

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Andrea Minaříková

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**POSTAVENÍ OSOBY S PSYCHIATRICKOU DIAGNÓZOU
VE SPOLEČNOSTI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ANDREA MINAŘÍKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D., RS

Praha 2016



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Minaříková Andrea
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 27. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Postavení osoby s psychiatrickou diagnózou ve společnosti

Status of a Person with Psychiatric Diagnosis in Society

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

.....

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Evě Markové, Ph.D., RS za vedení mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

MINAŘÍKOVÁ, Andrea. Postavení osoby s psychiatrickou diagnózou ve společnosti. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň vzdělání: Bakalář (Bc). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D., RS. Praha 2016. 70 str.

V této práci se zabýváme postavením osob s psychiatrickou diagnózou ve společnosti. Lze se domnívat, že se duševně nemocným lidem nedostává rovných podmínek k životu. Cílem této práce je zasazení tématu do širších společenských souvislostí a historického kontextu a zmapování názorů a společenského klimatu v rámci průzkumného vzorku vůči osobám s psychiatrickou diagnózou. K naplnění empirických cílů využíváme kvantitativní průzkum. Průzkum mezi laickou veřejností nám pomohl získat informace ke zhodnocení názorů, které v otázce duševně nemocných obecně zastává. Výsledky této práce odhalují předsudky veřejnosti vůči duševně nemocným a převážně potvrzují teze obsažené v teoretické části. Jejich váhu pak potvrzuje i statistické testování. Průzkumný vzorek si tedy ve velké míře neustále přechovává dogma o psychiatricky nemocných coby divně vyhlížejících jedincích. Odstranění takového přesvědčení je jedinou cestou ke skutečně tolerantní společnosti.

Klíčová slova: psychiatrie, stigma, duševní nemoc, stigma ve společnosti, komunitní péče

ABSTRACT

MINAŘÍKOVÁ, Andrea. Status of a person with psychiatric diagnosis in society. The Medical University College. Degree: Bachelor (Bc). Supervisor: Mgr. Eva Marková, Ph.D., RS. Prague 2016. 70 pages.

This study investigates status of a person with psychiatric diagnosis in society. It is reasonable to assume that mentally ill do not enjoy equal treatment in everyday life. The aim of the thesis is to put the topic in broad social context and to shed light on social climate and opinions that the general public has on people with psychiatric diagnosis. To reach our empirical aims, we conduct a survey. The survey provides us with information necessary for assessment of opinions on mentally ill that the general public holds. The results reveal prejudices against mentally ill and overwhelmingly confirm thoughts presented in the theoretical part. They are then confirmed by statistical testing. The general public still holds a dogma of mentally ill being nothing more but strange-looking individuals. Overcoming of this notion is the only way towards truly tolerant society.

Key words: mental illness, stigma, stigma in society, community care, psychiatry

OBSAH

Úvod	1
Teoretická část	3
Duševní nemoc	3
Stručná klasifikace a vymezení pojmů	3
Nejčteněji užívané výrazy v souvislosti s duševními chorobami:	3
Historie postavení jedince s psychickým onemocněním ve společnosti	6
Psychické onemocnění v rámci historie	7
Starověk	7
Antické lékařství.....	8
Středověk	9
Renesance	9
Novověk	10
Stigma	12
Stigma duševního zdraví	13
Postoj společnosti	14
Význam stigma	15
Stigma a média	16
Odstranění stigma.....	17
Projekty	17
Komunitní psychiatrie a sociální interakce.....	20
Problémy psychiatrické péče	20
Proměna psychiatrické péče.....	21
Společenská interakce	22
Praktická část	25

Sběr dat	25
Metodologie	26
Vzorek respondentů	27
Výsledky.....	55
Diskuze.....	57
Průzkumný vzorek.....	57
Otázky	57
Závěr.....	59
Bibliografie	60
Přílohy	62

ÚVOD

Stigma jako znak, výrazná odlišnost vyvolávající negativní sociální dopad. Tolik z definice. Týká se však doopravdy jen jasně zřetelných faktorů? Stigma nesoucí osoby s psychiatrickou diagnózou ve velkém množství případů není zřetelné prakticky vůbec. Stávají se jednotlivě středem předsudků vytvořených na základě zjednodušených, zrychlených soudů, součástí zobecňování velice heterogenní skupiny. A tak se i přes očividný stupeň civilizovanosti stále vracíme k primitivnímu schematizování vjemů z okolí a vytváříme ve společnosti klima směřující ke vzniku napětí a nesnášenlivosti. Kapitola, které se věnuje tato práce, totiž postavení osob s psychiatrickou diagnózou ve společnosti, je jen jednou z mnoha, a zapadá do složitého celku hodného hlubší, citlivější optiky. V druhé dekádě 21.století není přípustné vracet se do předešlých věků ani režimů. Naopak stabilní označení "blázen" rezonující neustále společností pro osoby s psychiatrickou diagnózou musí zmizet jednou pro vždy.

Věk, pohlaví, národnost, rasa. Prvky, jež nás definují a nezřídka svým způsobem předcházejí. Výsostné právo utvářet si pohled na svět, kategorizovat a hodnotit neseme každý sám v sobě. Způsob, jakým se naše myšlení a následné jednání utváří, determinuje vrozený intelekt, výchova, sociální prostředí, stupeň vzdělání, v neposlední řadě budování vnitřní morálky či naplňování hodnot korespondujících s křehkým systémem demokracie.

Není často snadné vyznat se ve spleťtém světě, který se neustále zrychluje. Tempo, kterému jsme vystaveni však nesmí fungovat jako ochranný štít vůči důsledkům našeho vlastního ukvapeného jednání, zjednodušených závěrů a plochých argumentů. Ostatně k něčemu podobnému bylo lidstvo náchylné od nepaměti. Můžeme připomenout středověké hony na čarodějnice, exorcismus. V širších souvislostech bychom mohli hovořit o pogromech, genocidách, komunismu etc. Takové tvrzení je bezesporu značně rozvolněné a demonstrovat rasovou nesnášenlivost, perzekuce či totalitní systém degradující lidskou svobodu a práva jako ukvapené smýšlení není možné.

Když však opustíme rovinu masy a zaměříme se na jedince, jistou analogii zaznamenat lze. Kolikrát v životě jsme vnímali vlastní svrchovanost vůči někomu dalšímu, ať už byly naše pocity více či méně oprávněné. Svým způsobem je to přirozené. Není v jádru

špatné mít špatné myšlenky. Takovými se stávají v okamžiku, kdy je vnitřně připustíme, ztotožníme se s nimi, kdy je necháme vyjít na povrch.

Vše, co se ve společnosti vyskytuje, vytváří člověk. Člení normální od odlišného, potřebné od nežádoucího. A tak ze všech uvedených znaků věku, pohlaví, národnosti, rasy lze vytvořit devízu kladnou či zápornou, jakkoli by to měly být údaje neutrální. Existuje řada kodexů a programů, jenž mají tyto "škatulky" stírat. Pro příklad by při konkurzu práce neměly být ženy tázány ohledně potomků. Měly by být s muži rovnocenně platově hodnoceny. Fakticky tomu tak není. Přístup během zdravotní péče o klienta bílé či snědé pleti má být přirozeně shodný.

Hlavním cílem teoretické části, se kterým je tato práce psána, je zasazení tématu do širších společenských souvislostí a historického kontextu. Dále se práce zabývá humanizací duševně nemocných, která vyústí v kategorické odmítnutí stereotypních představ o takto nemocných osobách. Tyto cíle jsou naplňovány prostřednictvím pečlivého popisu vývoje postavení duševně nemocných v čase. Po obeznámení čtenáře se stručným torzem pojmů v rámci oboru psychiatrie, tato práce vysvětlí pojem stigma coby stěžejní faktor v postavení duševně nemocných ve společnosti. V neposlední řadě popisuje dopad stigmatu na stigmatizovaného jedince a nastiňuje současnou situaci v odvětví psychiatrie a vize do budoucna.

Cílem části empirické je pak zmapování názorů a společenského klimatu v rámci průzkumného vzorku vůči osobám s psychiatrickou diagnózou, ověření stanovených hypotéz a zhodnocení závěrů. K průzkumu nálady ve společnosti slouží dotazník, získaná data jsou pak analyzována elementárními popisnými statistikami, stejně tak jako komplikovanějšími statistickými testy. V závěru pak tato práce používá aparát vystavěný v teoretické části k domýšlení důsledků, které plynou z námi sebraných dat.

TEORETICKÁ ČÁST

DUŠEVNÍ NEMOC

Etiologie u většiny duševních onemocnění zůstává ve většině případů neznámá. Je to podmíněno určitou nevýhodou složitosti, celistvosti a nemožnosti zcela podrobného prozkoumání ústředního orgánu pro obor psychiatrie, a tím je mozek. Pracujeme tak s předpokladem, kde je lidská bytost souborem bio-psycho-sociálních faktorů, jejichž jednotlivé podíly na vzniku onemocnění není možné s přesností určit. Vedle těchto základních existují další dílčí faktory, ovlivňující, zda jedinec onemocní, či nikoli. Mluvíme o genetických predispozicích, výchově ovlivňující naše jednání, návyky a prostředí, ve kterém žijeme. Obor psychiatrie je velice živý, a v souvislosti s čím dál hlubším poznáváním mozku se bude diagnostika neustále zdokonalovat (Svoboda et. al. 2006).

STRUČNÁ KLASIFIKACE A VYMEZENÍ POJMŮ

Cílem této práce není analyzovat ani popisovat jednotlivá onemocnění oboru psychiatrie, pro širší perspektivu je však podstatné uvést alespoň velice frekventované pojmy, vyskytující se v souvislosti s tématem duševních chorob.

Obor psychiatrie se skládá ze dvou základních oblastí. Psychopatologie, nebo také psychiatrie obecné, a psychiatrie speciální. Psychopatologie představuje poruchy jednotlivých funkcí a poruch osobnosti. Psychiatrie speciální se pak věnuje jednotlivým onemocněním (Hoeschl et al 2004).

NEJČETNĚJI UŽÍVANÉ VÝRAZY V SOUVISLOSTI S DUŠEVNÍMI CHOROBAMI:

Halucinace: porušené vnímání, kde se vjem dostavuje bez reálného podnětu. Halucinace mají formy zrakové, sluchové, čichové, hmatové, chuťové. Z nich sluchové jsou nejtypičtější.

Iluze: zkreslený vjem, který se zakládá na určité realitě.

Blud: přesvědčení o nepravdivé skutečnosti.

Obsedantní myšlenky: myšlenky nežádoucí.

Kompulze: reakce na obsese.

Inkoherence: nesouvislé myšlení, které nedává smysl.

Duševní onemocnění můžeme rozdělit do následujících skupin:

1) organické duševní poruchy

Jsou takové, které mají typický nález na mozků, známe tedy jejich příčinu, a jsou jimi příkladně nádory či záněty. Dále mezi ně řadíme nemoci způsobující degenerativní změny mozku, jako jsou demence a deliria. Alzheimerova demence či vaskulární demence. Alzheimerově chorobě byla v nedávné době věnovaná osvětová akce Alzheimerova choroba-“Nejste na to sami“, a nepatří mezi typické zástupce masivně stigmatizujících chorob.

2) poruchy vyvolané psychoaktivními látkami

Jsou poruchy, na jejichž pozadí figuruje psychoaktivní látka ovlivňující chování, náladu a vědomí jedince. Společensky jsou tyto poruchy velice špatně přijímané, protože se nezřídka pojí s řadou obtíží, včetně těch ekonomických. Tato oblast je velice diskutovanou, a dle autora by si zasloužila ohleduplnější přístup při vytváření soudů, že si za své obtíže závislí mohou výhradně sami.

3) Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

Toto onemocnění zasahuje téměř veškeré psychické funkce, jedná se o onemocnění psychotické. Průvodními jevy psychózy jsou bludy, halucinace, dezorientace, poruchy

chování, poruchy vnímání reality. Je jedním z nejzávažnějších psychiatrických diagnóz. První ataka bývá nejčastěji v rozmezí 13-19let, ale i později. Je to beze sporu nejvíce stigmatizované duševní onemocnění vůbec, které je třeba v rámci společnosti očistit od mýtů, které se zakládají na těch nejčernějších scénářích (Zvolský 1994).

4) Poruchy afektivity

Mluvíme o poruchách nálad, které se dostávají do pozice dvou opačných pólů. Konkrétně se jedná o bipolární poruchu, pro kterou je typická fáze manická, kterou střídá fáze depresivní, vyskytují se i smíšené fáze. Nejčastější poruchou afektivity je pak obecně deprese. Čápová (2015) v týdeníku Repekt napsala:

“Alarmující skutečností je, že za posledních 13 let stoupla spotřeba antidepresiv v České republice pětkrát– ze 36 milionů denních dávek v roce 2000 na 188 milionů dávek předloni. Antidepressiva bere každý dvacátý Čech.”

Ragins (Ragins 2002) obecnému trendu nadužívání léků poskytuje svébytnou optiku. Podle něj souvisí zvýšené užívání látek ovlivňující duševní nemoci s obecně sníženou společenskou snášenlivostí. Jako drastický příklad stále častějšího užívání farmak uvádí ty, kde je důvodem použití i pouhá neposednost dětí ve škole.

5) Neurotické poruchy

Příčiny neurotických poruch jsou příčiny psychické. Typickými příznaky jsou bušení srdce, strach, úzkost, sociální fóbie, strach z výšek, arachnofobie, stresové poruchy, obsedantně kompulzivní porucha. Důležitou roli zde hraje rozlišení psychologických faktorů a psychoterapie.

6) Behaviorální poruchy

Jsou propojené s poruchami fyziologickými a tělesnými. Nejtypičtějším zástupcem jsou poruchy příjmu potravy, které má na svědomí široké spektrum příčin. Mezi nimi pocity

frustrace, méněcennosti. Jsou to onemocnění velice závažná, život ohrožující. Dalšími jsou pak poruchy spánku, sexuální dysfunkce.

7) Poruchy osobnosti a chování

Obsahuje tři podkategorie, kterými jsou poruchy osobnosti (emoční nestabilita, histriónská porucha osobnosti etc.), návykové a impulzivní poruchy (herní závislost), a poruchy pohlavní identity a preference (exhibicionismus, pedofilie etc.). Laická veřejnost je často chybně spojuje s poruchami psychotickými. Trestných činů se však nesrovnatelně častěji dopouští osoby s poruchou osobnosti, než ti, kteří trpí psychotickým onemocněním. U poruch osobnosti je největší důraz kladen na dlouhodobou psychoterapii a ochotu pacienta se svým stavem pracovat a naučit se jej ovládat.

8) Mentální retardace

Typicky od narození nedostatečně vyvinutý intelekt. Dělíme ho do několika stádií: lehké, středně těžké, těžké a hluboké mentální retardace, které se odvíjí od kvocientu IQ (Hoeschl 2004).

HISTORIE POSTAVENÍ JEDINCE S PSYCHICKÝM ONEMOCNĚNÍM VE SPOLEČNOSTI

Na první pohled patrná či jinak se projevující jinakost zůstává i během 21. století svým způsobem opovržlivostí, něčím, co u stále velké části populace není odpouštěno, je důvodem k opovržení, absenci respektu, v horším případě nenávisti progredující v šikanu, slovní či fyzické ataky. Stvrzením tohoto na první pohled ostrého prohlášení může být skutečnost, že extrémní pravice stále zakládá své partaje, k jejichž ideologii se v současné době přiklání stále větší část společnosti, nebo kupříkladu to, že od roku 2006 je v České republice možnost registrovaného partnerství, nicméně adopce dítěte takovým párem schválena stále nebyla, což je bohužel až jedním z posledních artefaktů připomínajících odlišnost homosexuálů jako takových. Stále se nedokážeme obejít bez událostí typu Prague

Pride, při nichž demonstrujeme svou sounáležitost a sympatie se 4% skupinou naší společnosti. Nabízí se ale otázka, zda by bylo něčeho takového zapotřebí, kdyby skutečně byli homosexuálové vnímáni rovnocenně jako heterosexuální část populace, a zda bychom se museli dělit na ty, kteří se Romů a jiných etnických minorit zastávají, a ty, kteří k nim mají apriorní výhrady.

Přestože není účelem této práce zabývat se historií pocitu nadřazenosti bílé rasy či útlakem menšinově sexuálně orientovaných osob, existuje zde pojítka, které se bude prolínat všemi kapitolami, a tím je stigma pramenící ze zkratkovitého přemýšlení, jednoduchých řešení a závěrů, které však odedávna doprovází lidská touha po vědění a poznání, jež nás pomalu, ale jistě vede k doopravdy svobodnějšímu myšlení a společnosti. Duševně nemocní si své stigma nesou na bedrech ve větším či menším rozsahu odedávna. Historické souvislosti nám pomohou získat širší a ucelenou optiku.

PSYCHICKÉ ONEMOCNĚNÍ V RÁMCI HISTORIE

STAROVĚK

Duševní nemoci nejsou doménou moderní civilizace, jak je někdy prezentováno. Jsou staré jako lidstvo samo. Svědčí o tom zmínky na staroegyptských papyrech, starobabylonské klínopisné tabulky nebo ve Starém zákoně, kde David poskytuje hrou na lyru úlevu králi Saulovi (Malá, Pavlovský 2002).

Vše, kde si lidstvo nevystačilo se svými vědomostmi, přisoudilo sféře nadpřirozena a božstvům. Jedinec tak mohl být v moci zlých duchů a démonů nebo obětí božského hněvu. Staří Egypťané pro příklad věřili, že duševní onemocnění mají na svědomí duchové zemřelých. Pro svou ochranu používali nejrůznější amulety, talismany, rituály, obřady. Pro takto nemocné existovaly v Egyptě chrámy, kde k uzdravení měla vést pohybová aktivita, hudba, tanec i zábava. Méně konzervativní přístup k léčbě dokládá nejstarší starověký nález 6000 let starých trepanovaných lebek. Vytvořením otvoru do kosti lebni se léčitelé pokoušeli zbavit zlých duchů (Šedivec 2008).

Staří Babyloňané a starověcí Sumerové věřili, že kromě duchů mrtvých existují i rozliční démoni. Jedním z těchto domnělých démonů byla démonka Lamaštu, která se živila krví a byla postrachem rodiček a novorozenců. Démon Tiu pak zapříčiňoval nemoc hlavy. Tito zloduši byli vyobrazováni jako stvůry se znetvořenými obličejí a odvrátit jejich moc nad člověkem měla magická zaříkávání, zaklínadla, kouzelné lektvary etc. V řecké mytologii se pak setkáváme výhradně s bohy. Není zde zaklínání ani zaříkávání. Duševní nemoc značí trest bohů, vyléčení tak může přijít pouze po odprošení božstva o pomoc (Šedivec 2008).

ANTICKÉ LÉKAŘSTVÍ

Významnými postavami, jež se podílely na vývoji starořecké medicíny, jsou bezpochyby Pythagoras (580-500 př.n.l.) a jeho žák Alkmaión z Krotónu (6.-5. st. př. n.l.). Pythagorův žák pokračuje v jeho učení o světové harmonii a zároveň ji transformuje do myšlenky harmonie ovlivňující lidský organismus. Jako první také přichází s průlomovým tvrzením, a sice, že mozek je ústředím psychiky. Připisuje mu tím hlavní roli v oblasti představitosti, rozumu, paměti, nicméně ohniskem emocí zůstává až do novověku srdce (Šedivec 2008).

Ústřední postavou starověké medicíny je ovšem beze sporu řecký filozof a lékař Hippokrates (470-377 př. n. l.). I když dnes víme, že jeho práce je souborným dílem více lékařů, byl právě on považován již ve své době za jejich nejvýznamnějšího představitele. Nejen humorální teorie, léčba odstraňováním škodlivých tekutin z těla pomocí pouštění žilou, dávidel, projímadel a diet, ale zdůraznění individuálního přístupu k nemocnému, správná diagnostika i poznatky o duševní rozpolcenosti žen po porodu, protrahovaných úzkostných stavech měnících se v melancholii, jsou vědomosti, ze kterých čerpáme do dnešních dnů (Marková et. al. 2006).

Galenos (129-200n.l.) jako jeden z nejvýznamnějších pokračovatelů a lékařů antiky vychází z Hippokratových zásad. Jeho význam v medicíně dominuje až do 17.st., převážně v odvětví anatomie. Galenos, eklektik, zcela opouští mystické teze, a za středisko duševních chorob určuje mozek. Galenos je somatikem, s čímž také souvisí jeho léčebné metody, které zůstávají věrné Hippokratovy, to znamená pouštění žilou, projímadla, dávidla, podrobně se

věnuje dietě. Hojně používá též rostlinné extrakty zvané jako galanetika. (Svoboda et. al. 2006).

V příštích stoletích bude humanistický přístup k duševně nemocným na ústupu, nicméně na teze antických lékařů naváže v raném středověku arabský svět od Damašku až po Španělsko, ve kterém existují psychiatrická zařízení (Svoboda et. al. 2006).

STŘEDOVĚK

Arabský lékař Avicenna (980-1037) je považován společně s Galénem a Hippokratem za pilíř středověké medicíny. Totožně považuje duševní choroby za onemocnění mozku a čerpá z humorální patologie čtyř základních tělních tekutin (krev, žluč, černá žluč, hlen). Příkladně melancholie je dle jeho tvrzení závislá na černé žluči, přehřátá žlutá žluč má pak na svědomí mánie. Avicenna znal vliv emocí na srdeční rytmus a pozoruhodné je i jeho pojetí nehmotné duše coby nezničitelné části těla, jejíž působení se ovšem bez hmoty neobejde. Následuje vznik prvních evropských středověkých škol, ta nejpůvodnější je z 9.století v Salernu na jihu Itálie (Šedivec 2008).

Výrazně religiózní středověká společnost a moc církve zasáhla do všech odvětví včetně medicíny. Dochází k úpadku vědeckého myšlení. Historie mluví také o tzv. lodích bláznů, které společnost vypouštěla na moře, aby se tak zbavila svých nepohodlných členů nebo je vyháněla do lesa. Oproti tomu i v této době existují útulky, kde nemocní nacházejí alespoň částečnou péči, kterou potřebují a zaznívají hlasy, jež upozorňují na to, že duševně nemocní si nezaslouží zavržení, ale potřebují léčit (Marková et. al. 2006).

RENESEANCE

V období renesance, konkrétně v 16.století, začínají být lékaři přístupní myšlence, že vedle duševních chorob vzniklých přirozeně, jsou některé z nich způsobené posedlostí démony. Zastánci těchto názorů jsou například J.Fernelius (1497-1559) nebo F.Plater (1536-1614). Zároveň se je snaží oddělit od onemocnění přirozených, a to popisem zvláštních

příznaků jako projevy kacířství, zvracení hřebíků, živočichů, nutkání poškodit sebe či někoho v okolí, prudký hněv, zoufalství etc. V případě, ve kterém lékaři určili duševní nemoc jako nemoc způsobenou démonem, povolali teologa, který zlou moc vyháněl z těla nemocného pomocí exorcismu (Šedivec 2008).

Mnohé historické prameny mluví o krutých torturách páchaných na duševně nemocných, jež pronásledovala inkvizice, obviňovala z čarodějnictví a následně upalovala. Velice těžké a vratké postavení duševně nemocných ve společnosti je nezpochybnitelné. Neklidné čekalo místo ošetření v klášterech vězení ve věži či klec. Avšak čarodějnické procesy s knihou Sprengera a Institorise "Malleus maleficarum neboli Kladivo na čarodějnice" v popředí nebyly záležitostí týkající se duševně nemocných označených za posedlé, ale spíše pouhá persekuce sekulárně smýšlejících, kde inkvizitoři tím nejkrutějším způsobem zajišťovali nenarušené uspořádání křesťanské společnosti (Šedivec 2008).

NOVOVĚK

OSVÍCENSTVÍ

Konec 18. století zdá se být průlomem v mnoha směrech. Na našem území v duchu osvícenství a humanismu Marie Terezie v roce 1755 ruší zákon o čarodějnictví, a jako takové je zcela popřeno. Psychiatrie se odděluje od všeobecného lékařství, latina přestává být výhradním jazykem pro tvoření lékařských spisů, novou kapitolu dějin píše Velká francouzská revoluce. V období 17. a 18. století existovaly útulky pro duševně nemocné, které byly separované od nemocnic a úroveň péče byla velmi nízká. Nemocní, jež se zmocňoval neklid byli zavírání ve věžích, poutání okovy, spali na zemi, hygienické podmínky byly tristní, někteří duševně nemocní byli dokonce vězněni společně s trestanci (Malá, Pavlovský Pavel 2002).

V duchu Velké francouzské revoluce přichází 11. září 1793 slavný čin P. Pinela (1745-1826), kdy v Paříži z okovů v podzemní věznici osvobodil 50 duševně nemocných na svobodu. Tento ryze humánní skutek doprovodil požadavky, aby takto nemocní lidé měli stejná práva jako všichni ostatní, a šatlavy, věže a otřesné hygienické podmínky vyměnila

nemocniční lůžka, kde jim bude poskytnuto důstojné ošetřování. Podobné snahy se ovšem nedějí prvně, docházelo k nim v minulosti i v dalších částech Evropy nebo Spojených státech, avšak Pinelova důslednost vedla k jeho následování řadu lékařů. Pinel označoval duševní nemoci za choroby mozku a snažil se je léčit prací, čerstvým vzduchem, kvalitní stravou, cvičením a vřelým přístupem, které vykazovaly dobré výsledky. Zásadní změny v psychiatrii rozhodně neproběhly rychle ani snadno. Rigidní postupy pokračovaly v mnoha zařízeních až hluboko do 19.století (Ocisková, Praško 2015).

19. -20. STOLETÍ

Od roku 1808 existuje samostatný název psychiatrie, a to zásluhou J. Ch. Reila (1759-1813). Období 19. a 20. století je charakteristické množstvím nových názorových proudů, s čímž souvisí, že jednotlivá pojetí duševních nemocí se značně liší, a tak neexistuje jednotná osnova (Šedivec 2008).

Tragickým milníkem dějin psychiatrie se stává fašistické Německo 30.let a druhá světová válka, během níž byli duševně nemocní programově likvidováni, včetně dětí. V období od roku 1939-1945 tak bylo zavražděno bezmála 200 tisíc psychiatricky nemocných. Po skončení války nebylo na našem území vhodné klima pro obor ani nadále. V duchu budování bezchybné totalitní společnosti zůstávala péče o duševně nemocné co nejvíce v ústraní. Listopad roku 1989 zase přináší snahy o okamžité propuštění všech nemocných z léčebných zařízení, v rámci humánnějšího zacházení, což je nakonec v některých případech největším omezením pro samotného pacienta (Ocisková, Praško 2015).

Zcela zásadním bodem v odvětví psychiatrie je jistě objev psychofarmak v 50.letech 20.století, díky nimž mohlo začít samostatný život obrovské množství nemocných, řada institucí byla zrušena. Snahou současné psychiatrie je péče v komunitě a rušení velkých komplexů psychiatrických léčeben. Velké množství nemocných je díky výraznému pokroku a sofistikovanosti oboru schopno zcela běžného soukromého i sociálního života, přesto zůstává pohled na ně ve společnosti značně rigidní a odmítavý (Ocisková, Praško 2015).

STIGMA

Všude tam, kde je etablovanou složkou společnosti norma identity, se setkáváme s procesem stigmatizování osob, které svou vnější či vnitřní schránkou vybočují. Předstupněm vzniku normy identity, nebo zkráceně normality je předpoklad, očekávání. Jedinec, který tento předpoklad nespĺňuje se stává tzv. nositelem stigmatu. Stigma, chápeme jako ryze negativně vnímaný znak odlišnosti, který může mít v zásadě tři podoby. Stigma fyzické, charakterové a kmenové. Fyzické stigma je většinou zřejmé na první pohled, vyznačuje se určitým tělesným znetvořením či jinakostí. Charakterové stigma je přiřčeno osobám vězněným, trpícím alkoholismem, nezaměstnaným, ale i duševně nemocným či homosexuálně orientovaným. Třetím typem, jsou takzvaná kmenová stigmata, týkající se rasy, národa, náboženství (Goffman 2003).

Stigma, ať jeho základy pramení kdekoli, prostupuje do všech vrstev života stigmatizované osoby, a jako k takovému musíme přistupovat. Stigmatizující znak, se kterým se jedinec již narodil, nebo s nímž žije od útlého dětství mu činí v obecné rovině většinou menší obtíže, než osobě, která takový znak získala až v průběhu života. Nejen, že se musí učit žít v pro ni neobvyklém postavení, zároveň si právě ona lépe, než kdokoli jiný, uvědomuje optiku, která je proti ni namířena. Míra, v jaké stigma prostupuje do života nejen stigmatizovaného, ale i jeho bezprostředního okolí, zde konkrétně rodiny můžeme demonstrovat na zkušenosti manželky pacienta psychiatrické léčebny.

“Skrývání může začít být velmi nepohodlné. Aby zabránila tomu, že sousedi zjistí, v jaké nemocnici leží její manžel (poté co jim řekla, že manžel je v nemocnici kvůli podezření na rakovinu), musí paní G. běžet do svého bytu, aby vyzvedla poštu předtím, než to pro ni udělají sousedi, jak to dělali dříve. Musela zanechat přesnídávek v bufetu, kam dříve chodívala se sousedkami, aby se vyhnula jejich otázkám. Než dovolí návštěvě vstoupit do bytu, musí posbírat veškeré věci, z nichž by bylo možné určit nemocnici, a tak dále.” (Erving Goffman, 2003, str.106)

STIGMA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Člověk s duševním onemocněním se s ním potýká hned dvakrát. Poprvé, jako s primárním onemocněním a s ním souvisejícími obtížemi, kterým musí čelit. Podruhé pak, když se vypořádává se stereotypy a předsudky společnosti, které vyplývají z nepodložených a mylných představ o duševně nemocných. Stále totiž převládá dojem, že psychiatricky nemocný a příznaky jeho choroby jsou děsivé a společensky nežádoucí. Takové závěry mohou vést k tomu, že osoby, které své obtíže měly odvahu veřejně přiznat budou konfrontovány diskriminací či různými formami společenského vyloučení. Stigmatizování duševně nemocných osob je velice rozšířené a má dvě odlišné formy – veřejné a osobní.

Veřejné nebo také **sociální stigma** se vyznačuje předpojatými postoji a diskriminačním chováním vůči jedincům s psychickou poruchou ze strany společnosti. Je ho možné též chápat jako určitý závěr či vyvrcholení “psychiatrické nálepky“, kterou takový člověk kvůli veřejnému mínění nosí. Oproti tomu osobní, **vnímané stigma** pramení z vlastní představy nemocného o sobě samém, který si sociální předsudky osvojil, vedou ho k pocitům studu, omezují ho v plnohodnotném využití svých schopností. Obě tyto formy se vzájemně ovlivňují a vedou ke komplikacím, například při uplatnění na trhu práce (Corrigan, Watson 2002).

POSTOJ SPOLEČNOSTI

Průzkum z roku 2000, který proběhl ve Velké Británii, zjistil, že společností nejčastěji zastávaný názor na duševně nemocné je, že jsou nebezpeční, nejvýrazněji pak ti se schizofrenií, trpící abusem alkoholu či drogovou závislostí. Poruchy příjmu potravy a zneužívání návykových látek pak zase označovali za svévolnou poruchu, kterou si jedinci přivodili sami z vlastní vůle. Obecně se pak shodují v bodě, ve kterém tvrdí, že s duševně nemocnými je všeobecně těžká komunikace, a to bez ohledu na jejich vzdělání v tomto odvětví, bez rozdílu věku, nebo zda někoho s tímto druhem onemocnění znají nebo s ním mají osobní zkušenost (Crisp 2000).

Novější průzkumy z let 2008 a 2011 mají obdobné výsledky. Lidé trpící depresemi a schizofrenií jsou nepředvídatelní, a respondenti by někoho takového raději nezaměstnali. (Wang, Lai 2008; Reavley, Jorm, 2011). Skutečnost, že osoby trpící schizofrenií mají ve společnosti doopravdy velice obtížnou pozici dokazuje i tuzemský výzkum agentury DEMA z roku 2004, který se zabývá názorem společnosti na tento druh onemocnění. Ten ve zkratce přináší velice obdobné výsledky jako jiná zahraniční šetření. Názory běžné populace jsou založené na zkratkovitých, generačně předávaných a zažitých dogmatech o schizofrenikovi, coby násilnické a nebezpečné osobě. Mínění sedmi stovek respondentů je rozvrstveno mezi ty, jež s nimi soucítí a označuje za nebožáky uvězněné ve vlastním těle, až po ty, kteří nemocné dehumanizují výrazy "bláznů a magorů". Relativně kladnější přístup k jedincům trpícím schizofrenií zaujímali ti, jež měli osobní zkušenost s konkrétním nemocným. Nicméně absence hlubších úvah a širší perspektivy o duševně nemocných zůstává alarmující i v rámci České republiky (Wenigová 2005).

Ačkoli bychom u některých specifických skupin společnosti očekávali výrazně odlišný přístup a menší rigiditu v otázce duševně nemocných, zdá se, že tuto myšlenku nelze generalizovat. Moses (2010) z Argentiny přináší roku 2010 výsledky týkající se adolescentů s duševním onemocněním. Stigma je na ně přenášeno z řad nejen vrstevníků, při čemž dochází ke ztrátě přátelství a vyčleňování z kolektivu, ale i ze strany učitelů a zaměstnanců školy, kteří mají z takových nezletilých strach, vyhýbají se kontaktu s nimi a zároveň nemají chuť ani schopnosti věnovat jim zvláštní péči (Graham 2013).

Výsledky dvou nezávislých analýz, kterých se účastnilo více než 2000 respondentů z Anglie a Spojených států amerických ukazují tři odlišné přístupy veřejnosti. První reprezentuje strach a vyloučení. Tato část dotazovaných vyjadřuje silné obavy a nelibost vůči duševně nemocným, a jedince s těžší formou onemocnění by udržovali v naprosté sociální izolaci. Druhá skupina vykazuje znaky autoritářství. Duševně nemocné by plošně zbavili svéprávnosti, označují je za nezodpovědné a neschopné vlastního rozhodování. Poslední část jsou shovívaví, jež nemocné považují za dětinské, kteří vyžadují tomu uzpůsobenou péči. Ačkoli, jak bylo již několikrát zmíněno, není společenské stigma zdaleka omezené pouze na osoby s psychiatrickou diagnózou, zdá se však, že veřejnost přijímá právě tento typ onemocnění podstatně hůř, než jedince s příbuznými stavy fyzického charakteru. Vážná duševní nemoc byla připodobněna k závislosti na drogách, kriminalitě či prostituci, a na rozdíl od té fyzické, má být z pohledu společnosti striktně pod dohledem. Zároveň si dle mínění respondentů osoby, jejichž duševní onemocnění obsahuje fázi agrese či hněvu nezaslouží péči jako takovou (Corrigan, Watson 2002).

Zdá se, že stigma duševních poruch je doménou hlavně západního světa. Nejrůznější studie ukazují, že diskriminující postoje vůči takto nemocným zaujímá drtivá většina obyvatel Ameriky a Evropy, při čemž nehraje roli erudovanost jednotlivců v oboru, protože i vyškolení odborníci se uchylují k zavedeným stereotypům přemýšlení. V zemích Asie a Afriky se tak zdá, že je tento trend méně patrný, není ovšem prokázáno, zda je to vlivem odlišné kultury či pouhým nedostatkem výzkumů v této oblasti. Je ovšem pravděpodobné, že nedostatečné rozlišení mezi onemocněním psychotického a nepsychotického původu je hlavním faktorem vedoucím k menší míře stigmatizování v těchto oblastech (Corrigan, Watson 2002).

VÝZNAM STIGMA

Z předchozího textu je zřejmé, že stigma zahrnuje jak předsudky, tak následné diskriminační chování, a má velice silný sociální dopad na člověka trpícího duševní chorobou. Vyloučení, pocity osamělosti, nedostatečná sociální podpora, celkové zhoršení kvality života, to jsou jen některé situace a prožitky, se kterými se nemocný ve svém životě potýká. Zcela zásadní vliv má stigma na proces a úspěšnost léčby, která se u stigmatizované

osoby snižuje. Osobní, vnímané stigma pak výrazně koreluje s horším uplatněním takového jedince na trhu práce. Prodlužování doby zotavení, sociální izolace a snížení šance profesního uplatnění, musí být hlavními důvody, proč stigma duševně nemocných vymýtít (Serani 2011).

STIGMA A MÉDIA

Tvrzení, že jsou média neodmyslitelnou součástí každodenního života naší kultury, a že žijeme v nepřetržitém proudu přímých, ale hlavně zprostředkovaných informací, není nijak objevné. Velkou měrou ovlivňují veřejné mínění i dění, jejich přenos se neustále zrychluje, což je jejich doménou, ale také jedním z největších úskalí. Bez použití kritického myšlení, ověřování zdrojů a relevantnosti obsahu se stáváme nejen obětí polopravd a mýtů, ale zároveň jejich přenašečem, potažmo participantem na vytváření živné půdy pro negativní společenské stereotypy, předsudky a emoce.

Zábavní průmysl a média obecně mohou, a velice pravděpodobně mají negativní vliv na vnímání psychiatricky nemocných jedinců. Tak například filmové ztvárnění takto nemocných se vyznačuje silně zkresleným obrazem příznaků, projevů i samotné léčby nemocných. A právě schizofrenie, onemocnění, které je dle dostupných výzkumů vnímáno veřejností veskrze nejhůře, je častým námětem filmů, ve kterých se schizofrenici objevují v násilnických rolích podílejících se na vraždách nebo mají sami suicidální sklony, často pak sebevraždu dokončují. Kontra tomu by média díky svému nemalému vlivu mohla být hlavním činitelem osvěty, motorem pro nastartování rozsáhlejšího odstranění stigmatu psychiatricky nemocných ve společnosti. Plní zatím ovšem roli zcela opačnou (Burton 2012).

Abychom nebyli jen kritičtí, zmiňme Formanův Přelet nad kukaččím hnízdem (dle předlohy Kena Keseyho, Vyhodíme ho z kola ven, rok vydání 1962), který se stal nejen symbolem vzpoury jednotlivce proti systému, ale mimo jiné i impulsem pro polemiku mezi tím, co a kdo je normální, a naopak šílené. Psal se rok 1975.

ODSTRANĚNÍ STIGMA

Strategie pro odstranění stigmatu ze společnosti byla rozdělena do třech částí. Protest, vzdělání a kontakt. Protest má symbolizovat určitou vzpouru proti zavádějícím informacím, které poskytují média, a jedincům, kteří se dopouštějí přechovávání mylných stereotypů a podílí se tím na vzniku předsudků. Protest, jako reaktivní strategie sice poměrně dobře funguje coby vzpoura proti dalšímu šíření negativních postojů o duševním onemocnění, zároveň ovšem nijak prokazatelně nerozšiřuje hlasy pozitivní. Vzdělání je pak klíčovou metodou k tomu, aby veřejnost mohla činit relevantní, informované soudy ohledně duševních nemocí. Strategie dobré informovanosti vede k možnosti částečné eliminace negativních stereotypů. Zřejmě nejúčinnější metodou se zdá být vlastní kontakt s psychiatricky nemocným člověkem. Ať už se jedná o velice blízký vztah v rodině, kontakt mezi vrstevníky, sousedy, zaměstnanci nebo kdekoli jinde v běžném životě, je dobrá osobní zkušenost s psychiatricky nemocným jedním z hlavních atributů následné změny, odstranění stigmatu. Je tedy nutné nebránit se kontaktu, ale právě naopak silně podpořit inkluzi duševně nemocných (Corrigan, Watson 2002).

PROJEKTY

Ve Velké Británii probíhá masivní kampaň pod názvem "Time to Change" (čas na změnu). Její program vytváří internetové blogy, videa a televizní spoty. Organizuje propagační akce s cílem zvýšení gramotnosti obyvatel v otázce stigmatizování, a jejím výhradně negativním dopadu na osoby s duševní nemocí. Ekvivalentním tuzemským projektem je česká Změna, spadající pod Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, které organizuje nejrůznější aktivity jako vzdělávací programy, zapojování konkrétních osob, kteří se potýkali nebo potýkají s duševní nemocí, mapování a přenos nových poznatků ze zahraničí etc. (Graham 2013).

TI, KTERÝM SE VYHÝBÁME

Zprostředkovat optiku a pocity konkrétně duševně nemocných laické veřejnosti, a tím přiblížit, jak obtížnou výchozí pozici mají, je jistě jedním ze zásadních kroků posunující veřejné mínění o krok kupředu. Společnost dychtí po rychlých a snadných řešeních. Situace, které tuto jednoduchou cestu neumožňují, zůstávají stále výzvou, která většinou končí v komfortní zóně vytěsnění, odsunutí.

Od roku 2006 organizace působící v jihočeském kraji FOCUS ČESKÉ BUDĚJOVICE vytváří pestrý program a poskytuje služby pro duševně nemocné starší 18let. Jejím hlavním cílem je pomocí komunitního týmu vytvářet svým klientům takové klima a podmínky, které vedou k jejich soběstačnosti a naplňování osobního, rodinného i pracovního života.

Lokalitou praktické péče o klienty této organizace je již zmíněný jihočeský kraj, nicméně její činnost tyto hranice přesahuje. Od května roku 2015 do konce dubna roku 2016 probíhá projekt s názvem TI, KTERÝM SE VYHÝBÁME zaměřující se na edukaci veřejnosti prostřednictvím tištěného média týdeníku RESPEKT a sociální sítě FACEBOOK. Právě média totiž poskytují živnou půdu řetězce předsudků, stigmatizování a diskriminaci duševně nemocných ve společnosti. Tragická událost, na jejímž pozadí figuruje duševní nemoc bývá pro mnoho redaktorů neodolatelným magnetem a příležitostí přilákat pozornost čtenářů. S odstupem se tato fascinace může zdát téměř perverzní, faktem však zůstává, že využívání duševních nemocí, coby leitmotivu násilných činů je nesmírně přitažlivé. U některých nemocí je tento rys několikrát znásoben, konkrétně mluvíme o schizofrenii, kterou veřejnost vnímá jako velice nebezpečné onemocnění.

Není pochyb, že existují případy, ve kterých schizofrenie sehrává nešťastnou úlohu. O událostech, kde byla příčinou ublížení na zdraví či dokonce usmrcení ví každý z nás. Ne však proto, že by bylo možné schizofrenii klasifikovat jako veřejnosti vysoce nebezpečné onemocnění, ale právě proto, že je jako takové prezentováno. Je důležité si uvědomit, že násilné činy a útoky nejsou doménou duševně nemocných, a že těch, kteří se takového činu dopustí je mizivé procento. Není důvod se domnívat, že zastoupení duševně nemocných, kteří se dopustili násilného činu je vyšší než zastoupení těch, kteří se takového činu dopustili rovněž, aniž by byli nositeli psychiatrické diagnózy. Během každodenního života

podstupujeme přirozené riziko v interakci s okolním světem a lidmi. Být vůči duševně nemocným preventivně ostražití, postrádá smysl. Zároveň je podstatné přijmout za své, že více, než cokoli jiného je spouštěčem násilí frustrace a izolace, kterou prožívá jedinec, jež se v určité fázi k takovému činu uchýlí (Ragins 2002).

Základním předpokladem snížení pravděpodobnosti násilného činu vůči sobě samému nebo okolí ze strany duševně nemocného je tedy stav, ve kterém se necítí frustrován ani izolován a především, ve kterém zná velice podrobně své onemocnění a způsoby, jak zvládat a ovlivňovat případné nežádoucí projevy takového onemocnění. Pro fungování tohoto modelu v praxi je nezbytná participace celé společnosti. Znalost své vlastní choroby, umění korigovat její nežádoucí projevy a odhodlanost nemocného, stává se bezvýznamnou v okamžiku, kdy se střetává s inertní, či dokonce diskriminující společností, která takového člověka nepřijímá (Ragins 2002).

Projekt TI, KTERÝM SE VYHÝBÁME se pod svým heslem snaží jemně konfrontovat společnost skutečným, nedeformovaným obrazem duševně nemocných právě na místech, kde se předsudky a nenávisť ve 21.století šíří nejefektivněji, totiž v médiích. V týdeníku RESPEKT se tak setkáváme s vydařenými komiksy, jež nenásilně představují jednotlivce, kteří nějakým duševním onemocněním trpí. Postavy z komiksu mají jména, a na prostoru jedné A4 strany můžeme nahlédnout do jejich světa. Je zde zprostředkováno nejen jejich postavení a pocity v přímém kontaktu s okolím, ale i ty, které se dostávají při jeho opuštění. Pro ilustraci je v příloze č. 2 jeden z komiksů přiložen.

Dalším místem, kam tento projekt zasahuje je sociální síť FACEBOOK, kde se máme šanci seznámit podrobněji s postavami komiksů, najít některé odkazy s příslušnou tematikou, ale také se seznámit s několika reálnými příběhy duševně nemocných. Nikterak zevrubné pročitání poskytuje veřejnosti jasný obraz nejen o nedostacích institucionální péče, které zde komentuje například MUDr. Pfeiffer v souvislosti s tím, že v České republice stále převládá trend léčby duševních onemocnění ve velkých psychiatrických léčebnách, kde jsou nemocní často vystaveni zcela tristním ubytovacím podmínkám, jako jsou pokoje o kapacitě deseti lůžek, nebo je zde nedostačující léčebný program. Příspěvky samotných nemocných jsou však dalece mrazivější. Příběhy, ve kterých formálně vzdělaní lidé přicházejí o své zaměstnání, které je náplní jejich života z důvodu propuknutí jejich onemocnění nebo těch, kteří přišli po návratu z léčebny o přátele a známé, jsou reálné a

značí jedině. Zakořeněné stigmatizování a vyčleňování osob s duševní nemocí, které ve společnosti neustále probíhá, a které v neposlední řadě jí tolik obávané násilné činy spáchané takto nemocnými přímo podporuje (Ti, kterým se vyhýbáme, 2016).

KOMUNITNÍ PSYCHIATRIE A SOCIÁLNÍ INTERAKCE

Inkluze. Pojem, který v současné době proudí společností a štěpí ji na několik táborů. Začleňování dětí s nějakou formou postižení do tříd běžných základních škol, vyvolalo nepochopitelnou vlnu nevole, která je například ze strany ambiciózních rodičů vysvětlována obavou, že jejich dokonalé ratolesti budou brzděny ve vzdělání, a to právě z důvodu přítomnosti spolužáka, který bude potřebovat nejen asistenta, ale pravděpodobně i trochu více času. Není předmětem této práce shromažďovat argumenty, proč je inkluzní vzdělávání prospěšné nejen pro stranu postiženého dítěte, ale ve velké míře právě pro dítě zcela zdravé, a že inkluze v našem školství probíhá již řadu let a panika, která se ve společnosti zdvihla je neopodstatněná. Toto téma ovšem nabízí jistou analogii ve vztahu k inkluzi duševně nemocných. Jakkoli je odpor vůči inkluznímu vzdělávání pro mnohé hořký, objevujeme zde jeden velice pozitivní faktor, kterým je veřejná diskuze. Ta, jako by se v otázce duševně nemocných ztratila, a byla vší silou odsouvána mimo prostor společnosti.

PROBLÉMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Jistě, oproti západním zemím byla naše startovní čára značně posunuta. Za nepropustnou železnou oponou s autokratickou vládou byla péče o duševně nemocné jednotvárná. Důraz na diagnózu a farmakoterapii ve velkých, špatně vybavených, odosobněných psychiatrických léčebnách. První náznaky změny přišly přirozeně v 90. letech 20. století, a tak by se dalo předpokládat, že v druhém desetiletí 21. století bude situace zcela odlišná. Zdá se však, že systém léčby se v mnohém stále podobá tomu v době normalizace. Změny, vedoucí směrem, kde bude rozlišování symptomů a diagnóza důležitou součástí léčby duševně nemocných, ale hlavní roli sehraje lidská bytost jako

taková probíhají, však velice pomalu a neefektivně. Hlavní problémy péče o duševně nemocné pak popisuje MUDr. Martin Jarolímek (Jarolímek et al 2010) v těchto bodech:

Psychiatrická péče je nedostatečně finančně zajištěna.

Lůžková péče je soustředěna především do kolosů psychiatrických léčeben, které potřebám pacientů a jejich rodinným příslušníkům z mnoha příčin nevyhovují.

Investiční zanedbanost psychiatrických léčeben, hospitalizace ze sociálních důvodů a další problémy komplikují situaci také poskytovatelům, organizátorům a plátcům péče.

Není dostatečně zajištěna ochrana práv duševně nemocných lidí.

Kapacita psychiatrických ambulancí nestačí potřebám pacientů, lékař má v ordinaci na jednoho pacienta minimum času.

Duševně nemocní nemají dostatečný přístup k psychoterapii.

Chybí systém preventivní péče, nikdo nemá povinnost pečovat o duševně nemocné, kteří sami nevyhledají odbornou pomoc.

Chybí celostátní síť zařízení komunitní péče umožňující poskytování služeb duševně nemocným lidem v místě jejich bydliště.

Sociální systém opomíjí potřeby duševně nemocných lidí (invalidní důchody, příspěvek na péči, sociální a pracovní rehabilitace, bydlení, zaměstnání).

(Jarolímek 2010, str. 90)

PROMĚNA PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Psychiatrickou péčí můžeme rozdělit do dvou základních vrstev, klinické péče a komunitní péče. Klinická péče zaštiťuje prevenci, diagnostiku, léčbu duševních chorob a stále probíhá v mohutných komplexech psychiatrických nemocnic, a sama o sobě je nedostačující. Komunitní péče naopak poskytuje propojení mezi péčí zdravotní a sociální, při čemž je jejím hlavním cílem poskytovat služby pokud možno v domácím prostředí

nemocného, spolupracovat s dalšími členy komunity i rodinou, poskytovat sociální terapii s důrazem na soběstačnost, začlenění a naplňování rolí ve společnosti (Jarolímek et al 2010).

Aby bylo možné psychiatrickou péči přesunout z velkých, zastaralých psychiatrických léčeben, kde je cíl péče většinou omezen na diagnózu a odstranění jejích symptomů, a naopak poskytnout nemocným širší síť ambulancí, ve kterých jim bude věnován dostatek času, denní stacionáře s psychoterapií, které výrazně zkrátí pobyt v nemocnici, zprostředkuje reintegraci nemocných do běžného života, a v neposlední řadě změnit veřejné mínění o duševně nemocných, je třeba obsáhnout celé spektrum faktorů, které jeden bez druhého progresi neumožňují. Takovými prostředky jsou medializace, osvětová činnost, vzdělávací programy ve školách etc. Dalším stěžejním bodem je konsenzus odborné psychiatrické společnosti, která připraví konkrétní body, jakými se má změna ubírat. Vše musí být zaštitěno zákonodárci. Je důležité připomenout, že významnou roli ve formování a zdokonalování psychiatrické péče v České republice mohou sehrát dokumenty OSN či Evropské unie, jež ze své podstaty kladou důraz na humánní a spravedlivé zacházení s lidmi, mající predispozice k diskriminaci či společenskému vyčleňování (Jarolímek et al 2010).

SPOLEČENSKÁ INTERAKCE

Být hospitalizován v psychiatrické léčebně je v naší společnosti stigmatizující samo o sobě. Stigma duševní choroby se však netýká pouze nemocného, ale i jeho rodiny a blízkých. Velké množství osob se na veřejnosti za své duševně nemocné rodinné příslušníky stydí. Samotní nemocní mají potíže s tím najít si partnera. Možná i to jsou důvody, proč od prvních symptomů duševní choroby, které nemocný pozoruje, k vlastní diagnóze onemocnění vede průměrně celý rok. Nemocný se tak většinou dostává do zdravotní péče teprve ve chvíli, kdy se potýká s akutní atakou své nemoci, kterou již nedokáže ovládat, a pod jejímž náparem může ublížit sobě nebo okolí (Jarolímek et al 2010).

S velice zajímavými poznatky v oblasti psychiatrie přichází MUDr. Mark Ragins, který prostřednictvím své metody RECOVERY (zotavení), upozorňuje na zásadní roli konkrétně nemocného člověka v procesu léčby. Je si vědom komplikovaného postavení duševně

nemocných ve společnosti, a to i například v kontrastu s jinak znevýhodněnými skupinami osob, jako jsou tělesně postižení, které společnost přijímá veskrze kladně. Představa toho, jak vlastně takový duševně nemocný ve skutečnosti vypadá, je obestřena množstvím mýtů, které jsou bohužel silně zažitě. Přesvědčení, že takový člověk vlastně není schopen běžného života, nedokáže fungovat v partnerském vztahu, rodině nebo vychovávat děti je zcela zcestná. Navazování partnerských vztahů je pak jednou z nejcitlivějších oblastí pro nemocné vůbec, jelikož mají přirozeně stejné potřeby jako ostatní, přičemž si velice silně uvědomují svou společensky nepříznivou pozici, ve které se často ze dne na den ocitli. Osob, které z důvodu své duševní nemoci nemohou naplňovat své životní role je jen mizivé procento, přesto je v této otázce společenský úzus zcela opačný (Ragins 2002).

Dosavadní postup v léčbě psychiatrických pacientů také předpokládá určitou sníženou schopnost logického úsudku, a tudíž spoluúčast na vlastní léčbě není žádoucí. Samozřejmě, organická onemocnění jakým je např. Alzheimerova choroba souvisí s degenerativním procesem nervových buněk mozku, a dochází k postupnému vzniku a prohlubování demence. Ovšem obecná společenská teze, že duševní onemocnění souvisí se sníženým intelektem nemocného opět neplatí. Raginsova metoda je založena na přesně opačném postupu, než ze strany psychiatra direktivně vedená léčba. Důvody jsou prozaické. Pokud pacient dostane možnost participovat na své léčbě a sám si určí způsob, který mu nejlépe osobně vyhovuje, je velká pravděpodobnost, že jej bude na rozdíl od striktních pokynů dodržovat. Nemocný si vytyčí cíle, kterých by chtěl dosáhnout. Psychiatr mu naopak poskytne informace o tom, jakými prostředky jich lze dosáhnout. Obecně platí postup, který se nezaměřuje na stránky nemoci, které odstranit nelze, ale na stránky, které lze posílit a následně vytváří obranný štít v období nějaké krize. Metoda RECOVERY se snaží o to, aby pacient své léky dokázal cíleně užívat. Svě onemocnění i stavy, které ho provází detailně znal a dokázal s nimi pracovat (Ragins 2002).

Skutečnost, že duševní choroby nezpůsobují jen obtíže, ale jsou častokrát také zdrojem jedinečného nebo dokonce geniálního myšlení není novinkou. Přesto se zdá, že veřejnost s touto skutečností nerada pracuje. O někom, kdo vykazuje známky jinakosti, a koho by v případě jeho "bezvýznamnosti" odsoudila do role blázna smýšlí zcela jinak, pokud se jedná o osobu slavnou, něčím význačnou. Franz Kafka díky své schizofrenii vytvořil neopakovatelná, významná díla, která v literatuře nemají obdoby. Mnozí ho jistě považovali

a považují za podivína, psychiatrickou nálepku ovšem nedostal. Stejně tak na světě miliony lidí adorovaný Steve Jobs, jehož obsedantně kompulzivní porucha způsobila, že léčbu rakoviny zvažoval, a ze všech stran prověřoval tak dlouho, až přestala mít smysl a zemřel. Osobní příběh Johna Nashe, držitele Nobelovy ceny za ekonomii, trpícího schizofrenií byl zfilmován. Smýšlí však o něm společnost jako o člověku, který je hloupý, tak trochu nepohodlný a je třeba se ho obávat, jako obecně o psychiatricky nemocných osobách (Ragins 2002)?

PRAKTICKÁ ČÁST

SBĚR DAT

Sběr dat pro vytvoření empirické části práce na téma: *Postavení osoby s psychiatrickou diagnózou ve společnosti*, proběhl mezi laickou veřejností pomocí on-line dotazníku, který obsahuje celkem 14 průzkumných otázek. První tři otázky se týkají věku, pohlaví a nejvyššího dosaženého stupně vzdělání respondentů. Slouží v první řadě k determinaci průzkumného vzorku a zároveň jsou získané informace prostředkem pro další zpracování dat. Při vytváření následujících otázek, které se již specificky věnují danému tématu práce, bylo záměrem použít co nejmenší počet otevřených otázek, a to z důvodu jejich obtížného vyhodnocování. V dotazníku jsou v zastoupení třech, a to v případech, kde byla žádoucí konkrétní asociace respondenta, určitá znalost či názor. Nejčtenějším zástupcem jsou uzavřené otázky využívající škálu. V dotazníku se nacházejí celkem pětkrát, jejich výhoda spočívá ve snadném hodnocení a variabilitě při jejich zpracování. Dvě další otázky jsou rovněž uzavřené, s možností výběru předepsaného textu, v zastoupení jednoho dotazu je otázka dichotomická.

Pomocí on-line dotazníku proběhlo anketní šetření, které nebylo předem časově omezeno. Finálního počtu 100 vyplněných dotazníků bylo dosaženo v období od 1.3.2016 do 13.3.2016. Samotné šíření dotazníku probíhalo pomocí odkazu a emailových pozvánek. Průzkumný vzorek je složen z laické veřejnosti, která nebyla dále specifikována. Skutečnost, že se jednalo o dotazník šířený prostřednictvím internetu, a jeho vyplnění záviselo výhradně na vůli daného respondenta, podmiňuje nerovnoměrné rozvrstvení výzkumného vzorku. Konkrétně bylo velice obtížné obsáhnout všechny věkové kategorie ve stejných poměrech. Starší generace se pomocí on-line dotazníku oslovují výrazně obtížněji, než generace mladší. Jelikož se jednalo o anonymní šetření, nebylo rovněž možné ovlivnit rovnováhu mezi stupni nejvyššího dosaženého vzdělání. Pohlaví respondentů je pak zastoupeno v rovnovážném počtu. Přestože se nepodařilo získat zcela ideální rozvrstvení vstupního výzkumného vzorku, není důvod se domnívat, že v rámci anketního šetření mezi laickou veřejností postrádá výpovědní hodnotu. Celý dotazník je k dispozici v příloze č. 1 této práce.

METODOLOGIE

U hypotéz, které mají výraznou výpovědní hodnotu se nebudeme spoléhat na pouhé popisné statistiky a v takových případech nasadíme standardní statistické metody testování hypotéz. V této práci tak bude testována závislost mezi těmi druhy odpovědí, kde se lze domnívat, že spolu navzájem korelují.

Jinými slovy budu použit Pearsonův chi-kvadrát test pro určení nezávislosti. Tento test je vhodný pro kategorická data, což je typ dat, kde se vyskytuje několik druhů nikoliv numerických údajů, které lze řadit do několika kategorií. Výsledky dotazníkového šetření jsou obvykle charakteristické právě kategorickými daty a tato práce není výjimkou.

Test je založen na poměrně jednoduchém principu. Pomocí kontingenční tabulky spočítáme očekávanou četnost jisté proměnné a tento údaj pak porovnáme s pozorovanou hodnotou pomocí následující statistiky:

$$\chi^2 = \sum_i^c \sum_j^r \frac{(\text{očekávaná četnost}_{j,i} - \text{pozorovaná četnost}_{j,i})^2}{\text{očekávaná četnost}_{j,i}}$$

Tato statistika má vlastnost pravděpodobnostního rozdělení chi-kvadrát se stupněm volnosti závislejícím na počtu pozorovaných kategoriích. Stupeň volnosti je pak přímo určen počtem kategorií. Z charakteristiky kontingenční tabulky tak plyne, že:

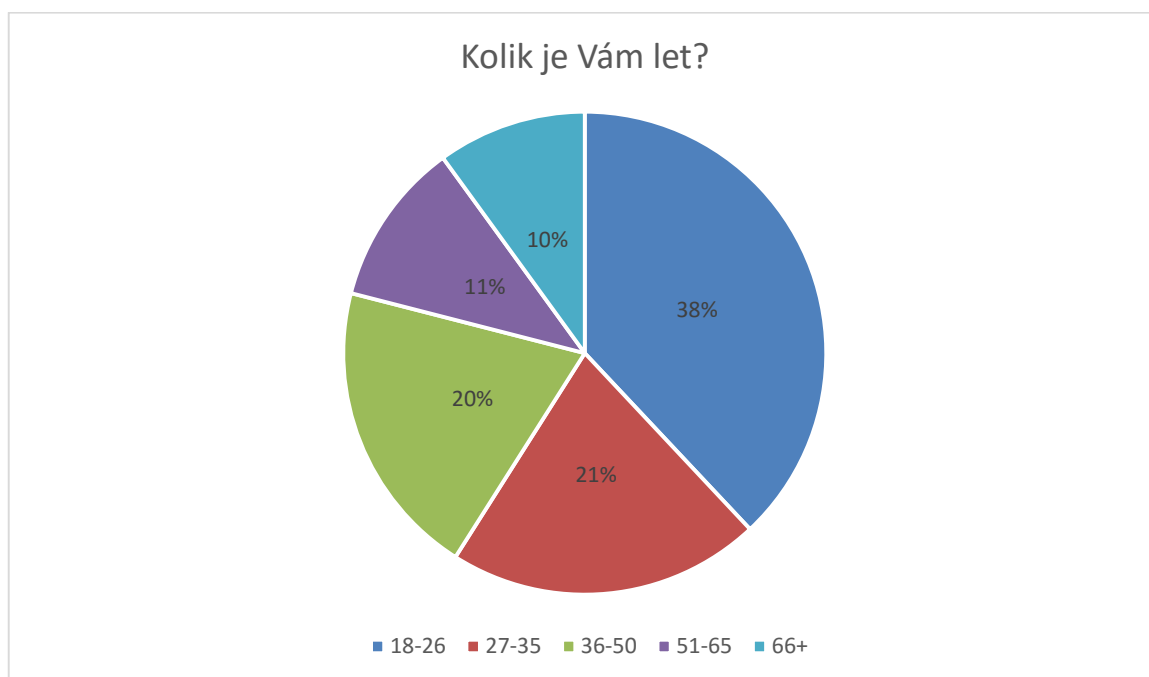
$$\text{stupeň volnosti} = (\text{počet řádků} - 1)(\text{počet sloupců} - 1)$$

Pokud by nás tedy zajímala závislost odpovědí ano/ne na pohlaví, stupeň volnosti by byl roven jedné.

Výslednou hodnotu statistiky pak porovnáme s hodnotou odpovídajícího pravděpodobnostního rozdělení pro danou kritickou hodnotu (v této práci bude použita 5% hladina významnosti). Tolik k teorii.

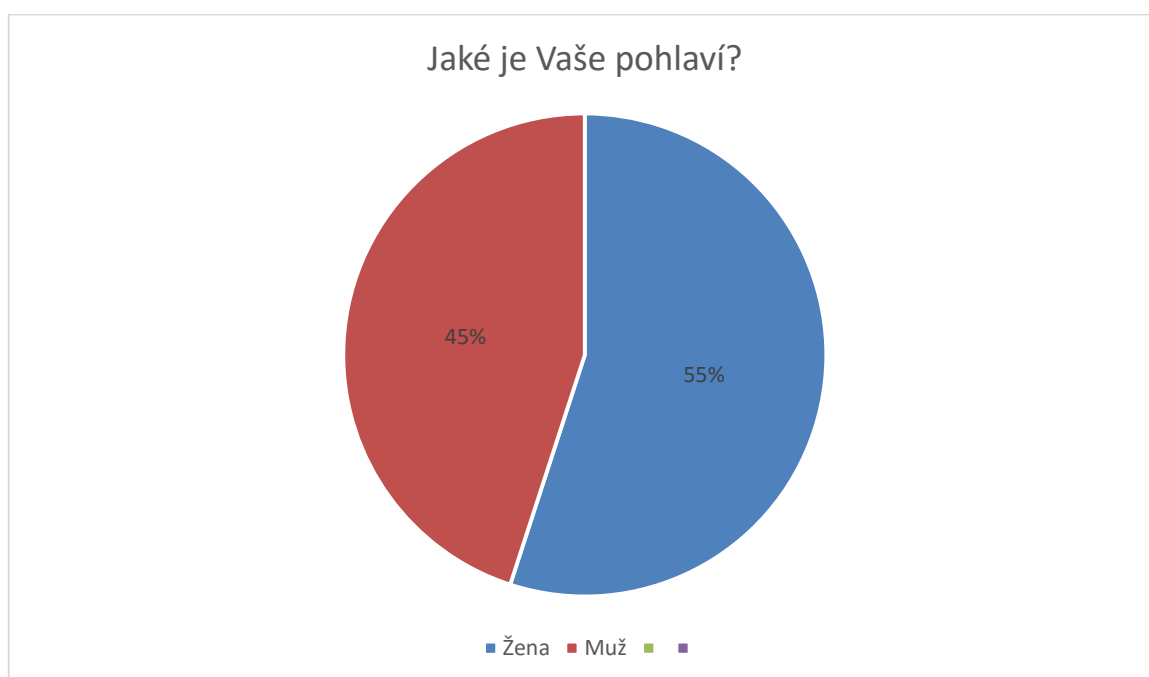
VZOREK RESPONDENTŮ

Otázka č. 0a: Kolik je Vám let?



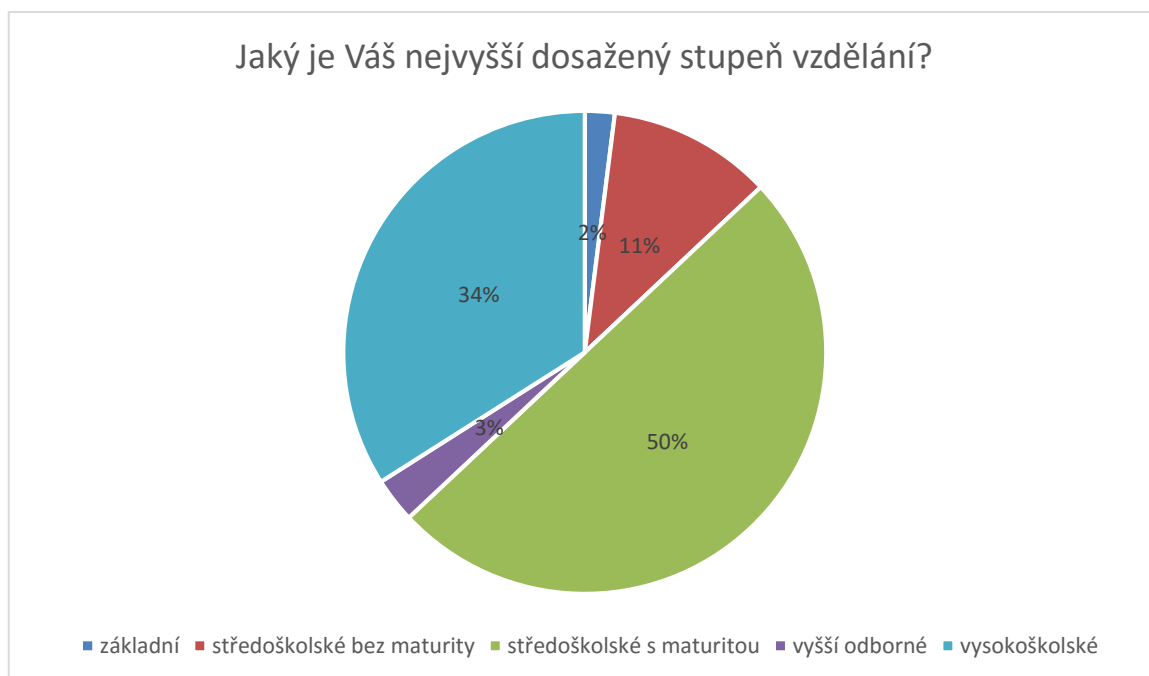
GRAF Č. 0A

Otázka č. 0b: Jaké je Vaše pohlaví?



GRAF Č. 0B: POHLAVÍ

Otázka č. 0c: Jaký je Váš nejvyšší dosažený stupeň vzdělání?

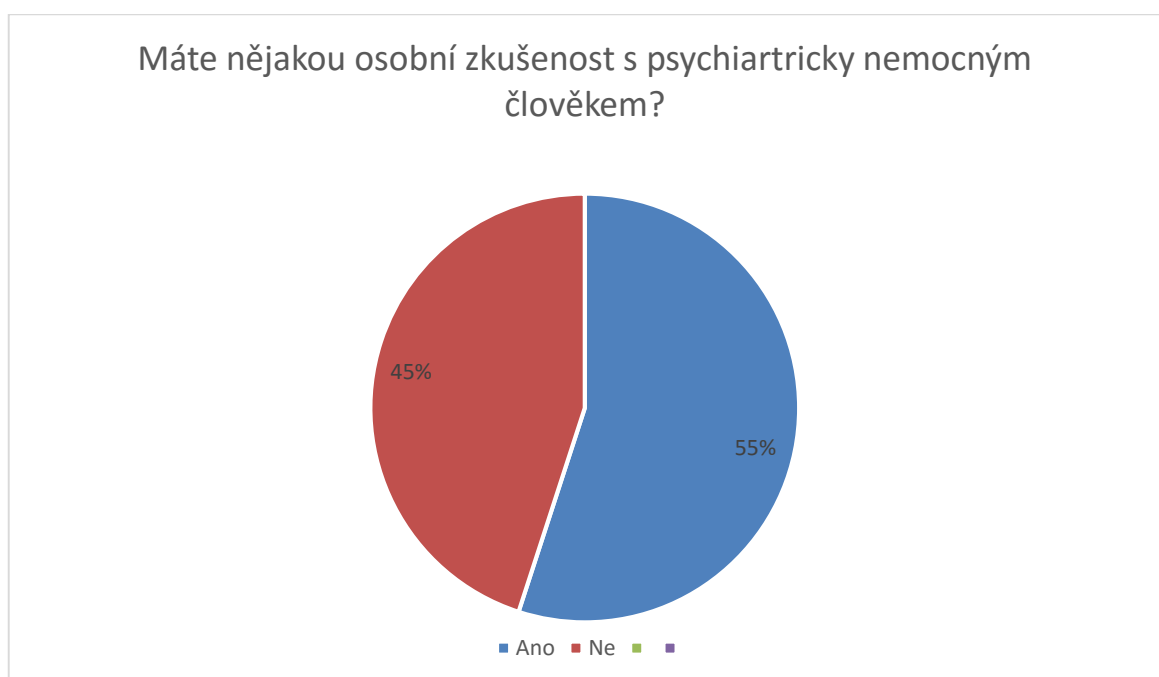


GRAF Č. 0C

Vzorek respondentů je složen z laické veřejnosti a anketního šetření pomocí dotazníku se účastnilo celkem 100 osob. Cílem bylo obsáhnout pestrou škálu determinant, se kterými je možné dále pracovat. Věk respondentů je pro přehlednost rozdělen do pěti skupin. První skupinu tvoří osoby od 18-26 let v zastoupení 38 %, která má primárně představovat osoby velmi mladé, které ve značné míře ještě studují. Druhá část obsahuje 21 % respondentů a je omezena rozmezím věku 27-35 let, tedy dospělostí, ve které se člověk většinou již osamostatnil, zakládá rodinu. Věková kategorie 36-50 let-20 %, představuje osoby v obecně nejproduktivnějším věku, spojeným s určitou svrchovaností, ale také například krizí středního věku. Skupinu osob 50-65 let zastává 11 % a symbolizuje v životě již pevně zakotvené jedince, kteří dále naplňují pracovní, ale také nové rodinné role prarodičů. Poslední kategorie je tvořena osobami staršími 65 let-10 % respondentů, představující důchodový věk, ve kterém většinou kariérní život střídá ten soukromý, méně exponovaný. Samozřejmě jednotlivé kategorie nelze paušalizovat a jejich rozdělení i popis jsou pouze orientační. Dalším determinantem respondentů je jejich pohlaví, kde se nám

podařilo dosáhnout rovnoměrného podílu žen a mužů. Ženy představují 55 %, muži pak 45 %. Posledním faktorem, který tvoří vzorek laické veřejnosti, je jejich nejvyšší dosažený stupeň vzdělání. Nejmenší zastoupení má základní škola - 2 %, vyskytla se u nejmladších respondentů, kteří vzhledem ke svému věku vyšší vzdělání dosáhnout nemohli. Vyšší odborné školy, coby mezistupeň mezi středoškolským a vysokoškolským vzděláním postihly 3 % tázaných. Již výraznější skupinou jsou respondenti, kteří dosáhli středního vzdělání bez maturity, je jich 11 %. Vysokoškolsky vzdělaných je 34 %, a 50 % vystudovalo střední školu zakončenou maturitou.

Otázka č. 1: Máte nějakou osobní zkušenost s psychiatricky nemocným člověkem?

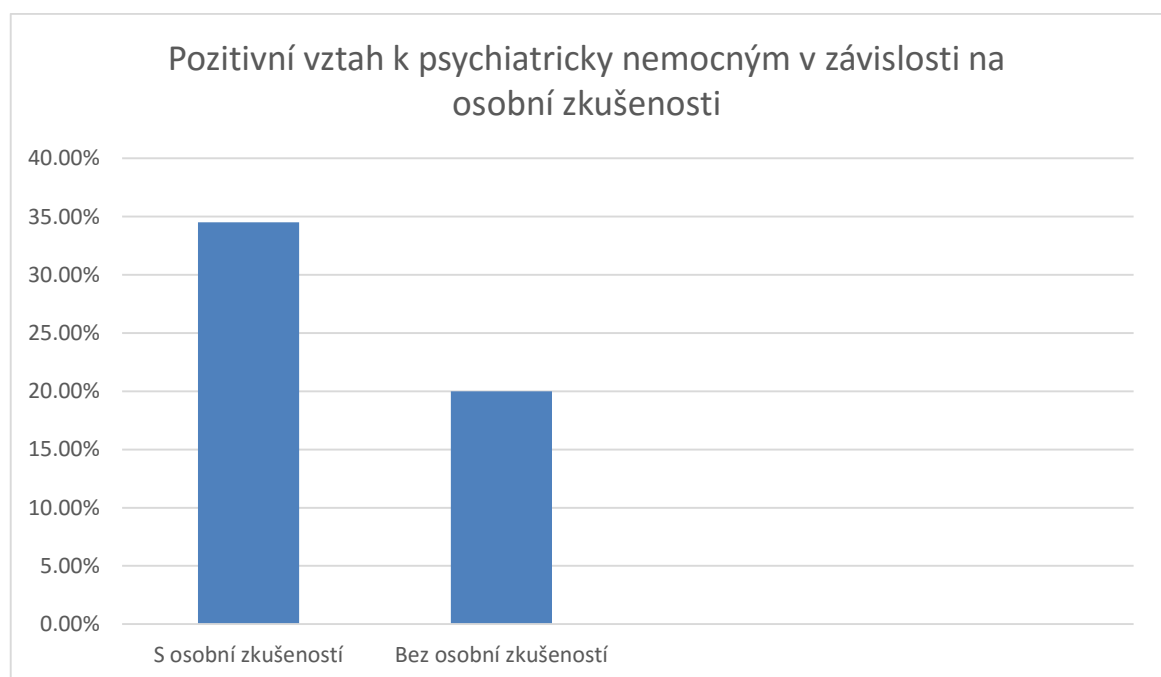


GRAF Č. 1

Že je dobrá osobní zkušenost s duševně nemocnými zásadním předpokladem pro odstranění jejich stigmatu, je popsáno v teoretické části práce. To, zda respondenti nějakou takovou zkušenost mají, mapuje otázka č. 1. Je ovšem omezena hned několika faktory, které je potřeba zmínit. Zabývá se zkušeností obecně, tedy není zde rozlišeno, zda se jedná o zkušenost dobrou či špatnou. Dále blíže nespecifikuje, nakolik blízká zkušenost byla. Je totiž zásadní rozdíl mezi tím, kdy jako zkušenost považujeme to, že víme o naší sousedce

trpící depresí, nebo třeba to, že s duševně nemocným spolupracujeme na jednom projektu v práci, nebo je členem naší rodiny. Jak naznačuje úvodní věta tohoto odstavce, čím více dobrých, osobních zkušeností budeme s duševně nemocnými mít, tím menší riziko stigmatizování těchto osob z naší strany hrozí. Aby se však ona dobrá zkušenost mohla vůbec uskutečnit, je potřeba změnit obecný přístup, který psychiatricky nemocné spíše izoluje. Osobní zkušenost s duševně nemocnými uvádí 55% respondentů, žádnou zkušenost nemá 45% z nich.

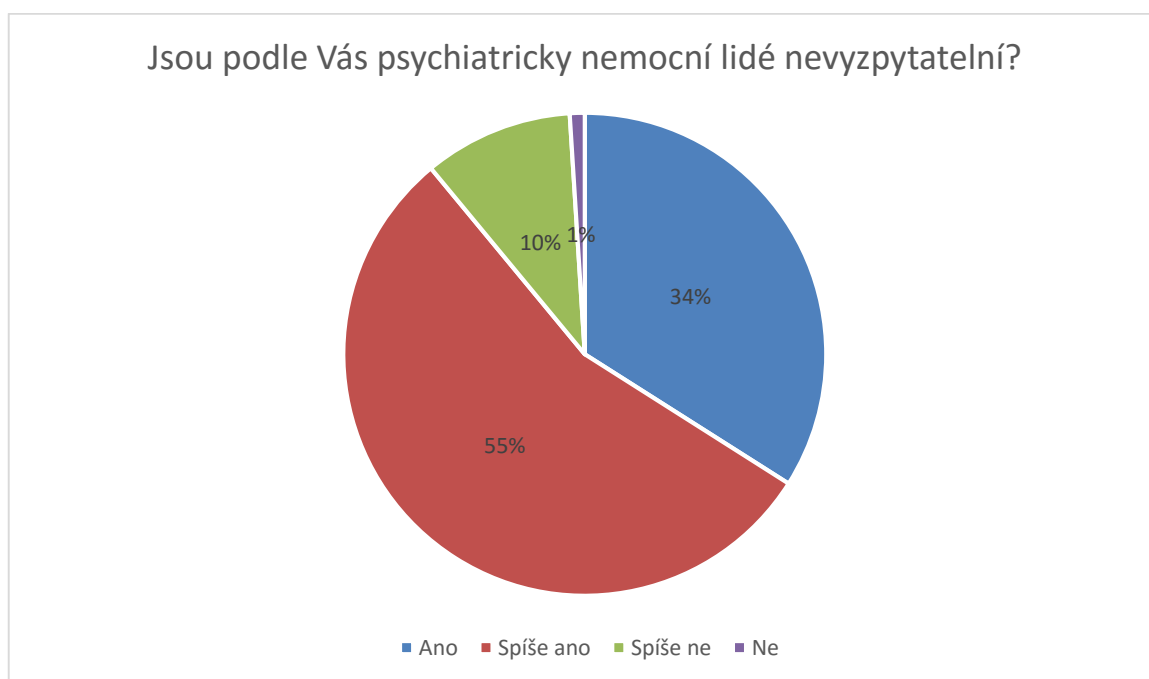
Zajímalo nás, zda se projeví závislost mezi osobní zkušeností a postojem našeho průzkumného vzorku vůči duševně nemocným. Prostřednictvím otázek, které nabízely škálu odpovědí Ano, Spíše ano, Spíše ne, Ne, jsme vytvořili dvě skupiny relativně kladných a relativně záporných odpovědí. Konkrétně se jednalo o otázky č. 2, 4, 5, 6, 7. Přiřazením různých koeficientů k odpovědím (ano se dvěma body, spíše ano s jedním bodem, etc.) jsme vytvořili metriku, která popisuje obecný přístup respondenta k duševně nemocnému člověku. U každého respondenta byl následovně vyhodnocen jeho spíše kladný či záporný vztah k duševně nemocným. Graf č. 1A ukazuje, že při podmínce, ve které měl respondent osobní zkušenost s duševně nemocným, zaujímá obecně k psychiatrickým pacientům tolerantnější postoj, a naopak ti, jež osobní zkušenost nemají, jsou v přístupu k nim rigidnější.



GRAF Č. 1A

Stejného výsledku se lze dobrat pomocí Pearsonova testu nezávislosti. Výsledná statistika rovna 3.6 nám umožní při hladině spolehlivosti 10% (kritická hodnota 2.7) zamítnout nulovou hypotézu nezávislosti. Respondenti s osobní zkušeností tedy skutečně mají pozitivnější vztah k duševně nemocným než ti, kteří takovou zkušenost nemají.

Otázka č. 2: Jsou podle Vás psychiatricky nemocní lidé nevyzpytatelní?

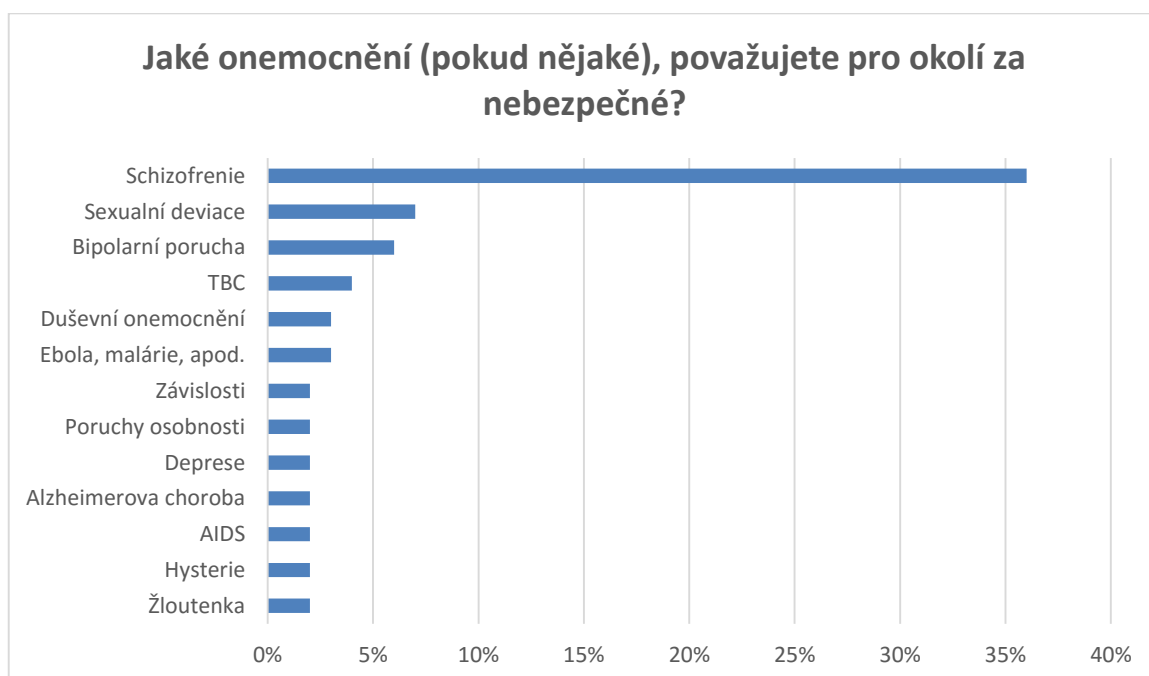


GRAF Č. 2

Velice obecně položená otázka si žádá velice obecnou odpověď. Během subtilní pilotáže, která proběhla před samotným sběrem dat bylo zjištěno, že několik respondentů váhá s odpovědí, protože neznají přesnou diagnózu osoby, které se otázka týká. Průzkum této práce není zaměřen na konkrétní onemocnění, ale na oblast duševního onemocnění obecně, a jako na takové by se měl respondent zaměřit. Převládne u něj představa psychiatrického pacienta tak, jak nám ji zobrazují filmy, prezentují média a ukazují v televizi, nebo po drobné úvaze zjistí, že duševně nemocných osob máme kolem sebe obrovské množství, a pravděpodobně se s někým takovým setkává, aniž by o jeho chorobě věděl? Zvítězí přesvědčení o tom, že většina psychiatricky nemocných jsou nevléčitelní, nebezpeční a nepřizpůsobiví, nebo že je tento poměr vlastně přesně opačný? Pro lepší

uchopení použijme velice aktuální téma. Lze se jen dohadovat, jaké výsledky by přinesla obdobná otázka týkající se muslimů. Kolik lidí by nevidělo důvod k tomu označovat někoho jako nevyzpytatelného či nebezpečného, jen kvůli jeho náboženství a tomu, že zcela marginální množství muslimů se v průběhu svého života radikalizovalo a přidalo k některé z teroristických organizací. A naopak kolik z nich by muslimy bez váhání označili jako nebezpečné ze stejných důvodů? Jistě, tato analogie je značně nadnesená a jako na takovou je třeba nahlížet. Je zde ovšem snahou vysvětlit záměr, proč jsou otázky položené obecně. Protože mají zprostředkovat výsledky obecného postoje laické veřejnosti k duševně nemocným. Za zcela nevyzpytatelné pomocí odpovědi Ano označilo duševně nemocné 34 % tázaných, za Spíše nevyzpytatelné je považuje 55 % respondentů. Spíše nepovažuje duševně nemocné za nevyzpytatelné osoby 10 % průzkumného vzorku, jen 1 % se domnívá, že duševně nemocní nevyzpytatelní nejsou. Když sloučíme odpovědi do dvou skupin, a získáme tím odpovědi relativně kladné a relativně záporné, stojí v poměru 89 % ku 11 %.

Otázka č. 3: Jaké onemocnění (pokud nějaké), považujete pro okolí za nebezpečné?

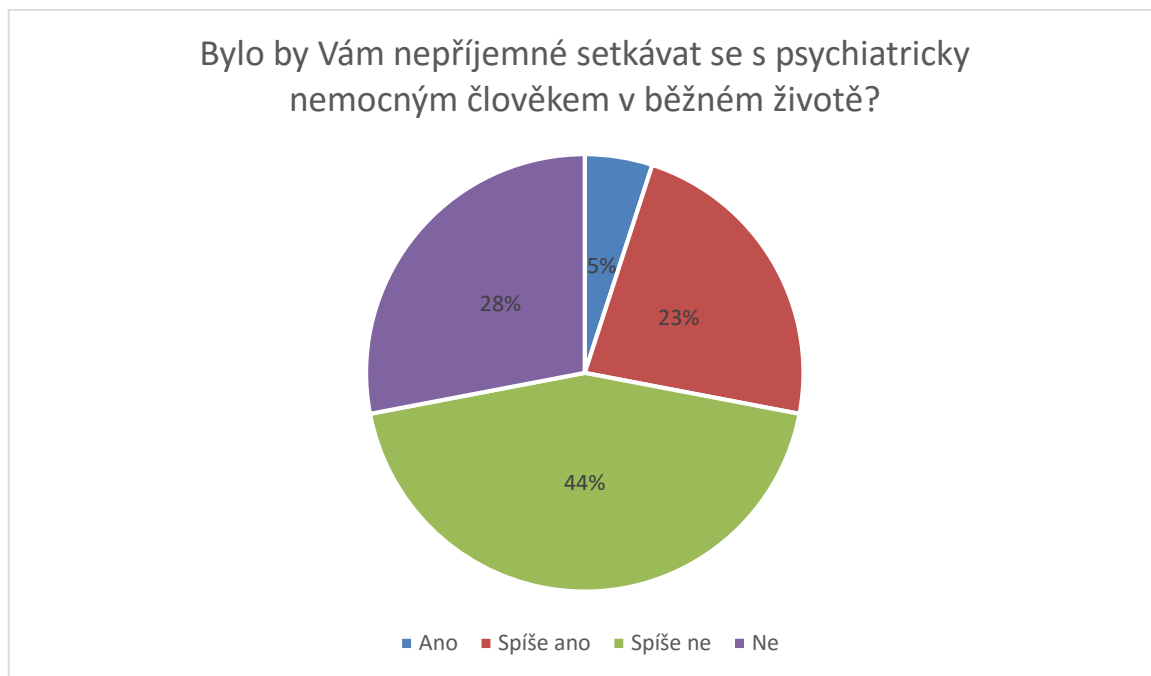


GRAF Č. 3

Že jsou osoby trpící určitým druhem onemocnění náchylnější stigmatizování než ty, které trpí jinou chorobu, je popsáno v teoretické části práce. Nemoc, která je se stigmatem

spjatá snad ze všech nejvíc, je pravděpodobně schizofrenie. Závažné onemocnění, které nepopíratelně ovlivňuje život. Mluvíme však o životech především nemocných, nikoli o životech zdravé populace, mezi kterou se schizofrenik musí pohybovat, a která mu místo vytváření příznivějších podmínek nastavuje záda, protože je v jejich představách veden jako nebezpečný. Strach, to jest mocná emoce, která je přirozená, a nelze ji mít nikomu za zlé. Je však důležité svůj strach dobře znát, pracovat s ním a nenechat se jím ovládnout. Musíme si uvědomit, že strach je nejen nežádoucí emocií, pod jejímž vlivem není radno se rozhodovat, ale také z něj většinou těží někdo další. S ustrašenou společností lze snadno manipulovat, a nesmí být naším cílem se takovou společností stát. Úkolem zdravé populace je mít dostatek podložených informací, zde konkrétně o duševních chorobách, díky kterým je možné si udržet kontrolu nad svým neopodstatněným strachem. Zároveň je možné včas rozpoznat některé situace, a tak například místo vyhýbání se svému “bláznivému” kolegovi v práci, lze sehrát roli kontrolky, která může nemocnému pomoci včas rozpoznat, že je něco v nepořádku. Data zobrazená v grafu č. 3 postihují pouze vyplněné odpovědi, kterých bylo 73 %, zbylých 27 % respondentů neuvádí žádné onemocnění, a lze jej chápat jako neznalost takových chorob, nebo to, že za okolí nebezpečné nepovažují chorobu žádnou. Jelikož byly před touto otázkou v dotazníku položeny již dvě, které měly přímou souvislost s duševními chorobami, jsme zde svědky tzv. Framing effectu (efektu rámování), kdy respondenti přizpůsobili své odpovědi tématu, přestože byla otázka položena obecně, totiž nebyla cílena na duševní choroby. Lze předpokládat, že by bez tohoto zkreslení bylo zastoupení notoricky známých infekčních chorob jako např. Aids či žloutenka četnější. I přesto je patrné, že právě schizofrenie je společností vnímána velice negativně a obecně ji považuje za okolí nebezpečnou. Z celkového počtu respondentů ji tak označilo celých 36 %. S velkým odstupem jsou se 7 % zobrazeny sexuální deviace, 6 % připadá bipolární poruše. Na čtvrté pozici četnosti se nachází nepsychiatrická diagnóza, a to tuberkulóza, TBC v zastoupení 4 %. Duševní onemocnění jako takové považuje za okolí nebezpečné 3 % respondentů, stejné množství tázaných tak označuje cizokrajné viry a infekce, jako ebolu, malárii etc. Zbylá onemocnění, která byla označena jako okolí nebezpečná získala 2 %, a jsou jimi: závislosti, poruchy osobnosti, deprese, Alzheimerova choroba, aids, hysterie a žloutenka.

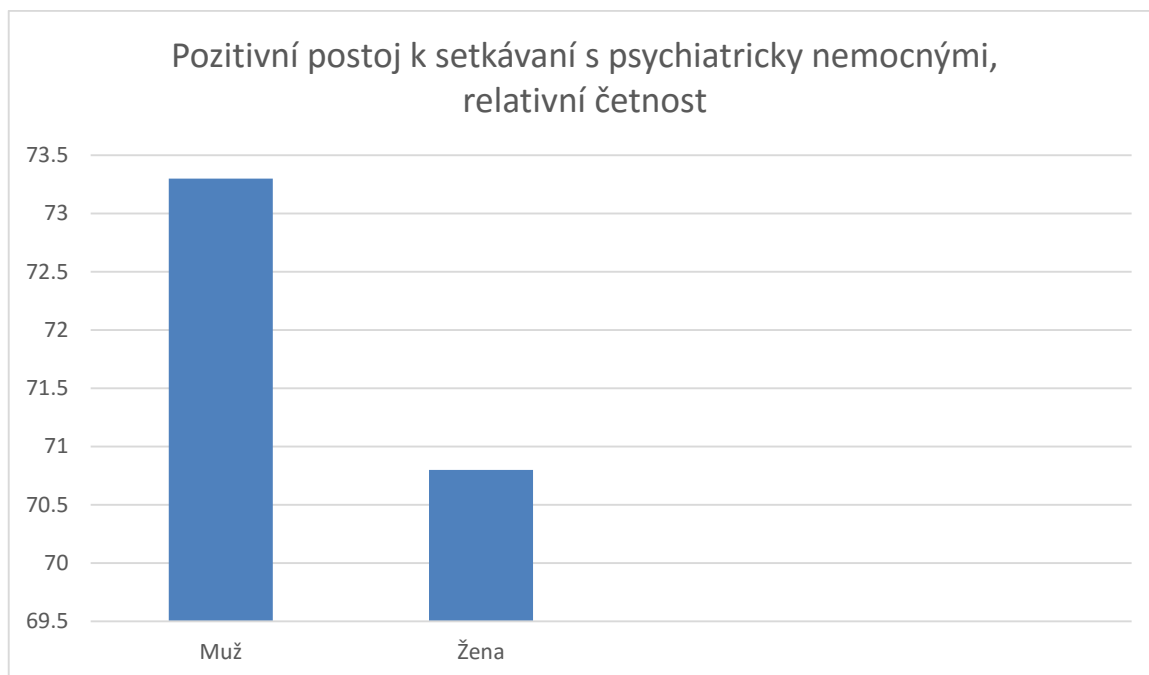
Otázka č. 4: Bylo by Vám nepříjemné, setkávat se s psychiatricky nemocným člověkem v běžném životě?



GRAF Č. 4

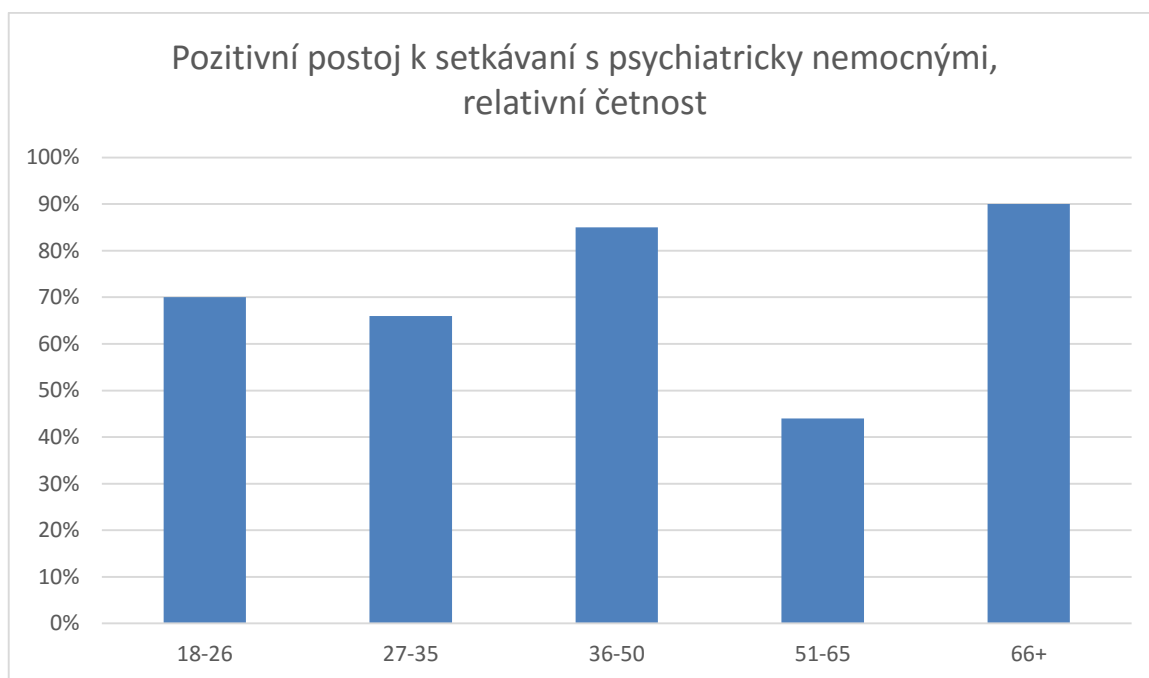
Počet duševně nemocných v populaci neustále přibývá. Důkazem toho může být například v teoretické části zmíněný strmý nárůst spotřeby antidepresiv. Představa člověka v kazajce, choulícího se v rohu místnosti, je patřičně zcestná. V populaci je nespočet osob, které se v minulosti léčily, léčí nebo léčit s nějakou duševní obtíží budou, aniž by to třeba v tuto chvíli tušili. Pod pojmem běžný život si může každý představit trochu odlišné věci. Příkladem nicméně může být den, ve kterém se ráno vypravíme z domu, potkáme souseda, pak nasedneme do městské hromadné dopravy, zastavíme se v pekárně, kde nám prodavač prodá svačinu, dorazíme do práce, kde se pozdravíme s kolegy, pravděpodobně během dne navštívíme společnou jídelnu, po práci vyrazíme s přáteli na kávu a procházku městem, vracíme se domů opět městskou hromadnou dopravou, u našeho domu potkáme pošťáka, který nám předá poštu, večer vyrazíme s partnerem za zábavou do města, kde navštívíme naši oblíbenou vinárnu s příjemnou obsluhou, pokračujeme do kina, kde si u okénka kupujeme lístky od mladé brigádnice, posléze sedíme v kinosále plném lidí, domů se vracíme tramvají a v naší ulici potkáváme paní z vedlejšího bloku, jak venčí psa. Ne, teď

skutečně nepřijde otázka podle známé hry, kdo je vrah. Účelem daného výčtu běžných činností byla možnost si uvědomit, že na kterémkoli místě, jež bylo zmíněno jsme se mohli setkat, a velice pravděpodobně i setkali s někým, kdo trpí duševní nemocí. Bylo by oprávněné tvrzení, že je nám nepříjemné někoho takového v našich běžných životech potkávat, a to přesněji z důvodu, že trpí duševní chorobu? Ačkoli nepůsobí graf č.4 na první pohled nijak radikálně, výsledky za přesvědčivě příznivé považovat nelze. Je dobré, že 28 % respondentů nevidí žádný důvod k tomu obávat se prostého setkání s duševně nemocným, 44 % z nich jsou opatrnější a volí možnost Spíše ne. Spíše by vadilo potkávat se s duševně nemocnými nevysvětlitelným 28 % respondentů, a 5 % dokonce uvádí radikální Ano. Vytvoříme-li z odpovědí dvě skupiny relativně kladných a relativně záporných, získáme poměr, ve kterém 72 % respondentů nevdá potkávat duševně nemocné v běžném životě a 28 %, kterým takové setkání vadí.



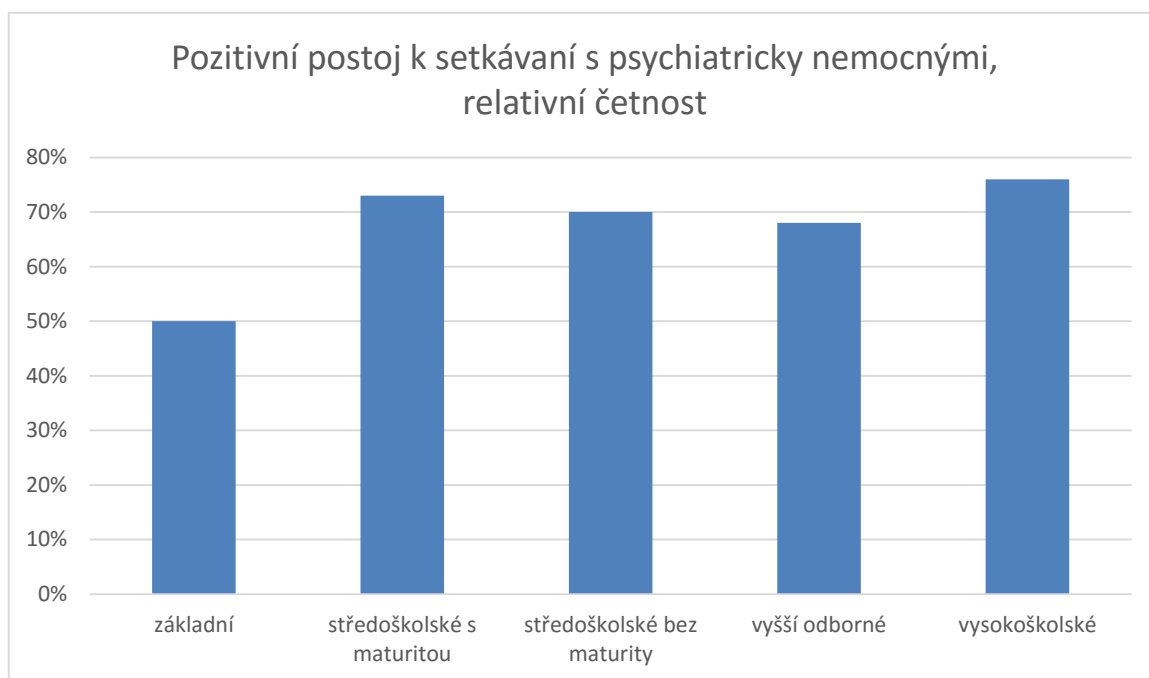
GRAF Č. 4A

Skupiny relativně pozitivních a relativně negativních odpovědí jsme použili pro další srovnávání, kde zjišťujeme, zda se odpovědi liší v závislosti na pohlaví respondentů. Výsledky znázorňuje graf. č. 4A.



GRAF Č. 4B

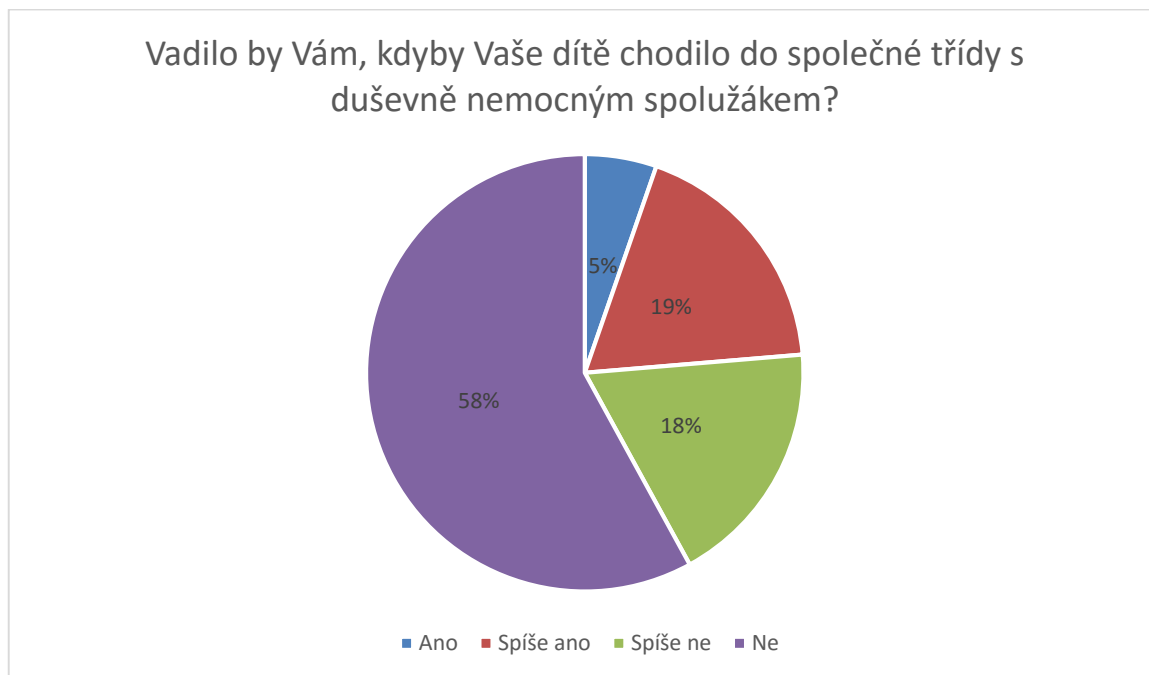
Stejnou metodou je vyveden graf č. 4B, kde je proměnná pohlaví zaměněna za věk, a který ukazuje, že největší obtíže potkávat duševně nemocné v běžném životě činí věkové kategorii 50-65 let.



GRAF Č. 4C

V grafu č. 4C můžeme pozorovat míru tolerance k setkávání se s duševně nemocnými v běžném životě v závislosti na výši dosaženého vzdělání respondentů našeho průzkumného vzorku.

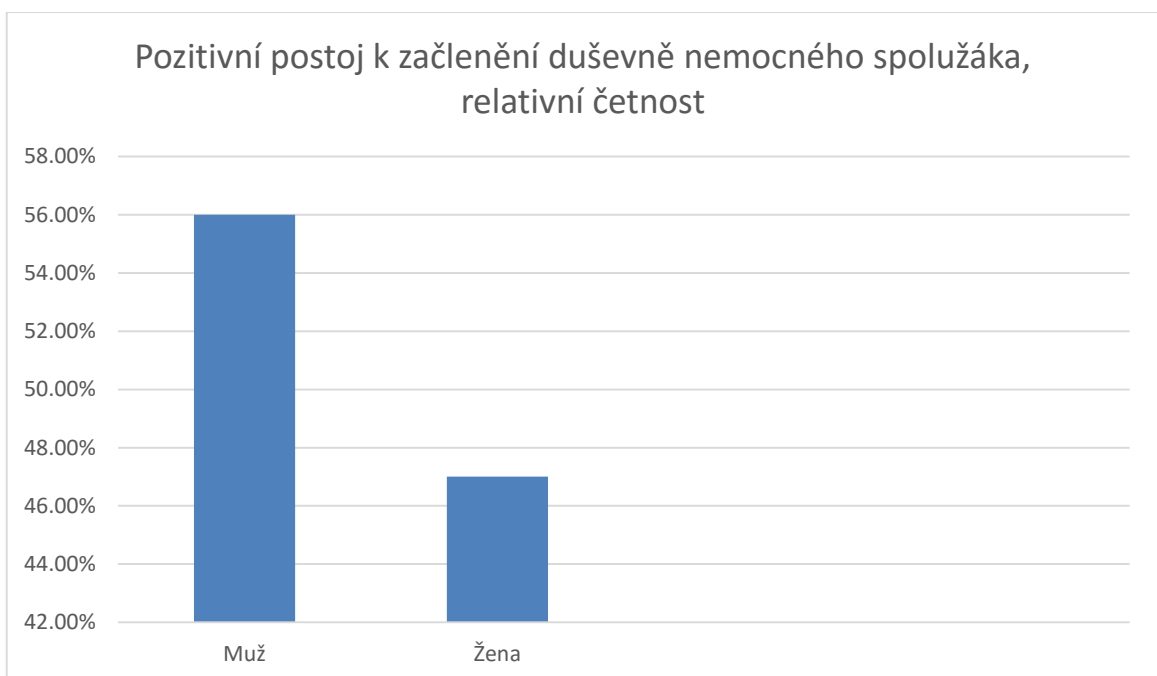
Otázka č. 5: Vadilo by Vám, kdyby Vaše dítě chodilo do společné třídy s duševně nemocným spolužákem?



GRAF Č. 5

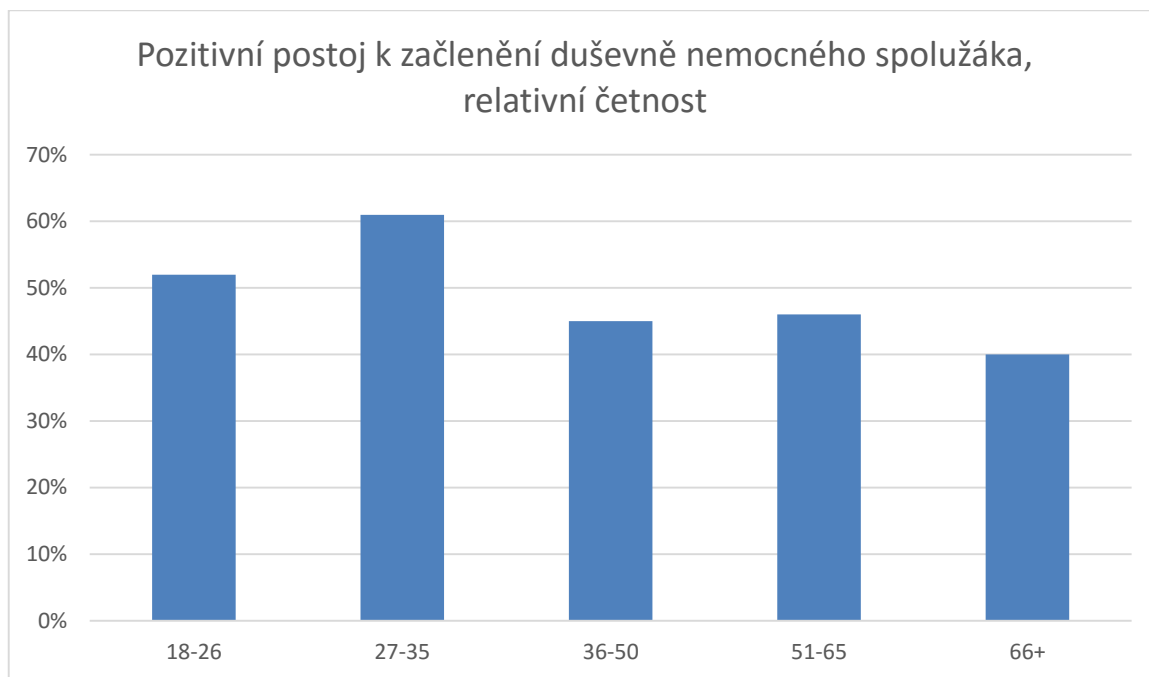
Kde jinde se učit vzájemné toleranci, schopnosti pomáhat druhým a důležitosti mezilidských vztahů vůbec, než ve škole. I když může předchozí prohlášení znít do jisté míry pateticky, nelze ho shodit bezmyšlenkovitě ze stolu. Ve škole trávíme od svých šesti let převážnou část života. Čas strávený s učiteli a našimi spolužáky je delší než ten, který trávíme s vlastními rodiči, a je třeba si uvědomit, že naše osobnost se neustále utváří, a že jednání, které pozorujeme ve svém okolí, a které je obecně považováno jako žádoucí, pravděpodobně v určité formě pojmeme za své, a budeme v jeho duchu v budoucnu jednat. Většina rodičů proto s péčí vybírá instituci, kde se bude jejich ratolest vzdělávat. Nepůjde však jen o vzdělání formální, ale právě o vzdělání v oblasti mezilidských vztahů, a musí být naším cílem, aby takové vzdělávání vedlo k formování svobodomyšlných, v souvislostech uvažujících osobností, které jednají v rámci konkrétní situace, nikoli v rámci stáda. Izolace duševně nemocných dětí od těch zdravých je prohnílá od samého základu. Představa, že přítomnost takového spolužáka ve společné třídě je nebezpečná nebo narušuje výuku, je zcestná. Duševně nemocné dítě pravděpodobně bude potřebovat individuální přístup. Co může být ale pro děti bez takové choroby cennější, než zkušenost, že ve společnosti nejsou

všichni stejní, ale že jsou i ti, kteří potřebují například naši pomoc a pochopení, a zároveň to zdaleka neubírá jejich kvalitám? Že zkrátka mezi nás patří, a že není důvod se jim vyhýbat. Průzkumný vzorek je v rámci získaných dat naším šetřením v této otázce rozdělena téměř přesně na polovinu. Naprosto by přítomnost duševně nemocného spolužáka ve třídě své ratolesti nevadila 13 % respondentů, zásadně proti takové situaci je 11 % z nich. Shodných 38 % patří skupinám představující ty osoby, které zvolily odpověď spíše vadilo nebo spíše nevadilo. V rámci relativně kladných a relativně záporných odpovědí jsou pak výsledky následující. Těm, kterým by nevadilo poslat své dítě do třídy s duševně nemocným spolužákem je 51 %, a těch, kteří jsou proti sdílení jedné třídy s takovým dítětem je 49 %.



GRAF Č. 5A

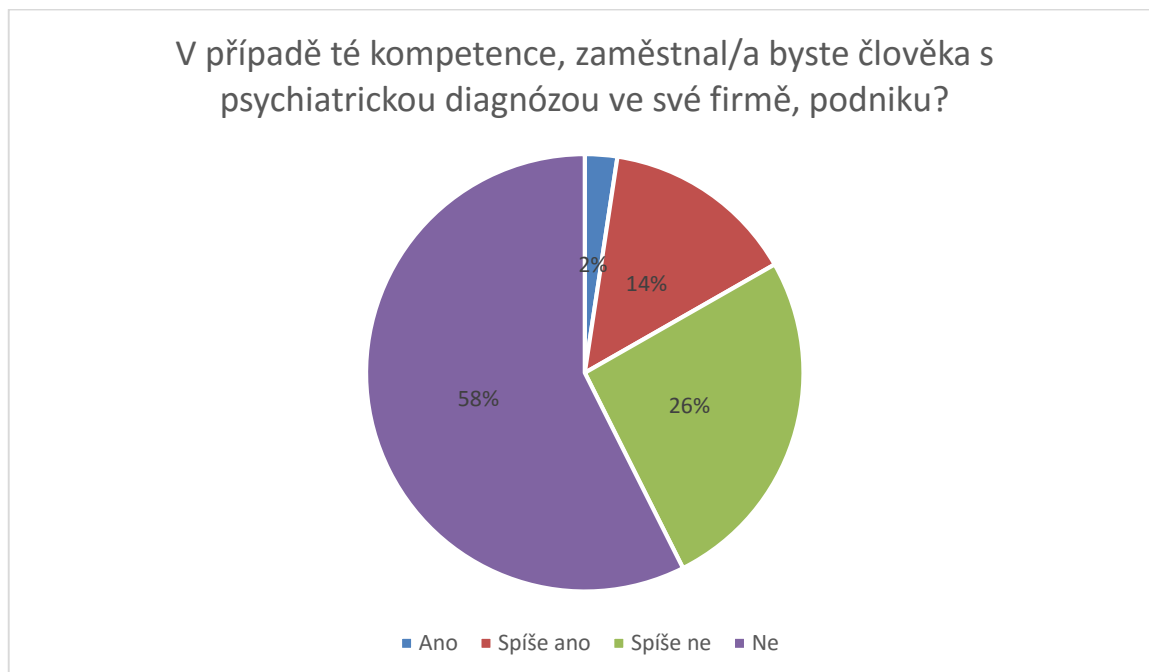
Porovnání relativně kladných a relativně záporných odpovědí v závislosti na pohlaví respondenta znázorňuje graf č.5A , který ukazuje, že muži jsou v této otázce tolerantnější než ženy.



GRAF Č. 5B

Totožným srovnáním je vyveden graf č.5B, kde je proměnná pohlaví nahrazena věkem respondentů. Pozitivním výsledkem je, že nejtolerantnější skupinu tvoří respondenti ve věkové kategorii 27-35 let, která má i značný předpoklad, že své dítě poprvé do školy právě vypravuje.

Otázka č. 6: V případě té kompetence, zaměstnal/a byste člověka s psychiatrickou diagnózou ve své firmě, podniku?



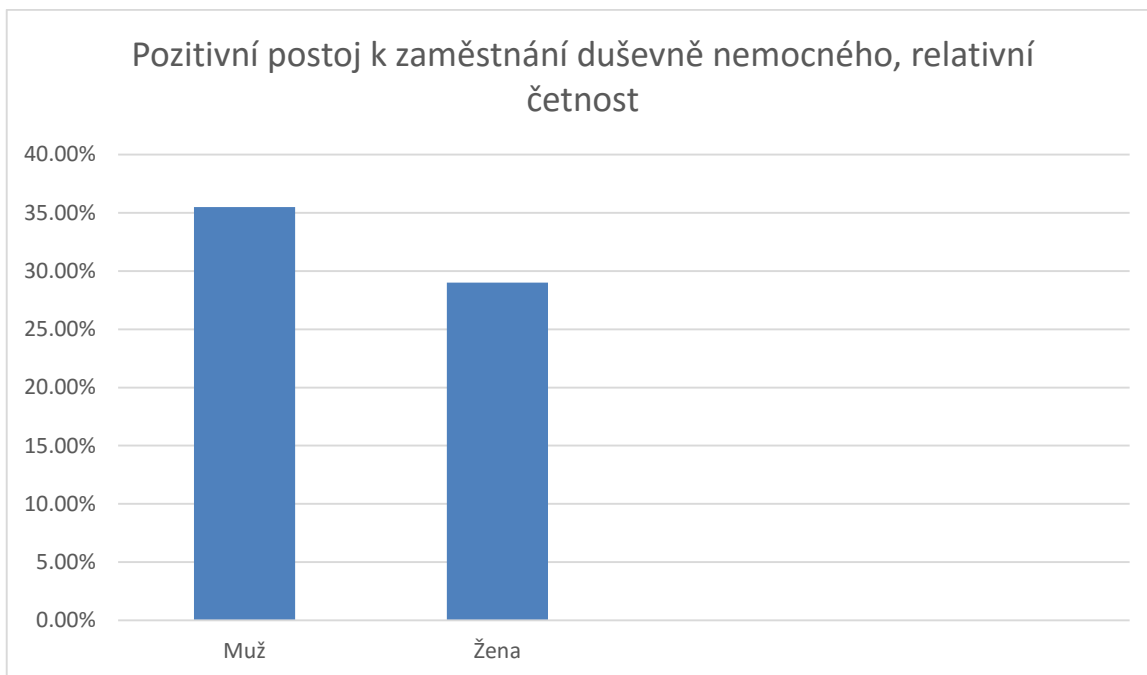
GRAF Č. 6

Že je velké štěstí mít práci, kterou máte doopravdy rádi, je v prvním významu cynické tvrzení těch, jež ono štěstí zřejmě neměli, a se kterým se dřív nebo později alespoň v Čechách setká každý z nás. Ve významu druhém, je to holý fakt. O to horší je situace, ve které své milované zaměstnání člověk ztratí. Nejhorší scénář je pak ten, ve kterém ho dotyčný ztratí kvůli svému duševnímu onemocnění. Startovní čára zdravého jedince versus duševně nemocného je v takovém případě totiž až nezdravě odlišná. Stigma, které si člověk s duševní chorobou nese, se promítá do všech oblastí jeho života, práci nevyjímaje. Může se stát, že člověk, který do té doby odváděl vynikající výkony, pod náporom propukající nemoci přestane své závazky zvládat a o práci přijde. Přestože svou situaci řeší, léčí se, a je znovu připraven nastoupit do pracovního koloběhu, ví už také, že mohou nastat okamžiky, ve kterých bude potřebovat individuální přístup zaměstnavatele, jež mu pomůže překlenout případné období krize. Jenomže zároveň je si vědom, že v tuto chvíli je mimo schopného člověka také nositelem stigmatu. Ví to pravděpodobně velice dobře i proto, že on sám byl dříve součástí "zdravé populace". Proto před novým zaměstnavatelem své

onemocnění zamlčí a varovné signály, které mu napovídají, že je čas pro změnu režimu ignoruje, aby tak domněle nesnížil svou produktivitu. O práci po čase přichází znovu.

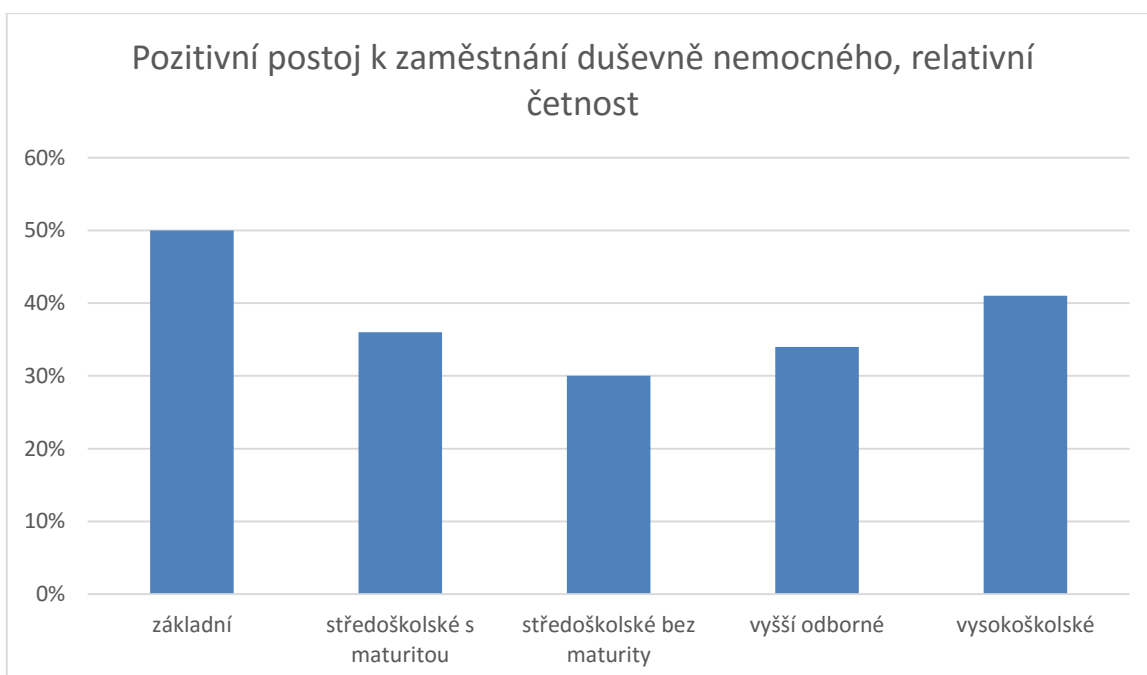
Zažité stereotypy o tom, že psychiatrický pacient nemůže zastávat svou práci tak dobře, jako jedinec zdravý, jsou nesmyslné, avšak velmi mocné. Člověk s duševní chorobou často vyžaduje trochu odlišný rytmus pracovního nasazení, neznamená to však, že je ve výsledku méně výkonný. Aby však mohl efektivně pracovat, musí onomu odlišnému rytmu naslouchat a přizpůsobit se mu. To však není možné bez zázemí, jež mu poskytne zaměstnavatel, který je s jeho diagnózou obeznámen.

Důvod, proč tak psychiatricky nemocní pacienti často nečiní je zřejmý i z grafu č. 6, který uvádí, že by člověka s duševní chorobou nezaměstnalo v případě té kompetence 11 % respondentů, určitě Ano by takového člověka zaměstnalo pouze 5 %. Spíše by duševně nemocného do svého podniku nepřijalo celých 54 % tázaných, variantu Spíše zaměstnali vybírá 30 % z nich. Při vytvoření relativně kladných a relativně záporných odpovědí pomocí součtu, zjišťujeme, že záporně se k zaměstnávání duševně nemocných osob staví 65 % osob z průzkumného vzorku, a 35 % by takového člověka zaměstnalo. Mohlo by se zdát, že obstat s odůvodněním, že jsme při výběru nového zaměstnance dali přednost tomu bez psychiatrické diagnózy, a právě proto, lze před sebou i okolím docela snadno. Šlo přeci o jednorázovou volbu. Je třeba mít ovšem na paměti, že tam, kde se my dost možná rozhodujeme poprvé, může stát duševně nemocný v pozici odmítnutého po sté.



GRAF Č. 6A

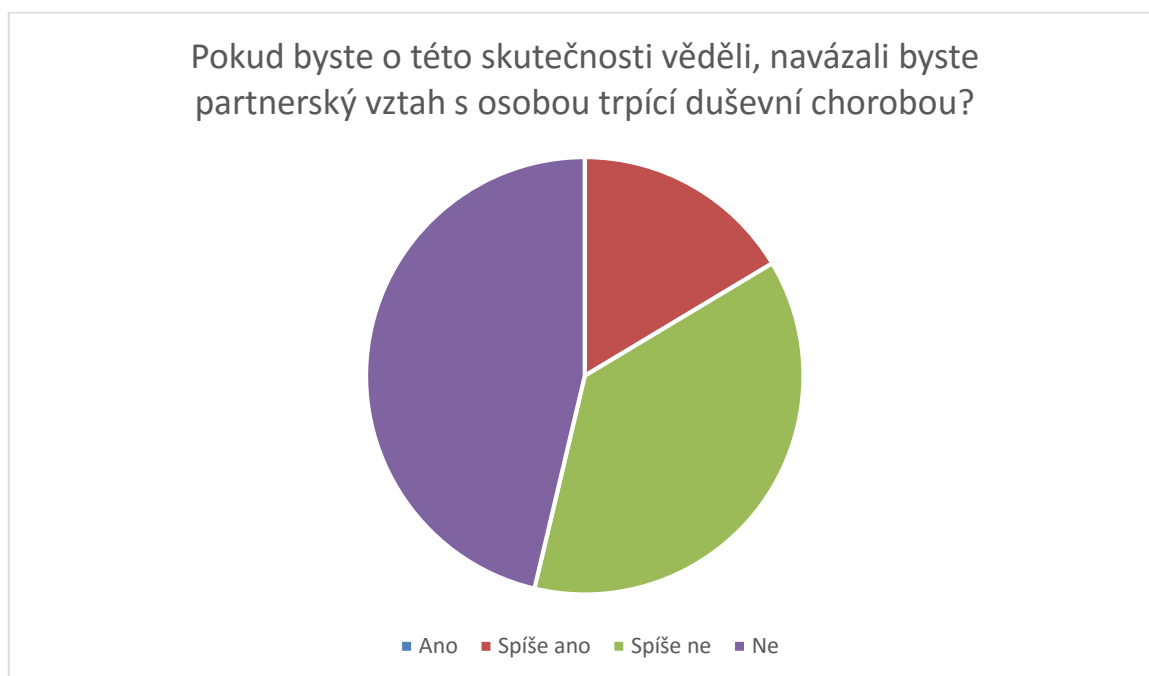
Graf č. 6A pracuje s relativními četnostmi kladných a záporných odpovědí a hledá souvislost mezi nimi a pohlavím respondentů. Zdá se, že muži by pravděpodobněji zaměstnali člověka s psychiatrickou diagnózou, nežli ženy.



GRAF Č. 6B

Graf č.6B znázorňuje stejnou metodou poměry odpovědí v závislosti na výši dosaženého vzdělání respondentů. Jako velice vstřícná skupina působí ta, ve které jsou obsaženy osoby se základním vzděláním, jak bylo ale zmíněno dříve, nejedná se o reprezentativní vzorek této kategorie. Na pomyslném žebříčku je tedy na vrcholu ta část respondentů, kteří mají vysokoškolský titul. Lze tedy předpokládat určitou souvislost mezi výší vzdělání a vstřícným jednáním.

Otázka č. 7: Pokud byste o této skutečnosti věděli, navázali byste partnerský vztah s osobou trpící duševní chorobou?

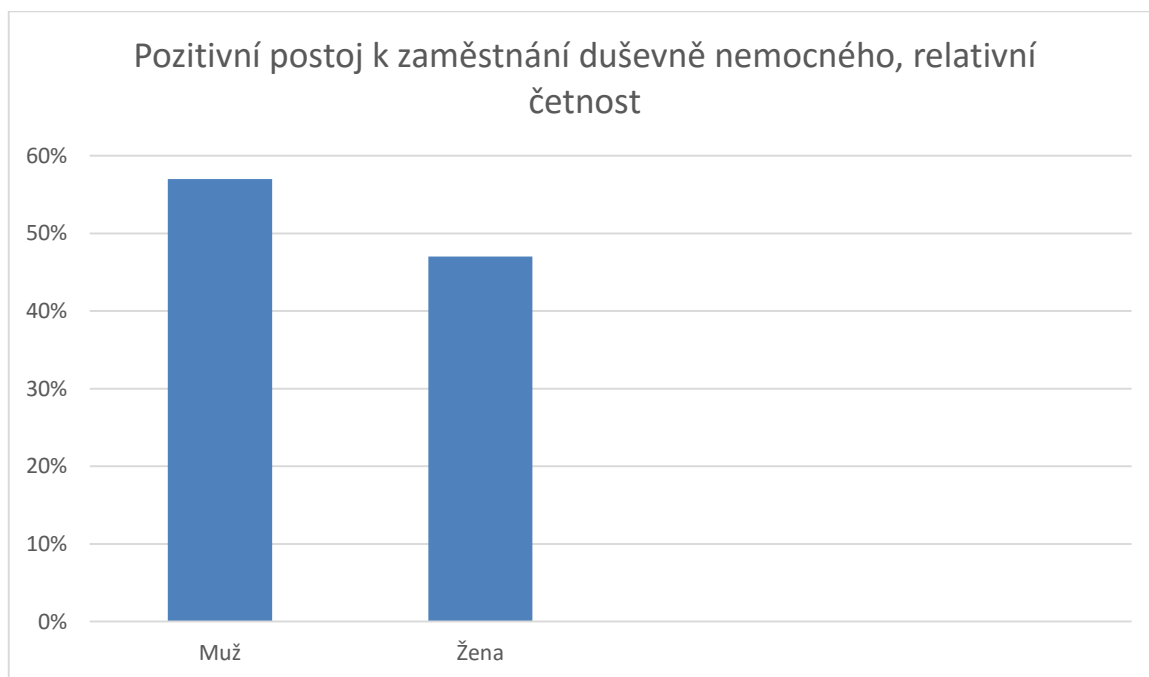


GRAF Č. 7

Partnerské vztahy jsou přirozenou součástí nás všech a je skutečným bláznovstvím domnívat se, že duševně nemocných se potřeba sounáležitosti, zakládání rodin či intimního soužití vyhýbá. Léčba duševních onemocnění může být v řadě směrů komplikovaná i proto, že některé psychiatrické léky mají negativní vliv na potenci a libido. To jistě není předmětem této práce, je to jen určitá první vlašťovka k představě, jak obtížnou výchozí pozici mají duševně nemocní sami o sobě, už jen třeba proto, že se léčí. Autorka vzpomíná na jednu ze svých stáží na psychiatrickém oddělení, kde vedla rozhovor s mladou, pohlednou ženou,

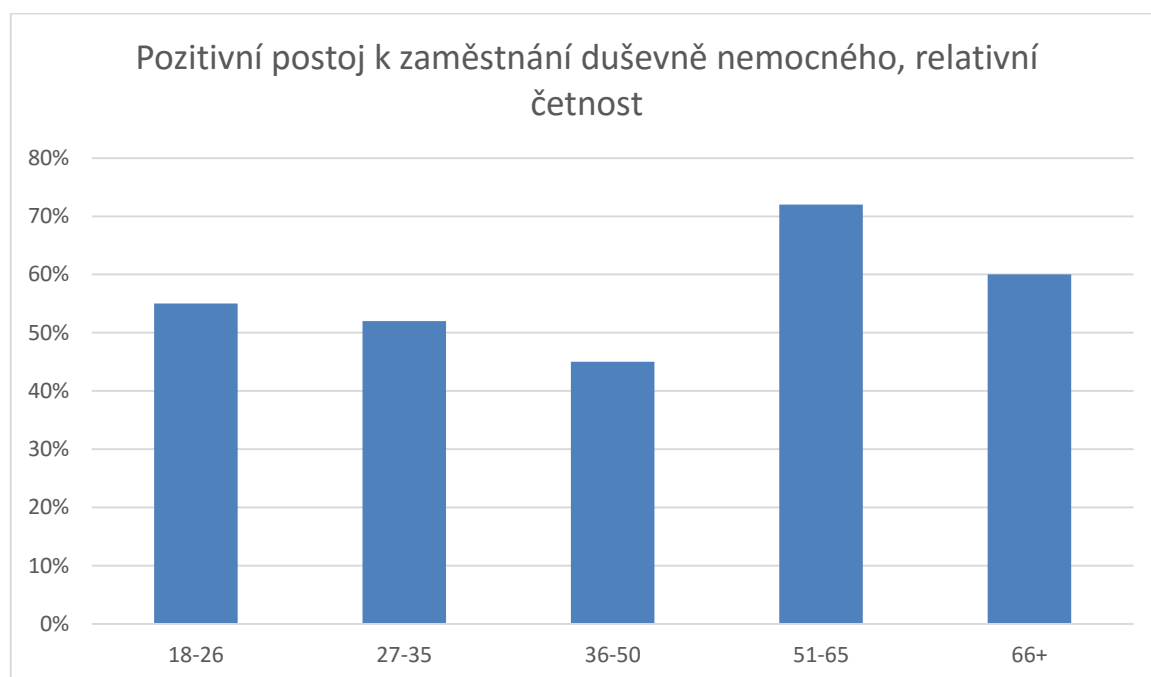
kteřá se zde léčila s depresí. Dotyčná byla přesvědčena o tom, že až se vrátí domů, bude muset ukončit svůj dlouholetý, spokojený vztah s partnerem. Na dotaz z jakého důvodu, bryskně odpověděla, že její partner přeci nebude dál žít s bláznem, co by tomu řekli lidi. Nechce mu dělat ostudu.

Někomu by se mohlo zdát, že takové jednání je nepřiměřené, a že oná dáma jistě přeháněla. Její výraz ve tváři byl ovšem nezapomenutelný, a tíha, která se v tu chvíli zmocnila téměř holé místnosti se zamřížovaným oknem, a kterou si člověk s nálepkou "pacient psychiatrie" nese sám v sobě, byla téměř hmatatelnou. Dotaz, týkající se partnerství byl nejintimnější ze všech, a to právě z důvodu, že se bezprostředně dotýká nás všech. Graf č. 7 znázorňuje smutnou skutečnost, jak jsou duševně nemocní většinou vnímáni. Jako lidé, kterých je třeba se preventivně obávat, jako lidí, se kterými je soužití obtížné, a kterým se raději vyhýbáme. Na výběr byla škála odpovědí, ze kterých dvě lze definovat jako relativně kladné a dvě jako záporné. Absolutně kladnou odpověď Ano nezvolil žádný z respondentů, Spíše by navázalo partnerský vztah s duševně nemocným jen 16,4 % respondentů. Definitivní Ne volí celých 46,3 % tázaných a 37,3 % odpovídá Spíše ne. Pokud sloučíme relativně kladné a relativně záporné odpovědi, jsou v poměru 16,4 % kontra 83,6 %, a je bláhové myslet si, že duševně nemocní si svou pozici neuvědomují.



GRAF Č. 7A

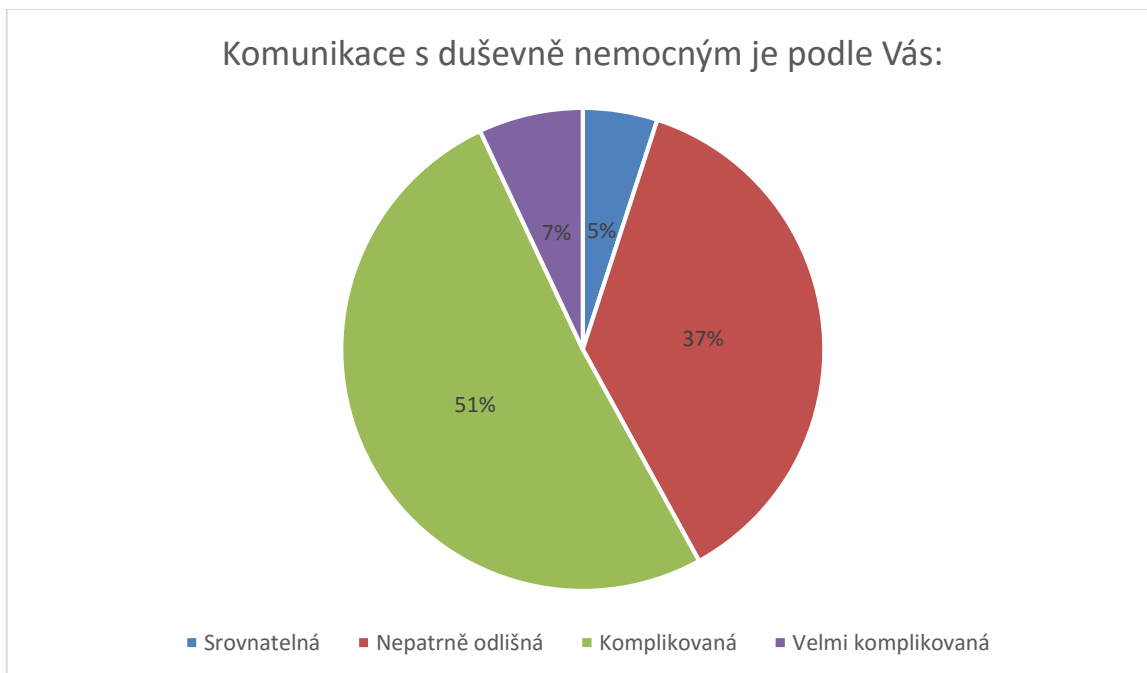
Graf č. 7A zobrazuje souvislost mezi odpovědí a pohlavím respondenta. Ze všech odpovědí byly vytvořeny dva celky znázorňující relativně kladné a relativně záporné odpovědi, které byly dále srovnávány v závislosti na pohlaví respondentů. V tomto směru se zdají být muži otevřenější myšlence navázat vztah s protějškem trpícím duševní chorobou.



GRAF Č. 7B

Totožná metoda srovnávání byla použita v grafu č. 7B, jen s tím rozdílem, že proměnnou nebylo pohlaví, ale věk respondentů. Navázat vztah s duševně nemocným protějškem by odmítalo největší množství osob ve věku 36-50 let, relativně nejtolerantnější skupinou v oblasti partnerských vztahů je ta s rozmezím 50-65 let.

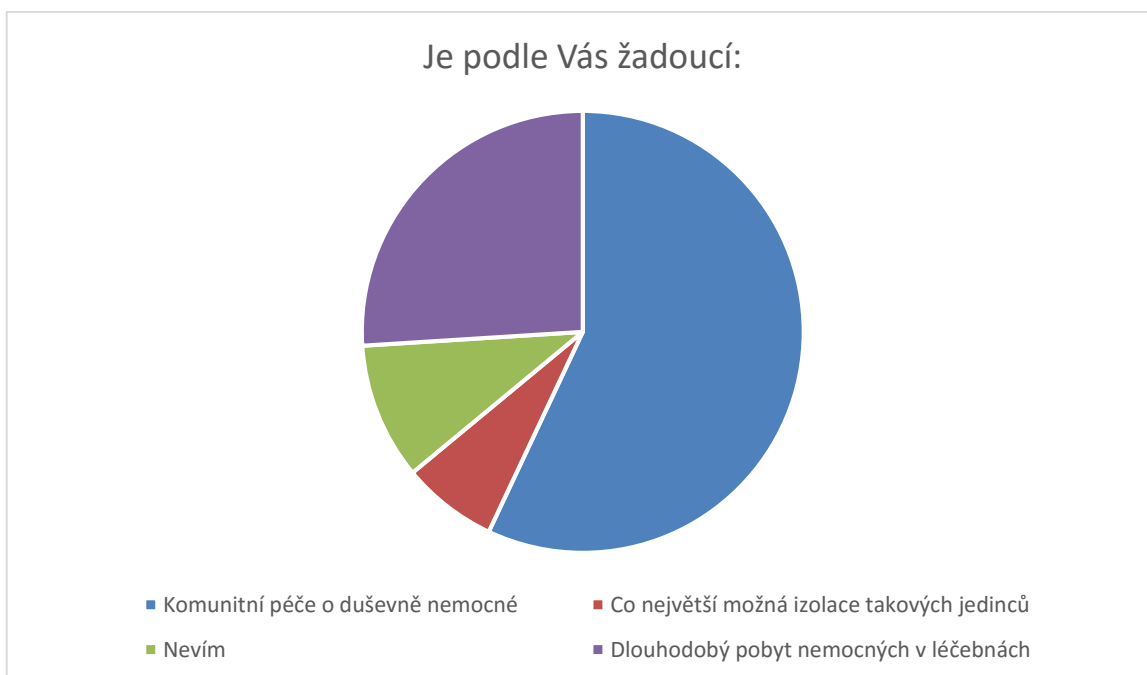
Otázka č. 8: Komunikace s duševně nemocným je podle Vás:



GRAF Č. 8

Komunikace je zásadním prostředkem v tvorbě a udržování mezilidských vztahů. Pokud je mezi námi a osobou, se kterou se chceme dorozumívat bariéra, a to i jen ta domnělá, budeme se přirozeně takové komunikaci vyhýbat. Účelem otázky č., která nabízela čtyři předepsané varianty odpovědí bylo zjistit, jak respondenti z našeho průzkumného vzorku komunikaci s duševně nemocnými vnímají, jak si ji představují. V případě, ve kterém ji vnímají apriori jako komplikovanou, je jen malá šance, že se v případě té možnosti o kontakt s duševně nemocným budou pokoušet. Naše vnitřní přesvědčení, ať pramení odkudkoli je totiž velice silné. Pokud jsme tedy utvrzeni v tom, že s duševně nemocnými je komunikace obecně komplikovaná, tak jako to uvedlo celých 51 % respondentů, nebo dokonce velmi komplikovaná - 5 % z nich, vede toto dogma k jedinému cíli, a to je další prohloubení propasti mezi duševně nemocnými a zdravou populací. Jako nepatrně odlišnou považuje komunikaci s duševně nemocnými 37 % tázaných, a můžeme se domnívat, že ti, jež tuto odpověď zvolili, by se navázat kontakt s nimi nebránili. Zbýlých 5 % respondentů uvádí, že je podle nich komunikace s duševně nemocnými srovnatelná, jako ta se zdravými jedinci.

Otázka č. 9: Je podle Vás žádoucí:



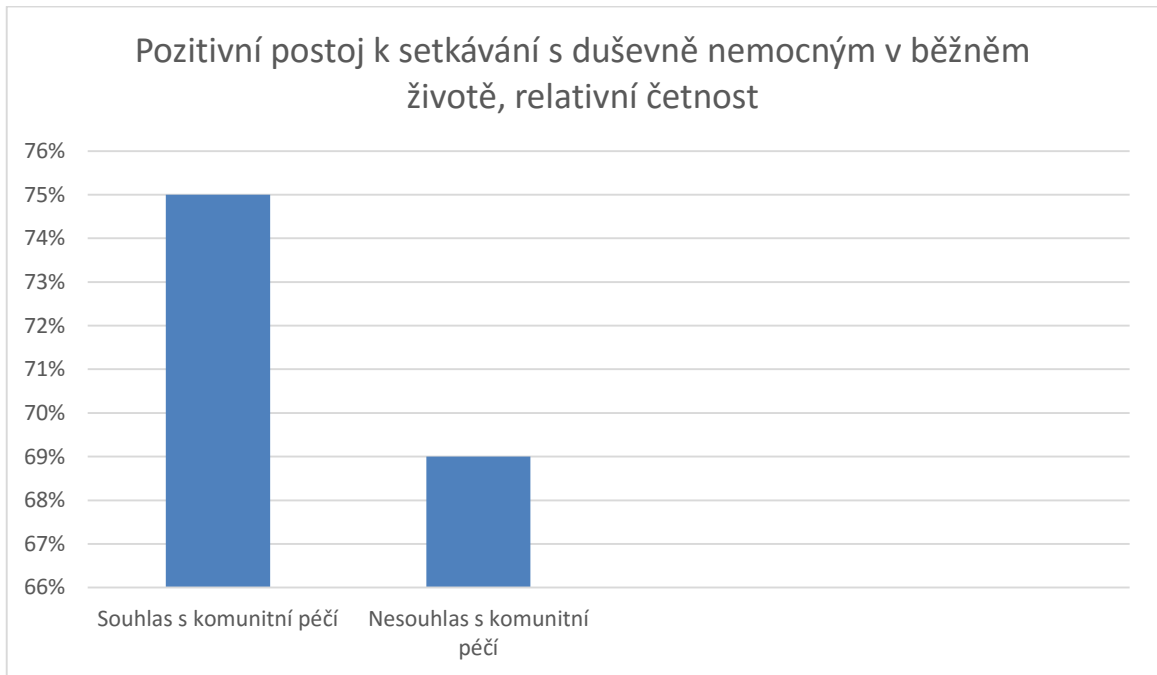
GRAF Č. 9

Trendem současné psychiatrie je odklon od léčby duševně nemocných ve velkých psychiatrických léčebnách, a naopak cílem je rozvoj denních stacionářů, širší sítě ambulancí, terénních pracovníků, efektivnější sociální služby, chráněné dílny nebo přechodná zaměstnání, která mají sloužit nemocnému jako pomocný mezistupeň během návratu do běžného života. Všechny tyto prvky plní společný cíl, a to zajistit péči duševně nemocnému v co možná jemu nejpřirozenějším prostředí.

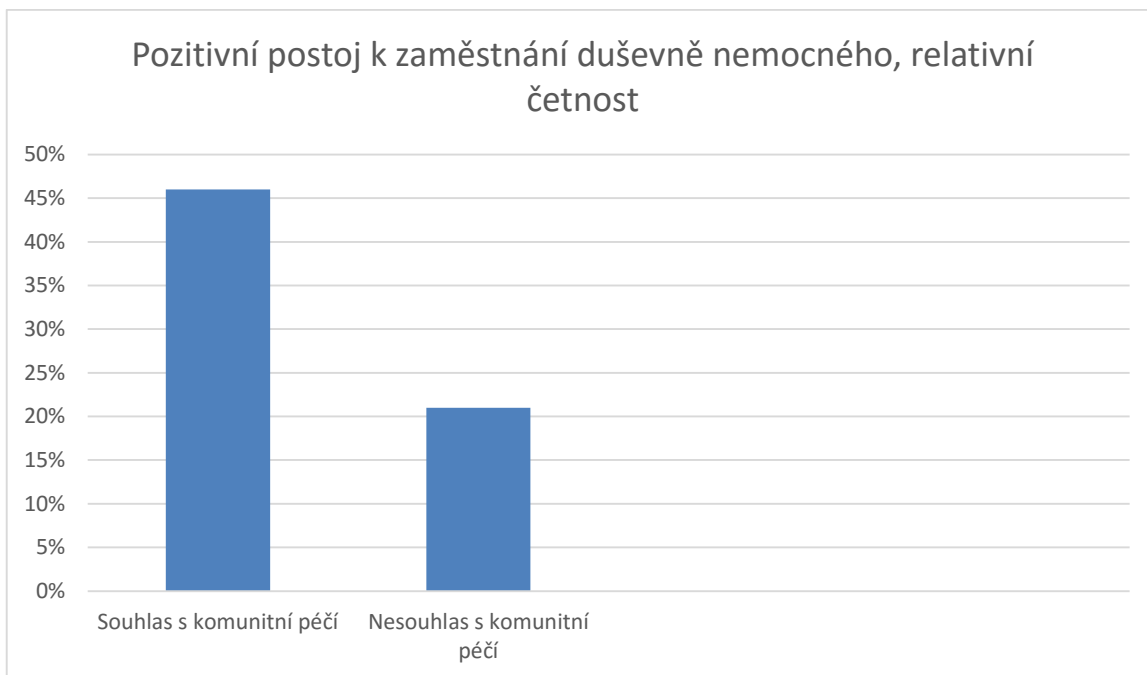
Respondenti měli v případě otázky č.9, určit dle vlastní priority, jaká péče o duševně nemocné je žádoucí. A právě volbu komunitní péče, která zahrnuje popsané body moderní psychiatrie určilo 57 % respondentů. Druhou nejpočetnější skupinou jsou pak ti, kteří se domnívají, že psychiatrickým pacientům je nejlépe během dlouhodobých pobytů v léčebnách, konkrétně tuto možnost zvolilo 26 % tázaných. Co největší možnou izolaci mimo společnost by upřednostnilo 7 % respondentů, a 10 % z nich se odpovědi zdrželo, a volí variantu - nevím.

Protože komunitní péči jako žádoucí označila více než polovina respondentů, zajímalo nás, zda ti, kteří tuto odpověď volí vykazují vyšší míru tolerance i v jiných otázkách dotazníku. Konkrétně pak u otázek č.4, 5, 6. Je totiž důležité si uvědomit, že pokud někdo

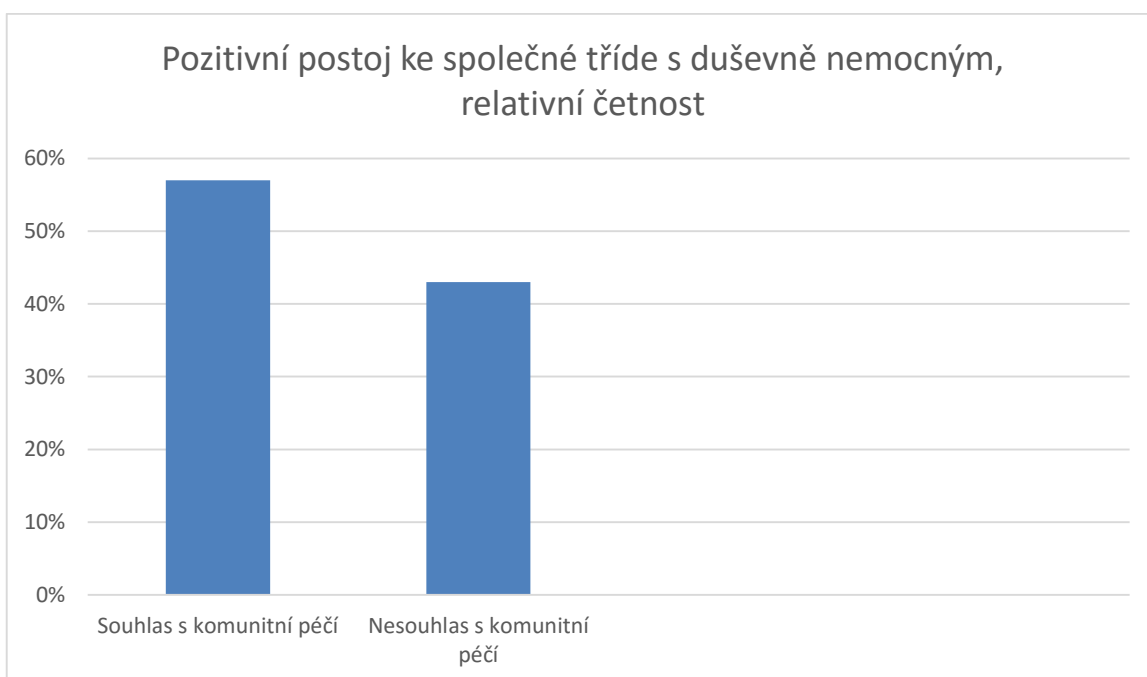
zvolí jako žádoucí variantu komunitní péči, měl by být logicky velice vstřícný situaci, ve které duševně nemocného potká v běžném životě, měl by být zcela otevřený myšlence, že takového člověka zaměstná ve své firmě, a podporovat inkluzi duševně nemocných dětí do běžných škol. Jak ukazují grafy č. 9A, 9B, 9C, souvislost mezi volbou komunitní péče a mírou tolerance vůči duševně nemocným skutečně existuje, a to ve všech srovnávaných dotazech.



GRAF Č. 9A



GRAF Č. 9B



GRAF Č. 9C

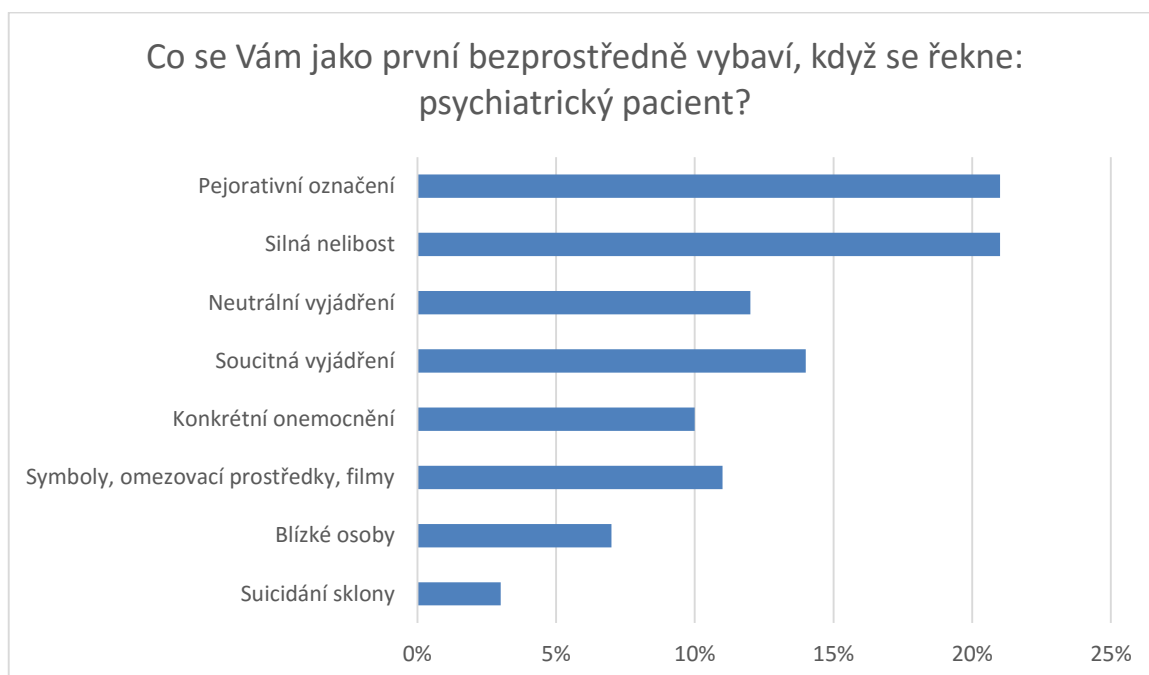
Protože pouhé porovnání relativní četností nemusí být směrodatné, provedli jsme u každého ze zmíněných vztahů Pearsonův test nezávislosti tak, jak je popsán sekci Metodologie. Výsledné statistiky popisuje tabulka č. 1.

Souhlas s komunitní péčí v závislosti na:	Výsledná statistika	10% kritická hodnota (1 stupeň volnosti)	5% kritická hodnota (1 stupeň volnosti)
Setkávání v běžném životě	3.17	2.71	3.84
Zaměstnání duševně nemocného	6:56	2.71	3.84
Společné třídy s duševně nemocným	2:52	2.71	3.84

Při volbě statistické významnosti 10% můžeme zamítnout hypotézu nezávislosti mezi preferencí komunitní péče a pozitivního postoje k setkávání se s duševně nemocným v běžném životě a ke společné třídě s duševně nemocným. Skutečně tedy lze konstatovat, že respondenti volící komunitní péči jsou obecně přístupnější myšlence integrace duševně nemocných do běžného života.

Zajímavého výsledku se podařilo docílit v otázce společné třídy, kde nebyla vyvrácena hypotéza nezávislosti na preferenci komunitní péče. Respondenti jsou zde vůči duševně nemocným rezervovanější.

Otázka č. 10: Co se Vám jako první bezprostředně vybaví, když se řekne: psychiatrický pacient?



GRAF Č. 10

To, jak vnímáme okolní svět ve všech jeho částech a souvislostech je záležitostí mnoha faktorů. Člověk coby součást společnosti každodenně čelí nepřetržitému toku informací z nejrůznějších zdrojů, které musí filtrovat, řadit, zpracovávat, vyhodnocovat. Po této unikátní analýze jedince se pak informace šíří dál. V ideálním případě člověk touží po skutečných, nezkrácených informacích a vynakládá úsilí pro to, aby je získal. V opačném případě se jedinec stává objektem zkratkovitého myšlení, a vlastní závěry nahrazuje společenskými stereotypy, které mu nabízejí uspokojení z rychlého řešení. Ne všech stereotypů, které ve společnosti kolují, je třeba se obávat. Problém nastává ve chvíli, kdy má zkrácená informace silně dehumanizující až nenávistný charakter, jejímž výsledným efektem může být například dehumanizace určité skupiny osob, v našem případě psychiatrických pacientů.

O tom, že společenské klima není pro psychiatrické pacienty nejpříznivější svědčí i náš graf č. 10. Jelikož byla otázka otevřená, nebylo její vyhodnocování snadné. Dotaz zodpovědělo 99 % respondentů a jejich odpovědi jsou rozčleněny do celkem osmi celků. Alarmující skutečností zůstává, že celkem 42 % respondentů se uchyluje k výhradně

hanlivým či jinak negativním vyjádřením vůči psychiatricky nemocným lidem. Tato procenta jsou obsažena pod pojmy *pejorativní označení* - 21 %, a *silná nelibost* - 21 %. Pejorativní označení obsahují výrazy jako: blázen, pošuk, mentál, dement, deviant. Silná nelibost představuje vyjádření osob, které si jako první vybaví nevyzpytatelnost, agresivní chování, nebezpečí, nutnost nepřetržitého dozoru, duševně nemocní v nich vzbuzují strach, pocity, že je třeba chovat se zásadně jinak, vnímají je jako problém ve společnosti, i jako osoby, které jsou bezohledné. Kontra tomu jsou dalším nejvíce zastoupeným celkem *soucitná vyjádření* - 14 %. K těm se uchýlila část respondentů, ve kterých duševně nemocní vzbuzují lítost, potřebu ohleduplnosti, vnímají je jako zranitelné, nešťastné bytosti, které nemusí být zákonitě nebezpečné. Upozorňují na to, že za svou nemoc takoví lidé nemohou, a že může potkat každého z nás. Poměrně výraznou skupinu tvoří *neutrální vyjádření* - 12 %. Zastupuje část respondentů s poměrně logickou asociací nemoci obecně nebo nemoci duševní. Skutečnost, že vnímání duševně nemocných veřejností mimo jiné značně ovlivňují filmaři, naznačuje i 11 %, které má sekce s názvem *symbols, omezovací prostředky, filmy*. Obsahuje kromě svěracích kazajek, Bohnic, bílých pláštů i konkrétní názvy filmů jako *Mlčení jehňátek*, *Grave encounters* nebo žánru psychotrillerů. *Konkrétní onemocnění* si pak vybavuje 10 % průzkumného celku, při čemž nejvíce zastoupenou odpovědí je schizofrenie, poté deprese a hysterie. V psychiatrických pacientech vidí své příslušníky rodiny, bývalé partnery či kolegy v práci 7 % tázaných, v grafu pod pojmem *blízké osoby*. Poslední skupinou respondentů jsou ti, kteří si pod pojmem psychiatrický pacient představí jako první člověka, který má sebevražedné sklony. Jsou jich 3 % s popiskem *suicidální sklony*.

Otázka č. 11: Setkali jste se ve svém okolí s nějakým osvětovým programem zaměřeným na duševní onemocnění? Pokud ANO, s jakým?



GRAF Č. 11

O příkladech projektů, které mají za úkol duševně nemocné vtáhnout do veřejného života, kam přirozeně patří, z prostoru izolace a domnělých představ plných zkreslení, jež jim společnost jako taková přisuzuje, se zmiňuje teoretická část této práce. Různé organizace se nejen pokouší svým klientům pomáhat v životě, který jim komplikuje jejich nemoc, ale zároveň fungují jako most mezi nimi a většinou populací.

Jak ale ukazuje graf č.11 , osvětových programů zabývajících se duševními nemocemi je buď nedostatek, nebo jsou špatně zacílené. Celých 96 % respondentů si žádný takový projekt či akci nevybaví a není schopna ji uvést. Pouze 4 %respondentů byli schopni nějaký program nebo organizaci pojmenovat. Konkrétně: *Týdny duševního zdraví*, jež probíhají každoročně na podzim ve vybraných městech České republiky od roku 1990 za doprovodu pestrého kulturního programu, *Green doors*, coby nezisková organizace poskytující duševně nemocným pracovní a sociální podporu, dále byla uvedena *Česká alzheimerovská společnost*, která je etablovanou organizací podporující osoby trpící demencí, a pod jejíž záštitou probíhá pomoc nemocným i jejich rodinám. Jako poslední

příspěvek byla uvedena blíže nespecifikovaná odpověď, *V rámci komunitního plánování ve městě.*

Je nesporné, že nezkreslená informovanost v libovolném odvětví vede k eliminaci předsudků. Oblast duševního zdraví však těmito předsudky stále velmi trpí. V České republice existuje množství neziskových organizací, projektů, programů, jež duševně nemocným poskytují pomoc. Je ovšem nutné přijmout fakt, že beze změny celkového klimatu ve společnosti jako takové, je jejich práce degradována. Média, jako silný prostředek ovlivňující veřejné mínění, zastává bohužel spíše opačnou roli, než je žádoucí, a tak předsudky a z ní vyplývající diskriminující chování spíše podporuje, nežli potírá. Skutečnost, že hlasy organizací, které se snaží duševně nemocné humanizovat a ukázat v reálném světle, jsou slabé, smutně značí náš graf.

VÝSLEDKY

Výsledky našeho anketního šetření potvrdily teze, o které se opírá teoretická část práce, a to konkrétně, že společnost (v našem případě ji zastupuje náš průzkumný vzorek), stále duševně nemocné nepovažuje za její rovnocenné členy a vytváří ovzduší vedoucí ke stigmatizování těchto osob. Více než 40 % respondentů pojí svou první asociaci se silně pejorativním označením, či jinak negativní reakcí vůči psychiatricky nemocným lidem. Jistě, slovně projevená nelibost nemá zákonitě za následek nenávistné či diskriminující chování, formuje však celkovou atmosféru ve společnosti a tím i přijaté, nepsané normy. Měli bychom se zamyslet nad tím, že se vůči duševně nemocným osobám dopouštíme bezpráví, a jednou provždy zanechat používání výrazů “bláznů a magorů”, které zatím vnímáme jako přijatelný standard. Dalším výrazným výsledkem je, že pokud má konkrétní respondent osobní zkušenost s duševně nemocným, jeho obecný přístup je pak vesměs kladnější, než u jedince, který tuto zkušenost nemá. Je to poměrně důležitý faktor, se kterým by se mělo pracovat do budoucna, a světy zdravých a duševně nemocných osob co možná nejvíce propojovat, třeba i tím, že bude existovat komplexnější systém komunitní psychiatrické péče, po které volá více než polovina respondentů. Taková situace by mohla zároveň vést k otevřenějšímu přístupu společnosti, konkrétně pak v otázkách sdílení životního prostoru

s psychiatricky nemocnými, ve kterých je stále poměrně výrazně zdrženlivá. K setkávání s duševně nemocnými, na vesměs neutrálním poli běžného života se negativně staví 28 % průzkumného vzorku. Proti tomu, aby ratolest respondentů navštěvovala společnou třídu s duševně nemocným spolužákem by pravděpodobně bylo 49 % z nich, 65 % osob by pak psychiatrického pacienta v roli zaměstnavatelů nepřijaly do své firmy nebo podniku, a navázat partnerský vztah s takovým člověkem si nedokáže představit více než 80 % respondentů. Vymýtit zakořeněné předsudky není úkolem pro krátký časový úsek. Zvláště pak v případech, kde se předsudek pojí s domnělým nebezpečím, které má předpojatému nositeli hrozit. Mýty ve společnosti tvoří velké množství faktorů, které je třeba eliminovat a nahradit zavádějící, prvoplánově senzační informace o násilném chování například schizofreniků těmi reálnými, ve kterých taková situace není pravidlem, ale jen jednou z mnoha událostí, ve kterých násilí nebylo podmíněno duševní nemocí. Totožnou roli při odstraňování stigmatu psychiatricky nemocných, jakou sehraává co možná nejběžnější a nejčastější kontakt s nimi, je komunikace. Pokud se komunikaci s takto nemocnými budeme předem obávat a vyhýbat se jí, třeba jen proto, že si myslíme, že musí být zákonitě komplikovaná, jako 58 % respondentů, k pomyslnému propojení světů osob s duševní chorobou a těch bez ní proběhnout nemůže. Jako u všech změn, kterých chceme docílit, musí každý začít vlastním uvědoměním. Je ovšem řada možností, jak toto uvědomění podpořit. Jednou z nich, konkrétně v případě duševních onemocnění, to mohou být nejrůznější osvětové akce a programy s cílem edukace laické veřejnosti. Přestože tyto programy existují (konkrétní příklady lze vyhledat v teoretické části práce), jejich dopad na cílovou skupinu, alespoň dle našeho šetření, není hluboký. Povědomí o takových projektech projevila pouze 4 % respondentů, a je to tak oblast, která se může stále zdokonalovat, a tím přinášet množství potřebných, nedefinovaných informací o psychiatricky nemocných, kterým tak pomohou získat spravedlivé postavení ve společnosti.

DISKUZE

Téma práce *Postavení osoby s psychiatrickou diagnózou ve společnosti* je velice aktuální a existuje řada způsobů pro jeho pojetí a zpracování. V rámci rozsahu bakalářské práce nebylo možné klást si nepřiměřeně ambiciózní cíle, a výsledky našeho anketního šetření tak lze považovat za určitý nástin mínění laické veřejnosti v této problematice.

PRŮZKUMNÝ VZOREK

V celku sta respondentů, kteří průzkumný vzorek tvořili, se nám podařilo postihnout vyrovnané množství mužů a žen. Naopak v oblasti dosaženého stupně vzdělání respondentů nemůžeme považovat za reprezentativní ta data, která představují osoby se základním vzděláním, a to z důvodu, že tuto variantu zvolila jen 2% z nich, konkrétně pak osoby, které vzhledem ke svému mládí ani vyššího vzdělání dosáhnout nemohly. Další nerepresentativní skupinu tvoří osoby s vyšším odborným vzděláním, jsou jich pouhá 3%. Za poměrně reprezentativní vzorek v rámci našeho šetření lze považovat kategorie vysokoškolského vzdělání a středoškolského vzdělání s maturitou.

OTÁZKY

Jelikož se tato práce zabývá duševními nemocemi obecně, otázky v dotazníku nejsou blíže specifikovány. Otázky bylo pro jejich strukturu možné poměrně snadno vyhodnocovat, a není důvod se domnívat, že nezprostředkovaly v rámci našeho šetření informace týkající se postavení psychiatricky nemocných ve společnosti. S větší časovou rezervou i rozsahem práce by autorka při tvoření dotazníku některé otázky rozšířila, a to přesněji o možnost zdůvodnění potenciální negativně laděné odpovědi respondenta. Mohli bychom tím příkladně získat odpověď na to, proč by dotyčnému vadilo posílat své dítě do jedné třídy s duševně nemocným spolužákem, nebo proč by duševně nemocného nezaměstnal ve své firmě. Dá se předpokládat, že by se tím zvýšila výpovědní hodnota volených odpovědí. Bylo

by jistě též zajímavé v našem průzkumu pokračovat v další vrstvě, která by se detailněji zabývala názory laické veřejnosti vůči konkrétním psychiatrickým onemocněním.

ZÁVĚR

Vzpomeňme nyní na řádky, jež nás provázely historií zobrazující přístup laické veřejnosti, ale i vzdělavců, k duševně nemocným osobám. Nadpřirozené síly, boží hněv, posednutí ďáblem, to vše se s odstupem času jeví jako minimálně úsměvná epizoda lidského myšlení. Takováto démonizace nemocných nemá v kulturně vyspělém světě zdánlivě prostor. Je něčím dávno přežitým, pro moderního člověka nepředstavitelným. Když se však ohlédneme, nacházíme před sebou hned několik odvětví, ve kterých přes veškeré vědomosti, pokrok a dostupnost široké škály informací, jaké jsme si ve Starověku nedokázali představit, zůstává nemalá část populace ustrnulá v mýtech i nadále. Jak jinak si vysvětlit a s čistým svědomím obhájit sílící názorové proudy, jež podněcují zaměňování náboženství s terorismem, etnické příslušnosti s kriminalitou, ale i například solidarity s naivitou? V takové společnosti je logicky prostor i pro tezi, ve které jsou duševně nemocní neschopní normálního života.

V empirické části této práce se můžeme přesvědčit, že implikace, jež byla na předchozích řádcích popsána byla zcela oprávněná. Výsledky, které nám naše anketní šetření přineslo skutečně potvrzují, že laická veřejnost ve velké míře neustále přechovává dogma o psychiatricky nemocných coby divně vyhlížejících jedincích, ke kterým se není radno přibližovat a kterých je se třeba obávat.

Přestože se tato práce věnuje konkrétně stigmatizování osob s psychiatrickou diagnózou, na začátku jakéhokoli předsudku či následné diskriminace stojí vždy společnost, a o ní jako o celku musíme přemýšlet. Jedinec, tedy základní jednotka společnosti, přirozeně reaguje na podněty, jež se ho bezprostředně dotýkají, nebo o kterých se domnívá, že se ho dotýkají. Zároveň je logické, že bude pokaždé přemýšlet v podobných vzorcích, ať se ohnisko jeho zájmu bude nacházet kdekoli. Zjednodušeně, podstatnější než samotný domnělý problém jsou obecné založení a principy, které člověk ve svém životě zastává. Dokud tedy zažíváme silnou společenskou tenzi v otázkách Romů či migrace, můžeme ji očekávat i v té týkající se duševně nemocných.

BIBLIOGRAFIE

Burton, N., 2012. Mental Illness: Fighting the Stigma [WWW Document]. Psychology Today. URL <http://www.psychologytoday.com/blog/hide-and-see/201209/mental-illness-fighting-the-stigma> (accessed 4.20.16).

Čápková, H., 2015. Vy ještě neberete antidepresiva? Respekt 6/2015.

CMHCD [WWW Document], n.d. URL <http://www.cmhcd.cz/centrum/o-nas/> (accessed 4.20.16).

Corrigan, P.W., Watson, A.C., 2002. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry* 1, 16–20.

Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I., Rowlands, O.J., 2000. Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry* 177, 4–7.

FOKUS České Budějovice [WWW Document], n.d. URL <http://www.fokus-cb.cz/> (accessed 4.20.16).

FOKUS, 2015. Ti, kterým se vyhýbáme. Respekt.

Goffman, E., 2003. Stigma, poznámky o způsobech zvládnání identity.

Graham, D., 2013. Mental Health & Stigma [WWW Document]. Psychology Today. URL <http://www.psychologytoday.com/blog/why-we-worry/201308/mental-health-stigma> (accessed 4.20.16).

Hoeschl, C., Libiger, J., Švestka, J., 2004. *Psychiatrie*.

Höschl, C., 2009. European psychiatry: needs, challenges and structures. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 259, 119–122. doi:10.1007/s00406-009-0050-0

Jarolímek, M., et. al., 2010. Na cestě ke komunitní psychiatrii.

Jian Li, W., Lai, D., n.d. The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *Journal of Affective Disorders* 110, 192–196.

Malá, E., Pavlovský, P., 2002. Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese.

Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M., 2006. Psychiatrická ošetrovatelská péče.

Ocisková, M., Praško, J., 2015. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch.

Ragins, M., 2002. A road to recovery. Mental Health Association in Los Angeles County.

Reavley, N., Jorm, A., n.d. Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Journal of Psychiatry* 45, 947–956.

Šedivec, V., 2008. Přehled dějin psychiatrie.

Serani, D., 2011. How to Fight Mental Illness Stigma [WWW Document]. *Psychology Today*. URL <http://www.psychologytoday.com/blog/two-takes-depression/201108/how-fight-mental-illness-stigma> (accessed 4.20.16).

Svoboda, M., Češková, E., Kučerová, H., 2006. Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy.

Ti, kterým se vyhýbáme [WWW Document], 2016. . Facebook. URL https://www.facebook.com/kampanantikterymsevyhybame/?fref=ts&__mref=message_bubble (accessed 4.24.16).

Wenigova, B., n.d. SANQUIS - 2005/38 Stigma a duševní poruchy [WWW Document]. URL <http://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art415> (accessed 4.20.16).

Zvolský, P., 1994. Obecná psychiatrie, skripta I. lékařské fakulty UK Praha.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník k bakalářské práci

Příloha č. 2 – Ilustrační komiks

Dotazník k bakalářské práci

Jsem studentkou třetího ročníku Vysoké školy zdravotnické, a tento dotazník je stavebním kamenem empirické části mé průzkumné bakalářské práce. Vaše odpovědi jsou zcela anonymní, buďte prosím při jejich vyplňování přímí. Děkuji.

* Required

Kolik je Vám let? *

Jaké je vaše pohlaví? *

- Žena
 Muž

Jaký je Váš nejvyšší dosažený stupeň vzdělání? *

- základní
 středoškolské bez maturity
 středoškolské s maturitou
 vyšší odborné
 vysokoškolské

Máte nějakou osobní zkušenost s psychiatricky nemocným člověkem? *

- Ano
 Ne

Jsou podle Vás psychiatricky nemocní lidé nevyzpytatelní? *

- Ano
 Spíše ano
 Spíše ne
 Ne

Jaké onemocnění (pokud nějaké), považujete pro okolí za nebezpečné?

Bylo by Vám nepříjemné setkávat se s psychiatricky nemocným člověkem v běžném životě? *

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

Vadilo by Vám, kdyby Vaše dítě chodilo do společné třídy s duševně nemocným spolužákem? *

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

V případě té kompetence, zaměstnal/a byste člověka s psychiatrickou diagnózou ve své firmě, podniku? *

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

Pokud byste o této skutečnosti věděli, navázali byste partnerský vztah s osobou trpící duševní chorobou?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše Ne
- Ne

Komunikace s duševně nemocným člověkem je podle Vás *

- Srovnatelná (s komunikací se zdravým jedincem)
- Nepatrně odlišná (v porovnání se zdravým jedincem)
- Komplikovaná (v porovnání se zdravým jedincem)
- Velmi komplikovaná (v porovnání se zdravým jedincem)

Je podle Vás žádoucí *

- Komunitní péče o duševně nemocné
- Dlouhodobý pobyt nemocných v léčebnách (cítí se tu bezpečně)
- Co největší možná izolace takových jedinců (mají svůj svět)
- Nevím

Co se Vám jako první bezprostředně vybaví, když se řekne: psychiatrický pacient? *

Setkali jste se ve svém okolí s nějakým osvětovým programem zaměřeným na duševní onemocnění? Pokud ANO, s jakým?

Submit

Never submit passwords through Google Forms.

100%: You made it.

Powered by

This content is neither created nor endorsed by Google.
[Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

TI, KTERÝM SE VYHÝBÁME: *Šárka*

KDYŽ ŽIJETE S PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIÍ, MŮŽE SE VÁM STÁT, ŽE CHCETE ZACHRÁNIT SVĚT PŘED KATASTROFOU...
ŠÁRKA KVŮLI TOMU PERE NA VALŠE. VÍCE O ŠÁRCE A JEJÍM SVĚTĚ NA STRÁNCE TI, KTERÝM SE VYHÝBÁME NA FACEBOOKU.

KOMIKSOVÝ ŠERIÁL "TI, KTERÝM SE VYHÝBÁME" VZNIKL ZA PODPORY NORŠSKÝCH FONDŮ V RÁMCI PROJEKTU CZ11/MSS/080 VE SPOLUPRÁCI S NNO FOKUS ČESKÉ BUDĚJOVICE, FOKUS TÁBOR A NAKLADATELSTVÍM BAĞBAG.

(časopis Respekt 47/2015)