblasti problematiky duševního zdraví. Může se jednat o jednorázové či pravidelné školení, školení formou přednášek či seminářů, ale také pomocí propagačních letáků, plakátů či podobných materiálů.

5. Podnícení pracovního kolektivu k vstřícnosti vůči osobám s psychiatrickou diagnózou

Jako pozitivní posun lze vnímat, pokud bude na pracovišti docíleno neutrálního klimatu, kde nebude docházet ke stigmatizaci a diskriminaci osob s psychiatrickou diagnózou. Ambicióznějším cílem však je dosáhnout takových podmínek pracovního prostředí, kde bude pracovní kolektiv přímým nástrojem podpory a pomoci osobám s psychiatrickou diagnózou. Cílem tohoto kroku by mělo být nejenže se zmíněné osoby v takovém prostředí budou cítit dobře, ale navíc bude mít toto prostředí pozitivní vliv na jejich duševní zdraví.

Prosazení konkrétních kroků představuje jeden z mnoha dílčích procesů v patrně ještě poměrně dlouhé a náročné cestě boje proti stigmatizaci. Je zřejmé, že se jedná o snahu v teoretické rovině a pro uvedení do praxe bude zapotřebí především ochoty, otevřenosti a iniciativy zejména ze strany organizací, které mají ve svých rukách to, jaká atmosféra bude na pracovištích převládat. Tato práce by dále mohla posloužit jako základ pro další výzkum v oblasti pracovního prostředí, který by se měl soustředit na otázku konkrétního uvedení výše popsaných kroků do praxe.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2006. Disease as a stigma. *Kontakt* [online]. **8**(2), 265-271 [cit. 2023-04-13]. ISSN 12124117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2006.044

BELDIE, Alina, Johan A. DEN BOER, Cecilia BRAIN, a další, 2012. Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. **47**(S1), 1-38 [cit. 2023-04-12]. ISSN 0933-7954. Dostupné z: doi:10.1007/s00127-012-0491-z

CARLISLE, Caroline, Tom MASON, Caroline WATKINS a Elizabeth WHITEHEAD, ed., 2005. *Stigma and Social Exclusion in Healthcare* [online]. Routledge [cit. 2023-04-13]. ISBN 9780203995501. Dostupné z: doi:10.4324/9780203995501

COOK, Judith A. a Jane K. BURKE-MILLER, 2015. Reasons for job separations in a cohort of workers with psychiatric disabilities. *Journal of Rehabilitation Research and Development* [online]. **52**(4), 371-384 [cit. 2023-04-22]. ISSN 0748-7711. Dostupné z: doi:10.1682/JRRD.2014.10.0260

CORRIGAN, P. W. a Amy C. WATSON, 2002. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association* [online] **1**(1), 16–20. [cit. 2023-04-13]. ISSN 2051-5545. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/pdf/wpa010016.pdf>

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

GERLINGER, Gabriel, Marta HAUSER, Marc DE HERT, Kathleen LACLUYSE, Martien WAMPERS a Christoph U. CORRELL, 2013. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* [online]. **12**(2), 155-164 [cit. 2023-04-13]. ISSN 17238617. Dostupné z: doi:10.1002/wps.20040

HANISCH, Sabine E., Conal D. TWOMEY, Andrew C. H. SZETO, Ulrich W. BIRNER, Dennis NOWAK a Carla SABARIEGO, 2016. The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. *BMC Psychiatry* [online]. **16**(1) [cit. 2023-04-13]. ISSN 1471-244X. Dostupné z: doi:10.1186/s12888-015-0706-4

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. Čtvrté vydání. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

KUČEROVÁ, Helena, 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788024747330.

LEFF, Julian a Richard WARNER, 2009. *Social Inclusion of People with Mental Illness* [online]. Cambridge University Press [cit. 2023-04-17]. ISBN 9780521615365. Dostupné z: doi:10.1017/CBO9780511543937

LEKEŠOVÁ, Martina, 2019. Destigmatizace duševně nemocných osob z pohledu všeobecných sester [online]. Zlín [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/s4uk7e/>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Barbora Plisková.

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

PAPAKONSTANTINOOU, Doxa, 2018. Why should employers be interested in hiring people with mental illness? A review for occupational therapists. *Journal of Vocational Rehabilitation* [online]. 49(2), 217-226 [cit. 2023-04-22]. ISSN 10522263. Dostupné z: doi:10.3233/JVR-180967

POLUCHOVÁ, Jitka a Anton HERETIK, jr., 2009. Stigma duševných porúch z pohľadu ľudí s diagnózou schizofrénia. Výsledky výskumu. *Psychiatria – psychoterapia – psychosomatika* [online]. 16(1), 2-11 [cit. 2023-04-13]. ISSN 1338-7030. Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2009/PSY1-2009-cla1.pdf>

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál. ISBN 9788026207313.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ, 2021. *Psychiatrie*. Vydání druhé (dotisk). Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2712-0

READ, John a Alan LAW, 1999. The Relationship of Causal Beliefs and Contact With Users of Mental Health Services To Attitudes To the 'Mentally Ill'. *International Journal of Social Psychiatry* [online]. 45(3), 216-229 [cit. 2023-04-13]. ISSN 0020-7640. Dostupné z: doi:10.1177/002076409904500309

RŮŽIČKOVÁ, Anna, 2020. Osoby s duševními poruchami v pracovním procesu – formy podpory a stigmatizace [online]. Brno [cit. 2023-04-13]. Dostupné z:

<https://theses.cz/id/nu7pme/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Zuzana Slováčková

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2009. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualizované vydání Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-202-5

WATSON, A. C., P. CORRIGAN, J. E. LARSON a M. SELLS, 2006. Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin* [online]. **33**(6), 1312-1318 [cit. 2023-04-13]. ISSN 0586-7614. Dostupné z: doi:10.1093/schbul/sbl076

ŽÁČKOVÁ, Nikola, 2020. *Stigmatizace a sebestigmatizace osob s duševním onemocněním*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně [online]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10563/48144>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Vedoucí práce Ondřej Vávra

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DSM-5	diagnostický a statistický manuál duševních poruch
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí
IPS	individual placement and support

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Grafická analýza, část I.	39
Obrázek 2 Grafická analýza, část II.	40

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

1. Kolik osob pracuje ve Vaší organizaci?
2. Jakou formou probíhá nábor nových pracovníků?
3. Zmiňujete v nabídce pracovního místa požadavky na zdravotní stav uchazeče?
4. Ptáte se uchazeče o zaměstnání u Vaší organizace na jeho zdravotní stav?
5. Zkoumáte u uchazeče o pracovní pozici cíleně jeho psychické zdraví?
6. Psychické zdraví je pro přijetí uchazeče:
7. Pro přijetí uchazeče na pracovní pozici jeho celkový zdravotní stav:
8. Odmítli jste/byste zaměstnat uchazeče s diagnostikovanou psychiatrickou poruchou?
9. Co (by) bylo důvodem odmítnutí?
10. Prověřujete pravidelně psychické zdraví pracovníků ve Vaší organizaci?
11. Pokud ano, jak? Jak často?
12. Prověřujete pravidelně fyzické zdraví Vašich pracovníků?
13. Pokud ano, jak? Jak často?
14. Máte na pracovišti osobu s psychiatrickou diagnózou?
15. Kdy a jak jste se dozvěděli o této diagnóze?
16. Má psychiatrická diagnóza vliv na odvedenou práci?
17. Kdybyste měl/a odpovědět obecně jménem všech pracovníků Vaší organizace, v jaké míře si myslíte, že jsou Vaši pracovníci obeznámeni s problematikou duševních nemocí?
18. Probíhalo na Vašem pracovišti v minulosti školení na téma problematiky duševních nemocí?
19. Jaký si myslíte, že by mělo takové školení dopad na Vaše pracovníky?
20. Vnímáte takové školení jako užitečné?
21. Jaká by byla na straně Vašich pracovníků ochota spolupracovat s psychiatricky diagnostikovanou osobou?
22. Jaká by byla ochota takovou osobu podporovat a pomáhat jí ke zlepšení jejího duševního zdraví?
23. Je Vašim pracovníkům ze strany Vaší organizace nabízena zdravotnická či poradenská služba?
24. Pokud tyto služby poskytujete, v jaké míře jsou ze strany pracovníků využívány?