

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

## **Stigma očima lidí s duševním onemocněním**

Bakalářská práce

Autor: Barbora Skutilová

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph. D.

Hradec Králové

2021



## Zadání bakalářské práce

<b>Autor:</b>	<b>Barbora Skutilová</b>
Studium:	U18086
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
<b>Název bakalářské práce:</b>	<b>Stigma očima lidí s duševním onemocněním</b>
Název bakalářské práce AJ:	Stigmatization from the perspective of people with mental illness

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Bakalářská práce se zaměřuje na vnímání stigmatizace lidí s duševním onemocněním. V teoretické části jsou vysvětleny pojmy jako je duševní onemocnění a vybraná duševní onemocnění podle Klasifikace MKN-10. Dále pak teoretická část popisuje sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, pojmy stigmatizace a destigmatizace, zotavení (recovery), reforma psychiatrické péče a příklady destigmatizačních projektů v České republice. Praktická část se zabývá již samotným výzkumem, který vycházel z kvalitativní výzkumné strategie. Ke sběru dat byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Také jsou zde popsány organizace Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou a Centrum duševního zdraví v Trutnově, kde kvalitativní výzkum probíhal.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5. OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada Publishing, 2015, 374 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5199-3. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka : mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006, 251 s. Mezinárodní klasifikace nemocí. ISBN 80-85121-11-5.

Garantující pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.
Oponent:	Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	30.4.2020

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího práce Mgr. Miroslavem Kapplem, Ph. D. a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Rokytnici v Orł. horách dne 16. 3. 2021

Barbora Skutilová

## Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu práce Mgr. Miroslavu Kapplovi, Ph. D. za kvalitní přípravu a odborné vedení, které pomohlo ke vzniku této práce. Dále bych chtěla poděkovat službám Centrum duševního zdraví v Trutnově a Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou, konkrétně Mgr. Lucii Skalské a paní Janě Stružinské za ochotu a spolupráci při výběru výzkumné vzorku. Dále pak Mgr. Veronice Řepkové za ochotu, čas a cenné rady, které mi během zpracování celé práce poskytla. A samozřejmě děkuji své rodině a příteli za velkou podporu a trpělivost, kterou po celé období vynaložili.

## Abstrakt

SKUTILOVÁ, Barbora. *Stigma očima lidí s duševním onemocněním*. Hradec Králové, 2021. 76 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Bakalářská práce se zabývá pohledem na stigmatizaci lidí s duševním onemocněním. V úvodu mé práce se zmiňuji o tom, proč jsem si vybrala právě danou cílovou skupinu, a co mě k výběru vedlo. Hlavním cílem práce je zjistit, jak svoji stigmatizaci ze strany sociálního prostředí vnímají sami jedinci s duševním onemocněním. Teoretická část se zaměřuje na celkovou problematiku duševních onemocnění, jejich klasifikaci, příčiny, vývoj a přiblížení vybraných psychických onemocnění. Dále je pozornost věnována sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, práci sociálního pracovníka, potřebám osob s duševní poruchou a systému péče v České republice. Poslední kapitola se věnuje stigmatizaci, sebestigmatizaci a destigmatizaci osob s duševní poruchou. V podkapitole destigmatizace jsou také zmíněny projekty a aktivity zabývající se bojem proti stigmatu. Praktická část je zjišťována pomocí kvalitativního výzkumu, který má za úkol zjistit, jak vnímají osoby s duševním onemocněním stigmatizaci v určitých životních oblastech. Těmito oblastmi jsou bydlení, zaměstnání, blízké osoby, sousedé, odborná pomoc a média.

Klíčová slova: duševní onemocnění, sociální práce, stigmatizace, destigmatizace, reforma psychiatrické péče

## Abstrakt

SKUTILOVÁ, Barbora. *Stigmatization from the perspective of people with mental illness*. Hradec Králové, 2021. 76 p. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové. Leader of the Bachelor Degree Thesis Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

My bachelor thesis deals with stigmatization of people with mental illness. In the introduction of my thesis I mention why I decided to choose this subject. The main aim is to find out how people with mental illness feel about stigmatization themselves. Theoretical part deals with topic of mental illness in general, its classification, causes of mental illness, development and approach to some mental illnesses. Furthermore I focus on aspects of social work with persons with mental illness, role of social worker, needs and interests of people with mental health disorders and social care scheme in Czech Republic. Last chapter is about stigmatization, selfstigmatization and destigmatization of people with mental illness. I also mention some projects and activities which can help to eradicate this kind of stigmatization. Practical part is based on qualitative research. This research focuses on how people with mental illness feel about stigmatization themselves. Their perception of this stigmatization in certain areas of their life such as housing, employment, as well as their family and friends, neighbours, professional help and media.

Keywords: mental illness, social work, stigmatization, destigmatization, psychiatric care reform

# Obsah

Seznam použitých zkratk.....	9
Úvod.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 Duševní onemocnění.....	12
1.1 Klasifikace duševních nemocí.....	12
1.1.1 Historie klasifikací duševních nemocí.....	13
1.1.2 Klasifikace MKN-10.....	14
1.2 Vybraná duševní onemocnění.....	16
1.2.1 Schizofrenie (F20).....	16
1.2.2 Schizoafektivní porucha (F25).....	18
1.2.3 Bipolární afektivní porucha (F31).....	19
1.2.4 Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1).....	21
1.2.5 Posttraumatická stresová porucha (F43.1).....	21
1.2.6 Neurčená duševní porucha, způsobená poškozením a dysfunkcí mozku a somatickou nemocí (F06.9).....	22
2 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.....	24
2.1 Sociální pracovník jako poskytovatel péče o duševně nemocné.....	24
2.2 Specifické potřeby duševně nemocných.....	25
2.3 Systém péče o duševně nemocné.....	26
3 Stigmatizace osob s duševním onemocněním.....	28
3.1 Sebestigmatizace.....	32
3.2 Destigmatizace.....	33
3.2.1 Zotavení (Recovery).....	34
3.2.2 Reforma psychiatrické péče.....	34
3.2.3 Příklady destigmatizačních projektů a aktivit v ČR.....	36
Shrnutí teoretické části.....	38
PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
4 Metodická část.....	39
4.1 Hlavní cíl výzkumu a výzkumné dílčí cíle.....	39
4.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek.....	39
4.3 Zvolená výzkumná strategie.....	41
4.4 Popis výzkumné souboru a zdůvodnění jeho výběru.....	42
4.5 Organizace „Péče o duševní zdraví“ a „Centrum duševního zdraví“.....	43
4.6 Průběh sběru dat.....	44

4.7	Reflexe etických rizik .....	45
4.8	Analýza získaných údajů .....	45
	Závěr a diskuse .....	62
	Seznam tabulek .....	64
	Seznam použité literatury a zdrojů .....	65
	Elektronické zdroje .....	66
	Seznam příloh.....	I



## **Seznam použitých zkratk**

CDZ – Centrum duševního zdraví

CNS – Centrální nervová soustava

DC – Dílčí cíl/e

DO – Duševní onemocnění

DSM - Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

I - Informantka

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

PDZ – Péče o duševní zdraví

TO – Tazatelské otázky

## Úvod

Pojmy stigma a duševní onemocnění jsou v dnešní době často spojovány a diskutovány. I díky tomuto důvodu mi přišlo důležité se osobám s duševním onemocněním věnovat. Cílová skupina duševně nemocných je jednou z nejvíce stigmatizovaných skupin, jak v oblasti pracovního trhu, bydlení, tak v běžném společenském životě. Ráda bych společnosti ukázala, jaký mají názor na danou situaci sami lidé s tímto onemocněním. Jedním z hlavních důvodů výběru tématu byla má letní brigáda na střední škole, kdy jsem měla možnost nahlédnout do domova se zvláštním režimem Na Stříbrném vrchu v Rokytnici v Orlických horách, kde jsou ubytovány osoby s duševním onemocněním. Jelikož v Rokytnici bydlím od dětství, často jsem od obyvatel města při výstavbě Domova slýchala, že nesouhlasí s tím, aby v obci o 2500 obyvatelích bydlelo 50 duševně nemocných jedinců. I zde probíhala a stále probíhá značná stigmatizace. Lidé, neinformovaní v tomto tématu, se vlivem médií strachují, protože nevědí, co od duševně nemocného čekat. Stigmatizaci skrze média vnímám jako nejvlivnější prostředek, a proto se jí budu více zabývat v teoretické i metodické části. Dalším důvodem při výběru tématu byla účast na destigmatizačních akcích. Od útlého věku jsem navštěvovala destigmatizační akci Rytmus v Rokytnici v Orlických horách, kterou pořádá Domov na Stříbrném vrchu. Jedná se o jednodenní akci, kdy klienti ze sociálních zařízení královéhradeckého kraje dopoledne přijedou do klubu Družba v Rokytnici, zde mají společný oběd, poté si každé zařízení může a nemusí předem připravit taneční představení, které zde ukáží, a poté už následuje volná zábava, kdy mohou klienti tančit a bavit se do pozdních odpoledních hodin. Druhou akci, které jsem se zúčastnila jako dobrovolník v roce 2017, pořádal trutnovský Stacionář RIAPS. Akci zaštitila herečka Eva Holubová, která sama trpí depresi a úzkostmi, a celým večerem diváky prováděla jako moderátorka. Klienti se na akci připravovali zhruba rok dopředu. Spolupracovali na ní společně s výtvarnou dílnou Bosorka z Jánských Lázní a s italskou návrhářkou šperků Annou Zullian, která pro klienty stacionáře uspořádala video workshop a následnou přípravu už s klienty vedla dílna Bosorka. Při výrobě šperků bylo stěžejní propojit vzhled s velmi osobním příběhem tvůrce. (iDNES.cz, 2017, cit. 10. 11. 2020)

**Hlavním cílem mé práce je zjistit, jak svoji stigmatizaci ze strany sociálního prostředí vnímají sami jedinci s duševním onemocněním.** Hlavní cíl je rozčleněn na několik dílčích cílů, kterých je v celkovém počtu sedm. Zajímám se o oblasti, kde si myslím, že mohou osoby s duševním onemocněním pociťovat výraznější stigma. Jedná se o oblasti bydlení, zaměstnání, mezilidských vztahů jako jsou rodiny, přátelé, sousedi, dále také o oblast odborné

pomoci, médií a v posledním dílčím cíli nechávám informantům tzv. “volné pole působnosti“, kde mají možnost vyjádřit se k jiné oblasti, kterou jsem nezmínila, a cítí v ní také silnější stigmatizaci. K naplnění hlavního cíle využiji kvalitativní výzkumnou strategii. Jelikož si myslím, že kvalitativním výzkumem získám detailnější a více osobní informace o zkoumaném tématu. Při výzkumu použiji techniku polostrukturovaných rozhovorů, které budou obsahovat otevřené otázky. Informanti tak budou mít větší prostor vyjádřit se. Bakalářská práce by mohla mít přínos nejen pro sociální pracovníky ve všech odvětvích sociální práce, jelikož se s lidmi s duševním onemocněním můžeme setkat ve spoustě typech sociálních služeb. Pracovník by na základě této bakalářské práce mohl získat přehled, na jaká úskalí může při spolupráci s člověkem s duševním onemocněním narazit. Práce ale může obohatit také rodinné příslušníky, přátele, lékaře, apod., kdy zjištěné informace mohou zamezit situacím vedoucích ke stigmatizaci dané osoby.

# TEORETICKÁ ČÁST

V této části kapitoly se zabývám duševním onemocněním, jeho příčinami a vývojem, zmiňuji vybraná onemocnění podle Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN-10), které se pojí na informanty a jejich diagnostikované onemocnění. Další kapitola je zaměřena na sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, na práci sociálního pracovníka, specifické potřeby daných klientů a systém péče v České republice. Dále se věnuji pojmu stigmatizace, sebestigmatizace a destigmatizace, a s tím spojený pojem zotavení (recovery), reformu psychiatrických léčeben a pár příkladů destigmatizačních aktivit v České republice.

## 1 Duševní onemocnění

V psychologickém slovníku (Hartl, Hartlová, 2015) nalezneme pojem duševní, což znamená vztah k psychice či psychickým procesům, k duši. *„Podle Americké psychiatrické asociace je duševní porucha takovým vzorcem chování nebo psychologickým syndromem u dané osoby, který je spojen s nepříjemnými pocity nebo narušením funkce alespoň v jedné z důležitých životních oblastí, nebo podstatně zvyšuje riziko úmrtí, způsobuje bolest či vede ke ztrátě pocitu svobody.“* (Raboch et al., 2020, str. 164) Janíček (2008) popisuje duševní onemocnění jako soubor psychických a tělesných příznaků, se kterými se setkal snad každý z nás (např. stres, úzkost, nervozita, třes, nespavost). Avšak člověk duševně zdravý se s těmito příznaky dokáže vyrovnat sám. Velmi podobnou definici a vysvětlení se můžeme dočíst v knize Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, kde autorka Gabriela Mahrová (2008) vysvětluje, že každý člověk má určitou sílu osobnosti a míru zranitelnosti a stability. Dle těchto faktorů jsou schopni zvládat stres a stresové situace. Méně stabilní člověk má s danými okolnostmi potíže a snadněji selhává v krizových situacích. U stabilního člověka se příznaky duševního onemocnění objeví až při silných nebo narůstajících stresorech.

### 1.1 Klasifikace duševních nemocí

Dle Rabocha (2020) má každá odborná disciplína tendenci třídit své zkušenosti a poznatky. Výsledkem jsou klasifikační systémy, které mají určité cíle. Prvním cílem je poskytnout společný jazyk všem pracovníkům, kteří pracují v oboru, aby lépe a efektivněji komunikovali. *„Například místo toho, aby lékař sdělil spolupracujícímu psychologovi, že vyšetřil pacienta, který má smutnou náladu, ztratil zájem o své záliby, trpí poruchou spánku, nemá chuť k jídlu, má obtíže s koncentrací na intelektuální činnosti*

*a uvažuje o sebevraždě, stačí sdělit, že jde o pacienta s depresivní poruchou.*“ (Raboch et al., 2020, str. 163) Někdy je samozřejmě důležité toto rozsáhlé sdělení, ale často stačí zkrácená forma informace. Druhý cíl je správná diagnóza. A posledním cílem je určit příčiny duševních poruch. Znalost etiologie<sup>1</sup> a patogeneze<sup>2</sup> často značí posun v terapeutických metodách. Poznatky v této oblasti u většiny duševních poruch jsou však značně malé. Příčiny jsou známy pouze u organických poruch a některých dalších, jako jsou např. posstraumatická stresová porucha, poruchy adaptace a konverzní poruchy. U zbylých psychických poruch existují pouze domněnky o jejich vzniku, které jsou však velmi rozdílné. (Raboch et al., 2020) *„Například u poruch nálady někteří předpokládají především genetické vložky, jiní zdůrazňují abnormální funkci centrálních neurotransmiterových systémů, jiní přikládají velký význam nevyřešeným konfliktům v psychosexuálním vývoji pacienta v dětství nebo upozorňují na naučené negativní myšlení a zpracování skutečnosti.*“ (Raboch et al., 2020, str. 163)

Raboch (2020) uvádí, že klasifikace je důležitá jak pro odborníky, tak pro pacienty a jejich rodinné příslušníky. Při informaci, že odborníci vědí a znají pacientovi obtíže a dokážou jim k situaci sdělit více, je pro řadu pacientů velice důležitá.

### **1.1.1 Historie klasifikací duševních nemocí**

Pro rozvinutí systému – klasifikace, je třeba mít určitý pojem toho, co je to vlastně duševní porucha. O tuto definici se psychiatrii začali zajímat až v 70. letech 20. století. Tento zájem vznikl kvůli sporu o tom, zda homosexualita je nebo není duševním onemocněním, přitom lékařský obor psychiatrie vznikl už v 18. století. (Raboch et al., 2020)

V 18. století došlo k výraznému progresu v péči o duševně nemocné. V 18. a 19. století byly postupně popisovány jednotlivé choroby jako například dementia praecox, která byla později přejmenována na schizofrenii; folie circulaire, dnešní bipolární afektivní porucha; organické duševní poruchy; akutní exogenní reakční typy, a jiné. Ve 20. století dochází k rozvolňování diagnostických schémat. Klade se důraz na individuální přístup k pacientovi. V polovině 20. století se objevuje antipsychiatrické hnutí, které odsuzuje a odmítá medicínský model duševní choroby. Objevuje se zde pojem “nálepkování“.

---

<sup>1</sup> Etiologie je nauka o původu a příčinách nemocí. (Hartl, Hartlová, 2015, str. 145)

<sup>2</sup> Patogeneze je nauka o vzniku a vývoji nemocí a chorobných změn; dělí se na formální (zabývá se jejich vývojem od začátku do konečného stádia) a kauzální, příčinnou (zjišťuje jejich příčiny). (Hartl, Hartlová, 2015, str. 401)

(Raboch et al., 2020) „*Například tzv. konspirační model schizofrenie hovořil o této chorobě jako o výsledku spiknutí, které vede k označení jedince, k jeho vyloučení a totálnímu znehodnocení s požehnáním lékařské vědy.*“ (Raboch et al., 2020, str. 165) V polovině 19. století byl zajímavým modelem klasifikace duševních poruch model tzv. agnostický či ateoretický, který vycházel z představy netřídit jednotlivé poruchy a utvořit koncepci jedné poruchy. Autorem modelu je H. Neumann. Tento pohled přemohl E. Kraepelin se svým empiricko-klinickým a pragmatickým přístupem, který byl v 20. století rozpracovaný v současných modelech Světové zdravotnické organizace (MKN-10) a Americké psychiatrické asociaci (DSM-IV). (Raboch et al, 2020)

### **1.1.2 Klasifikace MKN-10**

Je důležité zmínit, že první klasifikační modely se zabývaly příčinami smrti. Prvním takovým byl Mezinárodní seznam příčin smrti z roku 1893, kde ještě nebyly popsány duševní poruchy. Až jeho páté doplnění v roce 1938 zahrnovala čtyři typy duševních poruch, které se nacházely v kapitole „Nemoci nervového systému a smyslových orgánů“. Jednalo se o duševní zaostalost, schizofrenii, maniodepresivní psychózu a ostatní duševní poruchy. Teprve v 6. vydání se objevila psychiatrická kapitola a byly zde uvedeny příčiny duševních poruch. V roce 1952 vznikl americkou psychiatrií první Diagnostický a statistický manuál duševních chorob (DSM-I), který prošel revizemi a jeho 3. vydání v roce 1980 se stalo velmi podstatným pro vznik 10 revize MKN. (Raboch et al., 2020) MKN-10 vyšla v platnost roku 1993 i s novým názvem „Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů“. V České republice vyšla v platnost od roku 1994. (MKN-10, online)

Kapitola o duševních poruchách a poruchách chování se v Mezinárodní klasifikaci nemocí značí písmenem F. Patří sem duševní a behaviorální poruchy včetně poruch psychického vývoje a je rozdělena do 10 skupin:

*„F00 – F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických,*

*F10 – F19 Duševní a behaviorální poruchy způsobené požíváním psychoaktivních látek,*

*F20 – F29 Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy,*

*F30 – F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady),*

*F40 – F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy,*

*F50 – F59 Behaviorální poruchy spojené s poruchami fyziologických funkcí a se somatickými faktory,*

*F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých,*

*F70 – F79 Mentální retardace (duševní opoždění),*

*F80 – F89 Poruchy psychického vývoje,*

*F90 – F98 Poruchy chování a emocí začínající specificky v dětství nebo adolescenci a mentální poruchy nespecifikované*

*F99 – “Nespecifikovaná duševní porucha“ (MKN-10, online 13. 12. 2020)*

Tato klasifikace neslouží pouze odborníkům (např. lékařům), znát by ji měli například i sociální pracovníci. Sociální pracovníci se často ocitají v roli opatrovníků lidí s duševním onemocněním, kteří byli zbaveni, nebo omezeni ve způsobilosti k právním úkonům. Při posuzování stupně závislosti u nároku na příspěvek na péči, je vyžadováno sociální šetření, při kterém znalost či neznalost symptomů, příznaků a průběhu nemoci může hrát zásadní roli. Při práci s klienty s duševním onemocněním je důležité znát příčiny, příznaky a diagnózy jednotlivých poruch, ale také vliv na daného člověka. Někteří kliničtí pracovníci však tento mezinárodní seznam kritizují, jelikož dle jejich názoru předkládá zužující pohled na jedince s duševní chorobou a díky tomu je vystaven určitému druhu stigma. Pro sociálního pracovníka jsou podstatné podmínky (ekonomické, kulturní a společenské) a prostředí, které klienta ovlivňují, a s tím spojené procesy, tedy jedinec v jeho přirozeném prostředí. Pracovníkovým hlavním zájmem je vztah člověka a prostředí. Propojení jedince s prostředím, přizpůsobení se na něj, na fungování v něm a na možné obtíže, které z toho plynou. Snaha kombinovat znalost diagnostiky, kde se jedná zejména o posouzení, co je normální a co abnormální, sociální fungování, zájem o prostředí a podmínky, ale také porozumění dynamiky potíží vytvářejí v sociálních pracovnících profesní konflikt a tím i napětí. Konflikt pramení z potřeby udržení si profesní identity a zaměření na sociální fungování, ale také vnímat potřeby cílové skupiny. (Probstová a Pěč, 2014)

## 1.2 Vybraná duševní onemocnění

Výběr duševních nemocí vychází z výzkumu, kterému se budu věnovat v praktické části. Jedná se o poruchy, které se vyskytovaly u informantů, se kterými jsem vedla rozhovory. Blíže popíšu schizofrenii, schizoafektivní poruchu, bipolární poruchu, generalizovanou úzkostnou poruchu, posttraumatickou stresovou poruchu a na závěr neurčenou organickou poruchu způsobenou poškozením a dysfunkcí mozku a somatickou nemocí.

### 1.2.1 Schizofrenie (F20)

Vágnerová ve své knize definuje tuto poruchu následovně: „*Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity.*“ (Vágnerová, 2012, str. 333) Světová zdravotnická organizace v Mezinárodní klasifikaci nemocí uvádí, že „*Schizofrenní poruchy jsou obecně charakterizovány význačnými poruchami myšlení a vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená nebo oploštělá. ... Osobnost je postižena ve svých nejpodstatnějších funkcích, které dávají normálnímu jedinci pocit individuality, jednotnosti a autonomie.*“ (MKN-10, 2006, str. 83) Schizofrenie patří mezi psychotická onemocnění, která jsou léčitelná, ale svým průběhem ovlivňují osobnost jedince a jeho vztahy s okolím, jelikož mění způsob vnímání sám sebe, ostatních lidí a okolního světa. Nemocný se ve svém novém světě, kde se do popředí dostávají bludy, fantazie a halucinace, uzavírá, straní se od druhých a přestává vnímat realitu. Často se onemocnění přemění do chronického průběhu. (Doubek in Raboch et al., 2020) Doubek (in Raboch et al., 2020) také uvádí, že slovo schizofrenie pochází z řeckého slova „schizo“ = štěpit a „phren“ = rozum, myšlení. Tento pojem měl znamenat rozštěpení mezi myšlením, emocemi a chováním, neodborná veřejnost však název mylně interpretuje jako rozštěpení osobnosti, tedy existenci dvou nebo více odlišných osobností. Psychóza z velké části mění kvalitu života jedince, a postihuje hlavně pracovní a společenskou oblast. Schizofrenie se nachází na prvních příčkách žebříčku příčin zkrácení délky života populace ve věku 18-44 let. (Libiger in Höschl et al., 2004)

#### **Příčiny schizofrenie:**

Příčina vzniku nebyla dosud plně objasněna, jsou však známy určité působící faktory, které se mohou vzájemně podmiňovat, a poruchu spustit. Patří sem: dědičnost, biochemické změny v mozku (zvýšená hladina dopaminu nebo noradrenalinu), strukturální změny v mozku (zvětšené komory), stresové situace (úmrť v rodině,



osamostatnění se,...), také návykové látky (marihuana, amfetaminy, halucinogeny,...) nebo komplikace v těhotenství a po porodu. Velmi stručně řečeno, pro spuštění je potřeba určitá zranitelnost či dispozice, a také spouštěč (stres, drogy), který dispozici aktivuje. (Peterková, online)

### **Příznaky schizofrenie:**

Projevy schizofrenie si můžeme rozdělit na pozitivní a negativní. Pozitivní symptomy jsou halucinace a bludy. Halucinace jsou nepravdivé smyslové vjemy zkreslující vnímání reality, které vznikají bez určitého důvodu. Lidé při halucinacích slyší, vidí a cítí to, co druzí ne. Je tedy patrné, že jsou postihnuty všechny smyslové vjemy. Nejčastější jsou halucinace sluchové, které se projevují například jednoduchými zvuky (tikáním, zvoněním, škrábáním) nebo hlasy. Hlasy k člověku buďto promlouvají přímo, nebo o něm mluví, anebo reagují na jeho jednání. Velkým rizikem jsou imperativní sluchové halucinace, které nemocnému dávají příkazy, co má nebo nemá dělat, kdy může být v ohrožení jak jedinec, tak jeho okolí. Při zrakových halucinacích může člověk vidět různé barvy, tvary, osoby, nebo celé scény jako z filmu. Čichové halucinace se projevují nejčastěji nepříjemnými chutěmi či pachy. Jedinec s tímto typem halucinací může mít dojem, že rozpozná, že mu někdo podal jed. A poslední, tělesné halucinace, se projevují pálením, elektrizováním, změnami vlastností vnitřních orgánů, doteky po těle (časté v genitální oblasti). (Doubek in Raboch et al., 2020)

Bludy jsou falešné představy, které se nemocnému zdají reálné a pravdivé, a patří do poruch myšlení. Blud se časově vyvíjí, začíná u myšlenky, pokračuje v přesvědčení a končí u propracovaného systému bludů. Jedinci ze začátku přijde, že nerozumí sobě a lidem okolo a začne se uzavírat do sebe. Při náhodné nepatrné stresové situaci se mu může zdát, že ho lidé sledují, povídají si o něm. Bludy se stupňují a on o sebe začne mít strach. V noci nespí a sleduje své okolí, nevrací se nebo naopak zůstává zavřený pouze ve svém obydlí, zabarikádjuje vchodové dveře. Mluvíme o paranoidních a perzekučních bludech. Dalšími typy bludů jsou například pocity získání výjimečných či nadpřirozených schopností, originální bludy a časté jsou také bludy s náboženskou tematikou. (Doubek in Raboch et al., 2020)

Negativním symptomem schizofrenie je nejčastěji tzv. "citový chlad". Nemocný se chová, jakoby šly všechny věci okolo něho, nic se ho netýkalo, nedokáže se soustředit a udržet pozornost, je pro něho obtížné udělat rychlé rozhodnutí. Komunikace se

společností a druhými je omezená, může se objevit i zmenšení mimiky obličeje. Dalším negativním projevem je ztráta zájmu o koníčky a záliby, které ho dříve naplňovaly. Extrémní formou je tělesná ztuhlost (nemluví, nepřijímají tekutiny a stravu). Častým příznakem nemoci jsou i špatné nálady spojené s pocitem méněcennosti, které se objevují při uvědomění si probíhajícího duševního onemocnění. Člověk má strach a obavu, zda se uzdraví, a to ho vede k sebevražedným myšlenkám. Za rozvojem negativních příznaků stojí příznaky kognitivní (soustředění, paměť, plánování, řešení problémů). Ke zmírnění kognitivních symptomů napomáhají atypická antipsychotika, což je podstatné pro zlepšení stavu nemocného. (Doubek in Raboch et al., 2020)

### **Příklady typů schizofrenie:**

F20.0 – Paranoidní schizofrenie - Jedná se o nejčastěji se vyskytující typ schizofrenie. Typickým znakem jsou bludy, které se projevují formou pronásledování, a halucinace, zejména sluchové. Nemocný je vůči svému okolí podezřívavý, cítí se být ohrožen, sledován. Blud nebezpečí může být spojen nejen s nadpřirozenými silami (př. mimozemšťani), ale i s určitými lidmi (rodina, sousedé,...), kterým by mohl ublížit v rámci ochrany své osoby. Sluchové halucinace mohou člověku věci přikazovat nebo naopak zakazovat. Při paranoidní schizofrenii mívají lidé potíže s vůlí, kdy se nedokážou přinutit k určité činnosti. Narušeno je i myšlení, kdy při akutní atace<sup>3</sup> může mít člověk nesouvislé uvažování. (Vágnerová, 2012)

F20.5 – Reziduální schizofrenie – Je to typ schizofrenie s chronickým průběhem, kdy je jasný postup z počáteční fáze do konečné fáze. V počáteční fázi jsou typické jedna a více atak, v pozdější fázi převládají dlouhodobé negativní příznaky, které se špatně adaptují na léčbu antipsychotiky. (Doubek in Raboch et al., 2020) Mezi symptomy, které jsou méně intenzivní, patří podivínství, lenost, izolace od ostatních, ztráta motivace a péče o zevnějšek. Vztahy mezi jedincem a skutečností jsou deformované, emoce otupělé a typické jsou také jiná řeč a myšlení. (Libiger in Höschl et al., 2004)

### **1.2.2 Schizoafektivní porucha (F25)**

Schizoafektivní porucha patří do skupiny Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20-F29). U schizoafektivní poruchy se prolínají příznaky schizofrenie a afektivních poruch, konkrétně bipolární afektivní poruchy. Jako afektivní příznaky se

---

<sup>3</sup> Ataka – Náhlý náběh nemoci či příznaku (Hartl, Hartlová, 2015, str. 60)

uvádí tři typy – manické, depresivní a smíšené. (Pavlovský in Raboch et al., 2020) Manické příznaky se projevují paranoidními bludy a neuvědomováním si skutečné reality. (Vágnerová, 2012) Pavlovský (in Raboch et al. 2020) uvádí ještě příklady schizofrenních symptomů. Mezi ty uvádí zvýšené psychomotorické tempo, vysoké sebevědomí, nadbytek energie a nespavost. Depresivní příznaky ze schizofrenních symptomů se projevují formou bludných představ, halucinací a poruch myšlení. Dále pak uvádí snížení psychomotorického tempa, bez chuti do života, nízké sebevědomí a suicidální<sup>4</sup> myšlenky. U smíšeného typu se ve stejnou chvíli objevují depresivní, manické a schizofrenní symptomy. Po atace schizoafektivní poruchy dochází k vymizení příznaků nemoci. Prognóza nemoci je příznivější než u schizofrenie.

### **Výskyt a příčiny:**

Rozvoj přichází v brzké dospělosti okolo 20. až 30. roku, který je z počátku kratší, ale s akutním průběhem. Častěji se vyskytuje u žen než u mužů. Příčiny schizoafektivní poruchy jsou způsobeny různými faktory, např. genetickými nebo vnějšími faktory, podobně jako u schizofrenie. (Vágnerová, 2012)

### **1.2.3 Bipolární afektivní porucha (F31)**

Bipolární afektivní porucha patří do skupiny afektivních poruch, nebo také poruch nálad (F30-F39). „*Základem těchto poruch je změna nálady nebo afektivity obvykle k depresi (spojené s úzkostí nebo bez ní) nebo k elaci<sup>5</sup>. Tuto změnu nálady obvykle doprovází změna celkové aktivity a většina ostatních příznaků je buď sekundární ke změnám nálady a aktivity, nebo se v souvislosti s těmito změnami snadno pochopí. Většina poruch má tendenci k relapsům a začátek jednotlivých fází má často vztah ke stresovým událostem nebo situacím.*“ (MKN-10, 2006, str. 100) Nejtypičtějším afektivními poruchami jsou deprese, mánie a bipolární porucha.

Dřívější pojmenování maniodepresivní psychóza pramenilo z důvodu, že u pacientů se v průběhu nemoci objeví jak mánie, tak i deprese. Frekvence střídání je velmi individuální. U některého jedince se může nálada prostřídat několikrát do roka, u některého párkrát v životě. Nejčastěji se objevuje mezi 20. – 30. rokem. (Nepanikař, online) Často se nejprve vyskytne jedna nebo více depresivních epizod a teprve až potom

---

<sup>4</sup> Suicidalita – sebevražednost (Hartl, Hartlová, 2015, str. 575)

<sup>5</sup> Elace – nadměrná veselost, povznesená nálada (Hartl, Hartlová, 2015, str. 137)

se objeví epizody manické. Málo pravděpodobné je, že by se jednalo o jednu afektivní epizodu za celý život. Většinou se cyklování nálady opakuje. (Raboch et al., 2020)

**Manická epizoda** – Jedinec je plný energie, nabuzený, euforický, roztěkaný, má zvýšené sebevědomí, často ztrácí zábrany a lépe se mu navazují vztahy, je velmi komunikativní, mluví rychle, nahlas a pořád. Necítí potřebu spánku, nevnímá únavu a jiné tělesné obtíže. Naopak mají zvýšenou sexuální potřebu, s čímž je spojené časté střídání partnerů. U mánie se můžou objevovat náboženské či erotomanské bludy. V tomto případě se jedná o mánii psychotickou, která trvá v průměru alespoň 1 týden. V těžkých případech je nutná hospitalizace. Pokud hovoříme o mírnější fázi mánie, jedná se o hypománii, její příznaky se vyskytují v řádu pár dnů. (Nepanikař, online)

**Depresivní epizoda** – Považuje se za jedno z nejčastějších duševních onemocnění. Vliv na ni můžou mít jak klimatické podmínky (méně světla a více chladu – častější), tak roční období (méně častá v létě). Obvykle se objevuje mezi 20. – 40. rokem, častěji u žen než u mužů. (Vágnerová, 2012) Jedinec s depresemi ztrácí zájem o své koníčky, motivaci a energii. Je často nerozhodný, neschopný se soustředit a koncentrovat, snižuje se výkon paměti. Člověk je smutný, má negativní, pesimistické myšlenky. Nedokáže prožívat radost, straní se lidem, může odmítat i pomoc. Přidružit se může strach, úzkost, a podrážděnost. Ztrácí sebevědomí a celá situace, kterou prožívá, se mu může zdát bezvýchodná, proto se u něho začnou objevovat suicidální myšlenky. Projevem jsou také pomalé pohyby a gesta (některé formy deprese se však projevují neklidem a nadměrnými pohyby), utlumená mimika, nižší frekvence hlasu, jednoduché věty. Člověk má potíže se spánkem, usíná pozdě a budí se brzy ráno, s nechutenstvím a následným úbytkem váhy (méně časté je přejídání a růst váhy). Často se objevují i tělesné obtíže, bolesti, trávicí potíže, tlak na hrudi, zhoršení již léčené nemoci. Deprese má čtyři základní typy: lehká, středně těžká, těžká a těžká s psychotickými příznaky. Symptomy deprese musí přetrvávat alespoň 2 týdny, aby mohla být diagnostikována. (Nepanikař, online)

### **Výskyt a průběh:**

Nejčastěji se objevuje v pozdní adolescenci nebo brzké dospělosti. Kvůli již zmíněným projevům může dojít ke ztrátě práce, rozvodu, spadnutí do drog a alkoholu nebo k páchání trestné činnosti. U mánie je vyšší pravděpodobnost dopravních nehod nebo úrazů v důsledku vyčerpání organismu. (Raboch et al., 2020)

### **1.2.4 Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)**

Generalizovaná úzkostná porucha patří do skupiny Neurotických, stresových a somatoformních poruch (F40-F48). Tyto poruchy jsou způsobeny psychosociálními vlivy, jejichž dopady se pojí s křehkostí osobnosti jedince. Jedná se o špatnou adaptaci na prostředí a na sebe samotného. Neurotické symptomy může občas vnímat i zdravý člověk a to ve formě strachu, obav, úzkosti, smutku, neklidu apod. Vnímání reality je nenarušeno, stejně jako chování v základních sociálních normách. (Hellerová in Raboch et al., 2020)

Jedná se o často diagnostikovanou poruchu, jejíž příznaky jsou skoro nedefinované a splývají s jinými typy úzkostných poruch. Základním typem je generalizovaná trvalá úzkost, která se nespécifikuje na žádnou určitou situaci nebo vyvolávající podnět či okolnost. Její příznaky jsou např. strach z hrozícího neštěstí, zlé předtuchy, špatná soustředěnost, neschopnost se rozhodnout a následné pochyby o svém rozhodnutí, špatný spánek, bolesti hlavy, třes, neschopnost uvolnit se, pocení, motání hlavy, nevolnost, závratě apod. (Hellerová in Raboch et al., 2020)

Vágnerová (2012) ještě dodává, že nemocný si se svou úzkostí neví rady, neumí s ní pracovat, proto je v této situaci bezradný. Jelikož se zkušenosti s úzkostí uchovávají, nemocnému následně k vyvolání těchto úzkostných pocitů stačí pouhá vzpomínka. Úzkostní lidé si své nepřiměřené reakce uvědomují, ale nedokáží je ovládat. Jsou také často přecitlivější a trpí depresemi v návaznosti na obtíže, které jim nemoc do jejich běžného života přináší. Dalšími příznaky jsou pocity méněcennosti, izolace a vyhýbání se ostatním lidem, které se nemocnému zdají ohrožující.

#### **Výskyt a průběh:**

Začátek bývá náhlý, pozvolný a většinou se objevuje už kolem 16. – 18. roku. Není to však pravidlem a může se objevit kdykoliv během života. Často se projeví při stresujících životních událostech, zejména s těmi, které představují hrozbu do blízké budoucnosti. Jedná se o chronickou poruchu, která může trvat celý život. (Kosová, Praško in Höschl et al., 2004)

### **1.2.5 Posttraumatická stresová porucha (F43.1)**

Stejně jako Generalizovaná úzkost i Posttraumatická stresová porucha patří do skupiny F40-F48. Jedná se o zpožděnou reakci na traumatickou stresovou situaci, která je

náročnější než běžné stresové situace. Příkladem jsou živelné pohromy, autonehody, týrání, znásilnění, vojenské mise apod. Mezi příznaky této poruchy patří citová oploštělost, nezáměr o jakoukoliv dříve vykonávanou činnost, pocit odcizení, znovuprožívání traumatické situace ve vzpomínkách a snech, špatný spánek, poruchy pozornosti, ostražitost. Jako další symptomy jsou uváděny pocity viny a záchvaty agrese, které jsou vyvolané podněty směřujícími ke znovuvybudění prvotní traumatické události. (Hellerová in Raboch et al., 2020)

### **Výskyt a průběh:**

Podle Kosové a Praška (in Höschl et al., 2004) tato porucha nemůže vzniknout bez nějaké prožité traumatické situace. Trauma je tedy hlavním faktorem, ale nikoliv jediným. Jako další faktory, které zapříčiní vznik poruchy, jsou „...*environmentální faktory v době kolem traumatické události a predisponující faktory*...“ (Kosová a Praško in Höschl et al., 2004) Porucha se diagnostikuje, pokud se objeví do šesti měsíců po nějaké traumatické události. (Hellerová in Raboch et al., 2020) Může trvat i několik let, kdy při trvalých obtížích může dojít i ke změně osobnosti. Prognóza však bývá většinou dobrá a u většiny osob s touto poruchou dochází k uzdravě nebo zlepšení. Někteří autoři však uvádějí i možnost mezigeneračního přenosu určitého způsobu chování a reagování. Jako příklad uvádějí tzv. syndrom přežití u osob, které přežili holocaust. Pokud děti těchto osob prošly nějakou traumatizující událostí, jejich reakce se podobaly projevům jejich rodičů. (Vágnerová, 2012)

### **1.2.6 Neurčená duševní porucha, způsobená poškozením a dysfunkcí mozku a somatickou nemocí (F06.9)**

Tuto poruchu jsem nechala nakonec, jelikož o ní je v literatuře úplné minimum informací, proto nese i tento název. Patří do skupiny Organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00-F09). Velmi stručně popíšu alespoň tuto skupinu. Organické poruchy vznikají na základě poškození mozku např. při cévní mozkové příhodě, infarktu, zánětu mozkové tkáně, apod. Symptomatické poruchy jsou ty, kdy je příčinou systémové onemocnění, které postihuje CNS, nebo onemocnění jiné oblasti než CNS, vedoucí ke změně funkce nebo intoxikaci CNS. Příklady příčin jsou trvalé intoxikace alkoholem či drogami, endokrinopatie, snížený obsah kyslíku v mozku při selhání srdeční činnosti, apod. Tyto dvě příčiny duševních poruch se prolínají a nemůžeme je oddělovat. (Jiráček in Höschl et al., 2004) Do skupiny patří například demence, amnestický syndrom a delirium,

které nebyly vyvolány drogami a alkoholem, již zmíněné jiné duševní poruchy způsobené poškozením mozku nebo poruchy osobnosti a chování způsobené poškozením mozku.  
(MKN-10, online)

## **2 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním**

Probstová definuje sociální práci s lidmi s duševním onemocněním následovně: „*Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je součástí intervencí, které mohou mít různý rozsah i různé cíle - od obnovení stavu duševní rovnováhy (např. krizová intervence) až po oblast dlouhodobého léčení duševních poruch.*“ (Probstová in Matoušek et al., 2005, str. 133) Průběh onemocnění je ovlivněn sociálními faktory, kdy osoby s duševním onemocněním potřebují odbornou i jinou pomoc, ale jsou často stigmatizováni a terapeuticky nepřitažliví. Stigmatizace se vztahuje i na profesionály, kteří s danými osobami pracují. Kvalifikovaný sociální pracovník je v multidisciplinárním týmu nezastupitelný a v určitých obdobích života je pro osoby s duševním onemocněním primární pomocí. (Probstová in Matoušek et al., 2005)

Dle Probstové (in Matoušek et al., 2005) potřebuje většina lidí s duševním onemocněním pomoc v oblasti sociálního zabezpečení, rodinného, občanského a pracovního práva, poradenství, rodinnou intervenci či psychoterapii. Komplexní zdravotně-sociální péči vyhledávají jedinci, kteří mají problém fungovat ve více oblastech a delší dobu. Jejich potřeby jsou založené na kvalitních zdravotních a sociálních službách poskytovaných vzdělaným a proškoleným personálem ve spolupráci s jednotlivými složkami péče, tzn. týmem, institucemi, regionem, státem.

### **2.1 Sociální pracovník jako poskytovatel péče o duševně nemocné**

Sociální pracovník může s člověkem s duševním onemocněním pracovat například v institucích, jako jsou psychiatrické léčebny, oddělení nemocnic, v léčebných komunitách, komunitních zařízeních, jako například v krizových centrech, denních stacionářích, zařízeních podpory bydlení a práce, ve službách poskytovaných obcemi nebo jinými organizacemi, například zařízení pro uprchlíky. (Probstová in Matoušek et al., 2005)

Práce s lidmi s duševním onemocněním je komplikovaná a má svá specifika. Proto by měl sociální pracovník dbát na důležité prvky, jako je znalost psychopatologie duševních nemocí a její následná aplikace v oblasti komunikace a přístupu ke klientům. Obecně lze říci, že je vhodné chovat se k lidem s duševním onemocněním přirozeně, projevit zájem



o jejich prožívání a názory a chovat vůči jejich osobě respekt. (Valentová in Mahrová et al., 2008)

I podle Probstové je znalost psychopatologie duševních nemocí při práci důležitá. „*Předpokladem k práci s duševně nemocnými je základní znalost nejen symptomatiky, ale i dynamiky duševních onemocnění, terapeutických intervencí (včetně vlivů medikace), znalost standardů zdravotní a sociální péče a řádu zdravotního či sociálního zařízení, ve kterém pracovník pracuje.*“ (Probstová in Matoušek et al., 2005, str. 136)

Na základě psychosociálního pojetí sociální práce je klient považován za rovnocenného partnera a spolupracovníka a o svém způsobu života si může rozhodnout sám. Z velké části je toto rozhodnutí respektováno, ale existují i situace, kdy je osoba s duševním onemocněním v patientské roli, nebo by způsob života mohl jedince negativně ovlivnit v oblasti sociálního fungování, zdraví či života jako takového. Při práci s člověkem s duševním onemocněním bychom měli myslet na fakt, že klientem není jen daný jedinec, ale i jeho blízké okolí a je potřeba spolupracovat i s ním. Důležitá je vhodná volba metod sociální práce v souladu s propracovaným plánem, který sestavuje sociální pracovník společně s klientem a průběžně ho vyhodnocují a doplňují. Doporučuje se uzavření písemné smlouvy se stanovením práv a povinností obou stran. (Mahrová, 2008)

## **2.2 Specifické potřeby duševně nemocných**

Jednou ze základních potřeb duševně nemocných je podle Probstové (in Matoušek et al., 2005) **bydlení**. V Česku žijí osoby s duševním onemocněním v domácím prostředí, v léčebnách, případně v zařízeních sociálních služeb nebo se jedná i o osoby bez domova. Od 90. let 20. století se v sociální práci začíná objevovat hledisko podpory bydlení, které k nám přišlo ze západních zemí. Tato podpora bydlení spočívá v dlouhodobé péči především v jednom klientově prostředí. S ohledem na deinstitucionalizaci je hlavní podpora bydlení v tzv. přirozených podmínkách domácího typu, aby klient mohl rozvíjet své dovednosti a posiloval pocit bezpečí a zázemí, v chráněných či skupinových bytech. Hlavní ideou podpory bydlení je přiblížení klienta co nejbližším podmínkám. Návčik dovedností by se tedy měl uskutečňovat v jeho přirozeném prostředí a měl by být spojen s budováním sociálních vazeb klienta. Tento způsob sociální rehabilitace je založený na důležitosti vztahu sociálního pracovníka a klienta, stálosti a návaznosti služeb a péče, individualizaci a flexibilitě podpory v závislosti na aktuálním stavu klienta, možnost

volby a účasti klienta na rozhodování o jeho osobě a v neposlední řadě na spolupráci rodiny.

Další potřebu Probstová (in Matoušek et al., 2005) uvádí potřebu **práce**. Pro spoustu klientů mohou být překážkou poruchy kognitivních funkcí, emoce a pozornost. K překážkám můžeme ještě zařadit například firemní pravidla, neodpovídající pracovní podmínky, nedostatečnou kvalifikaci klienta, sociální fungování aj. Tyto potíže mohou vést ke snížení schopnosti uplatit se na trhu práce. S tím je spojené uznávání invalidních důchodů, které pro některé jedince představuje jedinou jistotu. Mnozí z nich se poté mohou stát dlouhodobě závislími na systému podpory. Existuje ale i skupina lidí, kteří se uznání invalidity brání, jelikož ji považují za určitou formu stigmatizace. V takovém případě je vhodná pracovní rehabilitace, která má za úkol vrátit, udržet a rozšířit pracovní schopnosti. Nejčastější formou jsou chráněné dílny. Patří sem například tréninkové kavárny, kde klienti nedostávají buďto žádné nebo jen nepatrné finanční ohodnocení, nebo dílny, kde se klienti učí řemesla. Dalším typem je přechodné a podporované zaměstnávání, které probíhá na běžném trhu práce s podporou terapeuta. (Valentová in Mahrová et al., 2008)

Třetí specifickou potřebou duševně nemocných je dle Probstové (in Matoušek et al., 2005) **volný čas**. Každý má různé zájmy, představy o trávení volného času a prožívání jiné životní situace. S naplněním volného času jsou spojeny určité bariéry. K vnějším patří například finanční náročnost, stereotypy lidí, k vnitřním patří projevy nemoci, nízká sebedůvěra, a tzv. psychologické bariéry (strach z nové a neznámé situace, zvnitřněná stigmatizace, aj.). Proto jsou lidé s duševním onemocněním často izolovaní a mají malou sociální síť. Smysluplnému trávení volného času se věnují například denní stacionáře, kde mají klienti na výběr z různých aktivit, jako jsou třeba výlety, společenské akce, sportovní a výtvarné aktivity aj. (Valentová in Mahrová et al., 2008)

### **2.3 Systém péče o duševně nemocné**

Každý sociální pracovník by měl znát místa, kde se poskytuje pomoc a kam může případně klienta poslat. Pracovník může klienta předávat do péče jiného odborníka, nebo s ním pracuje v rámci odborného týmu. (Mahrová, 2008) Duševní onemocnění je dle Matouška (2007) proces, a proto je důležité reagovat na aktuální stav a měnící se potřeby klienta a vybírat podle toho vhodné služby. Co dříve klientovi nemuselo vyhovovat, v určitou chvíli pro něho může být ideální volbou.

Pro akutní fázi nemoci jsou tu podle Matouška (2007) lůžková a ambulantní zdravotnická zařízení, tzn. psychiatrické léčebny či nemocnice. Ústavní péče v psychiatrickém zařízení je vhodná pro klienty, kteří si nedokáží zabezpečit své základní potřeby, nebo jsou sobě či svému okolí nebezpeční. Dalším typem služby jsou denní stacionáře, které fungují pro jedince, kteří jsou schopni do zařízení docházet. V období přechodného ústupu příznaků nemoci lze využívat terapeutickou práci s rodinou, která by měla začít při ukončení ústavní léčby. Cílem této péče je předejít přílišnému pečování o klienta, jeho zavržení, či návratu do ústavní léčby. Další službou jsou pobytové služby. Prvně se doporučuje klienta umístit do podporovaného bydlení, tedy pokud nechce nebo nemůže bydlet s rodinou, ale jeho stav dovoluje samostatný život. Jiné formy pobytových služeb mají sklon podobat se malým léčebnám a mohou podporovat společenskou izolaci, proto nejsou v rámci deinstitucionalizace doporučované. Neméně důležitou službou je také podporované zaměstnávání, které je určeno především pro ty, co se chtějí uplatnit na pracovním trhu, ale bez pomoci to nezvládnou. Případně se mohou využít chráněné dílny.

### 3 Stigmatizace osob s duševním onemocněním

V úvodu kapitoly bych jen ráda zmínila, že dle mého názoru je stigma vůči osobám s duševním onemocněním stále velmi silné a je potřeba s ním pracovat. Proto jsem ráda, že vznikají pořád nové plány, které mají destigmatizační koncept, o nichž se v této kapitole také zmíním.

V psychologickém slovníku můžeme pod pojmem „stigma“ najít tuto definici. Jedná se o „označení, jedince hanlivým označením (opilec, kriminálník, aj.), kterému brání nebo znesnadňuje začlenit se do společnosti.“ (Hartl, Hartlová, 2015, str. 565) Dle Ociskové a Praška (2015) můžeme slovo „stigma“ obecně chápat jako určitý tělesný znak, který poukazuje na něco neobvyklého, nedostatečného či morálně nesprávného. Pojem má poměrně dlouhou historii. Kdysi, v antickém Řecku, se tímto termínem označoval znak vypalovaný otrokům. Nebo se například jednalo o znaky nebezpečných, nakažlivých i nevléčitelných nemocí typu lepra nebo jaterní cirhóza. Stigma už v minulosti vedlo k izolaci a sociálnímu vyloučení jedince.

Goffman (in Ocisková a Praško, 2015) uvádí, že stigmatizovaný člověk je společností chápaný jako někdo, kdo je méně než člověk. Stigma popisuje jako označení situace, kdy je daný jedinec vyřazen z plného přijetí společností. Důsledkem je poté určitá forma diskriminace ze strany společnosti. Osoby s psychickou nemocí jsou považovány za morálně slabé, nebezpečné a vinné za svou situaci. Tyto názory se objevují ve stereotypch<sup>6</sup> společnosti a médií.

Proces stigmatizace má dle Thornicrofta et al. čtyři základní složky. Jedná se o značkování, stereotypii, separaci, ztrátu pozice a diskriminaci. „Značkování (labelling) – na počátku procesu stigmatizace stojí zaznamenání osobnostních charakteristik, které jsou pokládány za důležitou odlišnost oproti subjektivní nebo společenské normě. Stereotypie (stereotyping) – tato odlišnost je spojena s nepřijatelnými osobnostními znaky, vlastnostmi nebo projevy chování. Separace (separating) – dochází k rozlišení na „my“ a „oni“. Ztráta pozice a diskriminace – stigmatizovaní jedinci jsou znevázeni, odmítnuti a vyloučeni“ (Thornicroft et al. in Ocisková a Praško, 2015, str. 24-25).

---

<sup>6</sup> Stereotyp – Rigidní pasivně přijímané způsoby posuzování určitých skupin lidí na základě tradic a předsudků. (Hyhlík a Nakonačný in Ocisková et al., 2015, str. 22)

Nejvíce stigmatizováni jsou dle Ociskové a Praška (2015) jedinci, kteří trpí schizofrenií a bipolární poruchou. Dále pak osoby s poruchami osobnosti, poruchami příjmu potravy, úzkostmi a obsedantně kompulsivní poruchou. Schizofrenie ve spojení stigmatizace vyniká, jelikož laická veřejnost tento pojem zná, ale neví, co přesně si pod ním představit. V České republice v roce 2004 proběhl výzkum DEMA, který měl za cíl zjistit názor veřejnosti na tuto poruchu. Osloveno bylo 667 lidí, kteří odpověděli, že schizofrenie je spojena s rozpolcenou osobností, těkavými pohyby, divností, neschopností naslouchat, bludy a halucinacemi, nebezpečností, bláznovstvím, a pouhé 4% z tázaných odpověděli, že jsou docela normální. Dále pak ¼ respondentů uvedla, že by umístila tyto osoby do psychiatrických léčeb, velká část také doporučila omezit jejich chování. Zbylí respondenti považují osoby se schizofrenií za nevyzpytatelné, vzbuzující v lidech úzkost, nejistotu a pocit nebezpečí. Podobný výzkum byl veden na Slovensku a došel k obdobným výsledkům. (Dema in Ocisková a Praško, 2015)

### **Příčiny stigmatizace**

Podle Národního ústavu duševního zdraví *„je příčinou stigmatizace ve společnosti nedostatek přímého sociálního kontaktu s lidmi s duševním onemocněním. V ČR je rozvinuta institucionalizovaná forma péče, izolující lidi s duševní nemocí ve velkých psychiatrických nemocnicích, vzniklých v období Rakouska-Uherska, často na okrajích velkých měst. Tento model přežil i období komunismu, kdy byla znemožněna kritika existujícího systému a diskuse sociálních problémů. Po roce 1989 se ani přes dílčí snahy nepodařilo dostatečně rozvinout komunitní služby, péče o duševní zdraví a její financování se nacházela na okraji zájmu tvůrců zdravotní a sociální politiky.“* (Narovinu.net, online, cit. 29.1.2021)

### **Stigmatizace psychiatrie**

Jak už bylo řečeno, stigmatizace očekává odlišnosti běžného obyvatelstva od psychiatrických pacientů. Při zjištění léčby na psychiatrii daného jedince dochází ze strany společnosti ke stereotypnímu očekávání nebezpečnosti, nezodpovědnosti a je mu přidělena role blázna. Po tomto očekávání se většinou mění chování k jedinci, běžné obyvatelstvo si drží odstup, osobu začne pozorovat a vyčleňovat ze společnosti. Obvykle se nebere v potaz, zda se jedná o psychózu či neurotické projevy. Fakt, že se osoba léčí na psychiatrii, může znamenat automatické řazení mezi duševně nemocné. Pod tímto označením si neodborná populace většinou představí závažnou a extrémní psychickou

poruchu. I z tohoto důvodu se lidé s onemocněním strachují z psychiatrické diagnózy. Stereotyp psychiatrického pacienta může být pro danou osobu natolik ohrožující, že se rozhodně odbornou pomoc nevyhledat. (Ocisková a Praško, 2015)

### **Stigmatizace zdravotníkem**

Lékaři a zdravotníci mají větší sklon k nálepkování, jelikož se v jejich oboru objevuje pravidlo, které říká, že přehlédnutí nemoci se považuje za velmi vážnou chybu, kdežto špatné diagnostikování jako chyba méně závažná. Díky vzdělání na vysoké škole a praxi se setkávají hlavně s psychotickými poruchami, které umí správně diagnostikovat a léčit. Horší je to však s neurotickými poruchami a poruchami osobnosti, kterým příliš nerozumí a nechápou je. Často přeceňují například obsedantně kompulzivní poruchu a panickou poruchu, což se projevuje v rezignaci na vyléčení, a naopak zlehčují panickou poruchu, specifické fobie, generalizovanou úzkostnou poruchu nebo sociální fobii, aj., kdy podcení léčbu nebo se snaží pacientovi jeho obtíže vymluvit. Kvalita péče a léčby pacienta záleží na vnitřním postoji terapeuta. Nálepkování se častěji objevuje u pacientů z nižších sociálních vrstev, či u nesympatických a kritizujících pacientů. Terapeut může používat hanlivé nálepky typu „hysterka“, „hypochondr“, „paranoik“, apod. Tyto nálepky fungují jako obrana terapeuta, kterým vysvětluje svůj neúspěch nebo neochotu se pacientovi více věnovat. Ke stigmatizaci může dojít na individuální nebo skupinové terapii, kdy se nejistý terapeut přidá na stranu skupiny a z pacienta se stává „černá ovce“. (Ocisková a Praško, 2015) Nevhodným přístupem terapeuta může být ochranné chování, které pacientovi odebere pocit zodpovědnosti. Dalším příkladem může být pocit terapeuta, že se pacient nelepší podle jeho představ. (Dušek in Ocisková et al., 2015)

### **Stigmatizace a kultura**

Janská (in Ocisková et al., 2015) uvádí, že naše vnímání není objektivní a působí na něj kulturní vzorce. Vzorce vnímání jsou tvořeny a pěstovány vyprávěním. Některé kultury vidí duševně nemocné jako spirituálně nadané. Příkladem je Okinawa, kde jsou lidé skrz vidění (v našem pojetí halucinace a bludy) spjati s božstvem, nebo jsou bráni jako jedinci s nadpřirozenými schopnostmi. Často jsou z nich léčitelé.

Naopak na Tchajwanu je duševní onemocnění bráno jako trest. Tato kultura věří v reinkarnaci, tudíž společnost věří, že duševní onemocnění je projevem špatných skutků v minulém životě. (Shen et al. in Ocisková a Praško, 2015) V Nigerii je kvůli duševnímu onemocnění stigmatizovaná celá rodina jedince a po označení duševní nemoci je rodina

vyřazena na okraj společnosti a nese s sebou břímě hanby. (Lee et al. in Ocisková a Praško, 2015)

### **Stigmatizace a média**

Hlavním zdrojem informací o duševních poruchách přichází z médií. Několik studií poukázalo na skutečnost, že stigmatizující mediální obraz má přímý negativní vliv na osoby s duševním onemocněním a na sociální politiku. Studie zjistily, že média psychické poruchy popisují relativně často, avšak zkresleně, negativně a dávají důraz na výrazné odlišnosti. V mnoha filmech jsou osoby s duševní nemocí popisovány jako nebezpečné a všeho schopné. V tištěných médiích převládají témata agrese a nebezpečnosti osob s psychickou poruchou. Další studie dospěly k údaji, že 39% článků se zaměřuje na kriminalitu a nebezpečnost osob s duševním onemocněním. Ale jelikož lidé s psychickou poruchou nepáchají trestnou činností více než běžná populace, je jasné, že média situaci zkreslují, a tím podněcují ke stigmatizaci těchto osob. (Ocisková a Praško, 2015) Carpiello s kolegy (in Ocisková a Praško, 2015) poukázali na vyšší výskyt slov, fotografií a stigmatizujícího jazyka u článků o osobách s duševním onemocněním než o osobách bez psychiatrické diagnózy. Také se tyto články více vyskytují na předních stranách.

Na rozdíl od výše zmíněných analýz jsou například v Irsku či Austrálii články zaměřené na osoby s psychiatrickou diagnózou kladné či neutrální. Příčinou budou nejspíše dlouhodobé kampaně zacílené na snížení stigmatu. (Ocisková a Praško, 2015)

Dle Ociskové a Praška (2015) mají masmédiá obrovský význam a vliv na názor laické veřejnosti o duševním zdraví a psychiatrii. Tvrdí, že psychiatrie má díky vysoké znalosti a léčebných možnostech šanci vytvořit budoucnost péče o duševní zdraví, medicíny a společnosti. Měla by vybudovat mezioborový a integrační obraz specializované profese, podporovat její a přinášet poznatky z oboru mezi společnost. Pro budoucnost psychiatrie a role ve společnosti pacientů s psychiatrickou diagnózou jsou dobré vztahy s veřejností klíčové.

### **Dopady stigmatizace**

*„Prožívaná stigmatizace (v podobě reálné nebo anticipované diskriminace) a sebestigmatizace jsou problémy, které zhoršují léčebné výsledky a znesnadňují znovuzачlenění pacientů do běžného života. Někdy se stává, že pacient objektivně žádnou diskriminaci nezažívá, ale v rámci sebestigmatizace se stahuje do sebe a izoluje od*

*druhých lidí. To má za následek další omezení kvality života, narůstání handicapů a postupné utvrzování se v pocitu bezcennosti. Finzen to nazývá „druhou nemocí“, která ještě násobí postižení způsobené samotnou poruchou.“ (Ocisková et al., 2014, str. 251-252)*

### **3.1 Sebestigmatizace**

Jedná se o internalizované<sup>7</sup> stigma, které má třífázový proces. Během něho jedinec přijímá negativní stereotypy od druhých za své. Proces začíná nepřijetím od společnosti, uvědoměním si nerovnosti mezi ním a druhými a stereotypy, které o něm druzí mají, a začíná s nimi souhlasit. Fáze končí s aplikací stereotypů na sebe. (Corrigan et al. in Ocisková a Praško, 2015) S aplikací stereotypů na svou osobu se pojí snížené sebevědomí, sebeúcta a sebedůvěra. Stigmatizace ze strany společnosti může mít velký vliv na diagnostiku, léčbu, a také na samotný proces sebestigmatizace, což vede k většímu očekávání odmítnutí od druhých, k větší sebekritice, studu a sociální izolaci. Dochází k prohloubení v psychickém onemocnění. (Praško et al. in Ocisková a Praško, 2015)

Míra sebestigmatizace se může měnit v průběhu času, její následky se poté objevují v různých úrovních. V oblasti mezilidských vztahů může docházet k tzv. anticipační úzkosti, kdy daná osoba už předem očekává negativní reakce od svého okolí. U jedince, který přijímá společenské stigma za své, se může objevit sociální fobie (strach a nepříjemné pocity ve společnosti lidí). Může vykazovat známky maladaptivního (nepřízpůsobivého) chování. (Livingston JD et al.; Lysaker PH et al; Camp DL in Ocisková et al., 2014, str. 253)

#### **Dopad sebestigmatizace na fungování osob s duševním onemocněním**

*„Sebestigmatizace se pojí s poklesem sebedůvěry a sebevědomí, závažnějšími příznaky nemoci, menší ochotou spolupracovat v léčbě, horším sociálním a pracovním fungováním, nižšími příjmy, demoralizací a obecně nižší kvalitou života.“ (Yanos PT et al.; Perlick DA et al.; Link BG, dle Ocisková et al., 2014, str. 253) „Pacienti, kteří byli přesvědčeni, že jsou svým okolím přijímáni, trpěli menšími pocity odcizení a snáze čelili stigmatizujícím stereotypům společnosti.“ (Lysaker PH et al., dle Ocisková et al., 2014, str. 253).*

---

<sup>7</sup> Internalizovat = přijmout za své (Hartl, Hartlová, 2015, str. 237)



## 3.2 Destigmatizace

Destigmatizace je proces, ve kterém dochází ke zmírňování či odstraňování stigmatu vůči jedinci nebo skupině osob. Jedná se o protiklad stigmatizace (Janoušková et al., 2016). Tento proces se snaží vytvářet podmínky pro celkové zvýšení a zlepšení kvality života jedinců s duševním onemocněním. Destigmatizační aktivity by měly vycházet z potřeb této cílové skupiny, může se jednat o běžné potřeby typu: starost o domácnost, chození do práce či jednání na úradech. Snižování stigmatu lidí s duševním onemocněním by měla mít za úkol každá země a to na vládní i nevládní úrovni. (WHO in Janoušková et al., 2016) Osvěta a práce na snižování stigmatu se u nás poprvé ve větší míře objevila s již zmíněným výzkumem DEMA. (Dema in Janoušková et al., 2016)

Dle Ociskové a Praška (2015) můžeme stigma snížit třemi způsoby: vzděláváním, protestem a kontaktem.

- **Edukace** vychází z přesvědčení, že „*stigmatizující postoje jsou spojené s nedostatečnou znalostí faktů o duševní nemoci*“, a proto se snaží zvýšit tuto znalost skrze osvětovou kampaň, do které jsou většinou zapojena média. I přesto že edukace a osvěta mohou být při změně postojů nápomocny, většinou trvání těchto změn nebývá dlouhodobé. (Corrigan, Watson, O'Shaughnessy in Ocisková a Praško, 2015)

- **Protest** je dalším možným přístupem, jak snížit stigmatizaci. „*Je založen na předpokladu, že lidé, kteří otevřeně stigmatizují pacienty s psychickými poruchami (např. v médiích), to dělají způsobem podobným reklamě.*“ (Corrigan, Watson in Ocisková a Praško, 2015, str. 258) Vhodná je kombinace edukace a protestu.

- **Kontakt** je třetím a posledním možným přístupem při snižování stigmatu. Je založený na myšlence, že zprostředkování kontaktu mezi laickou i odbornou veřejností a osobami s duševním onemocněním, kteří dokáží o své nemoci hovořit před druhými, může vést ke změně zažitých stereotypů. Jeho cílem je snížení strachu z těchto osob a zvýšení empatie a soucitu. (Corrigan, Watson in Ocisková a Praško, 2015) Ve výzkumu Falangy a jeho kolektivu (in Ocisková a Praško, 2015) se ukázalo, že po účasti jednoho kongresu se u přítomných změnilo předsudky díky kontaktu s lidmi se zdravotním postižením. Nebrali nemocného jako osobu s jiným než normálním životem, jako někoho, kdo limituje svou rodinu a představuje břemeno pro společnost.

Další možností mohou být svépomocné skupiny, které poskytují psychickou podporu lidem s duševním onemocněním a jejich rodinám. Pomáhají vyrovnat se s obtížemi spojenými s nemocí a se stigmatizací ve společnosti. (Yalom in Ocisková a Praško., 2015)

### **3.2.1 Zotavení (Recovery)**

Anthony, zakladatel hnutí Recovery, popisuje zotavení jako „*hluboce osobní a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojivý, nadějný, přínosný, a to dokonce i s omezeními, která nemoc přináší. Uzdravení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu v životě, jak se člověk vymaňuje z katastrofických dopadů duševní nemoci.*“ (Narvinu, online, cit. 29. 1. 2021) Tento proces není stálý a objevují se zde silné ale i slabé momenty. Při zotavení je důležitá naděje a optimismus do budoucna, komunikace s komunitou, obnovení vlastní identity, překonání stigmatu a objevení smyslu života. Mezi podpůrné aktivity může patřit například změna jídelníčku, pravidelný pohyb, socializace, apod. Proces recovery je individuální a nikdy nekončící. Jedná se o jedinou možnou cestu, díky které mohou mít osoby s duševním onemocněním plnohodnotný život, budou schopni přijmout a plnit sociální role a rozvíjet svou osobnost. Zotavení a začlenění do destigmatizačních akcí jedinců, ale i jejich rodiny, blízkých přátel a pečujících profesionálů je hlavním cílem při práci s osobami s duševním onemocněním. (Na rovinu, online)

### **3.2.2 Reforma psychiatrické péče**

O reformě psychiatrické péče se v České Republice začalo více mluvit po schválení Ministerstvem zdravotnictví v roce 2013. Nynější fáze je fází prvotní, která potrvá do roku 2021, a týká se hlavně systémových změn a vytvoření předpokladů pro jejich další pokračování. Podle zkušeností v jiných státech bude celkový proces reformy na 15 až 20 let. (Psychiatrie, online)

*„Reforma psychiatrické péče je komplexní a dlouhodobý proces, který nezahrnuje pouze změny v medicínském oboru psychiatrie, nebo v oblasti zdravotní péče, ale k její úspěšné realizaci je třeba provést i významné změny v dalších oblastech, jako jsou sociální systémy, oblast vzdělávání, zaměstnávání či právního postavení osob s duševním onemocněním. Přitom nelze opomenout ani intenzivní zapojení mnoha dalších odborníků a zainteresovaných zájmových skupin včetně uživatelů a jejich neformálních pečovateli.“* (MZČR, online, cit. 31. 1. 2021)

Tento model vzniká, jelikož systém péče o duševně nemocné neměl od 90. let 20. století žádné zásadnější změny. Těžiště v technicky i materiálně zastaralých psychiatrických nemocnicích, péče je podfinancovaná a komunitní péče je nerovnoměrně rozložená. Dalším prvkem byla nedostatečná podpora osob s duševním onemocněním v jejich přirozeném prostředí a nedostatečná spolupráce mezi jednotlivými poskytovateli péče. (Psychiatrie, online)

Hlavním cílem reformy je zkvalitnění života lidí s duševním onemocněním. S tím úzce souvisí naplňování lidských práv, důraz se tedy klade na uplatňování, prosazování a naplňování práv, které můžeme nalézt v úmluvě OSN „O právech lidí se zdravotním postižením“. Nástroji při naplňování těchto cílů jsou restrukturalizace služeb, vytvoření funkční sítě zařízení poskytujících péči, změna přístupů a myšlení pracovníků poskytujících péči. Hlavní změnou bude systematické poskytování řízené, vzájemně provázané péče s cílem zotavení klienta. Síť služeb bude koordinovaná, provázaná a bude mít návaznost. Tato spolupráce bude fungovat na principu multidisciplinárního přístupu. (Psychiatrie, online)

System péče není zaměřený pouze na pomoc léčení duševního onemocnění, ale také na pomoc a podporu ve všech oblastech, kde klient tuto pomoc a podporu potřebuje (př. zdravotní stav, bydlení, práce, společenské postavení, aj.) Multidisciplinární přístup je založený na spolupráci pracovníků z různých profesních odvětví a institucí. Síť služeb bude zahrnovat zdravotní i sociální služby, včetně služeb v oblasti zaměstnání, bydlení a vzdělávání. Na konkrétní podobě sítě bude společně pracovat odborná společnost, Ministerstvo zdravotnictví, jednotlivé kraje, obce, zdravotní pojišťovny a zástupci uživatelů služeb. Síť služeb obsahuje komunitní týmy, ambulantní péči, akutní lůžkovou péči, následnou a specializovanou lůžkovou péči a Centra duševního zdraví. (Psychiatrie, online)

Novým prvkem v systému péče jsou Centra duševního zdraví (CDZ), která budou v první fázi zaměřená na klienty s těžkým onemocněním (př. schizofrenní onemocnění a bipolární afektivní porucha), jelikož se jedná o nejvíce zasaženou skupinu z hlediska institucionalizace a sociálního vyloučení. Další cílovou skupinou budou osoby s raným výskytem duševního onemocnění. CDZ budou poskytovat ambulantní, mobilní, krizové a denní služby. Jejich cílem bude včasné zachycení rozvoje duševního onemocnění,

prevence hospitalizací či alespoň jejich zkrácení a nápomoc při znovuzачlenění do společnosti po dlouhodobé hospitalizaci. (Psychiatrie, online)

### 3.2.3 Příklady destigmatizačních projektů a aktivit v ČR

**Projekt destigmatizace** „*usiluje o snížení stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním a zlepšení přístupu lidí k duševnímu zdraví. Celkově tak přispívá k lepší kvalitě života lidí s duševním onemocněním v naší společnosti.*“ (Na rovinu, online, cit. 31. 1. 2021) Projekt je realizovaný v rámci reformy psychiatrické péče Národním ústavem duševního zdraví. Cílem je zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním a snížení jejich stigmatizace a diskriminace prostřednictvím destigmatizačních programů, které jsou realizovány ve všech regionech ČR u šesti různých cílových skupin (lidé s duševním onemocněním, jejich rodinní příslušníci, zdravotníci, komunity, veřejná správa a poskytovatelé sociálních služeb). (Na rovinu, online)

V rámci projektu Destigmatizace vznikla iniciativa **Na rovinu**, která také usiluje o snížení diskriminace a stigmatizace osob s duševním onemocněním a snaží se zlepšit přístup lidí k duševnímu zdraví. Také vytváří prostředí, kde mohou lidé narovinu mluvit o duševním zdraví a nemoci, dává na pomyslnou rovinu práva lidí s duševním onemocněním a běžné populace, nedělá rozdíly mezi duševním zdravím a zdravím fyzickým a vyrovnává vztah pomáhajícího profesionála a člověka s duševním onemocněním. Cílem je přispívat k lepší kvalitě života lidí s duševním onemocněním v naší společnosti. (Na rovinu, online)

V loňském roce oslavila dlouhých 30 let své existence osvětová kampaň **Týdny pro duševní zdraví**. Tato osvěta probíhá každý rok od 10. září a končí 10. října, tedy Světovým dnem duševního zdraví. V tomto období se pořádají koncerty, přednášky, divadelní a filmová představení, happeningy, výstavy, dny otevřených dveří, workshopy, besedy, diskuzní fóra, a podobně o nejrůznějších tématech ohledně duševního zdraví. Akce pořádají různé organizace po celé České republice. Zakladatelem Týdnů pro duševní zdraví je organizace Fokus v Praze (dříve Sdružení Fokus), ke které se postupně přidávaly další a další organizace. V roce 2018 Fokus uzavřel partnerství s Národním ústavem duševního zdraví a osvětu zaštiťují a pokračují v šíření společně. (Týdny pro duševní zdraví, online) „*Cílem Týdnů pro duševní zdraví je přiblížit veřejnosti témata spojená s duševním zdravím, zkušenosti lidí s duševním onemocněním, možné způsoby*

*prevence duševních onemocnění i aktivity organizací působících v sociálně-zdravotní oblasti.*“ (Týdny pro duševní zdraví, online, cit. 1. 2. 2021)

Další velmi rozšířenou destigmatizační aktivitou je festival **Mezi ploty**, který letos oslaví také krásných 30 let. Jedná se o nejnavštěvovanější kulturní akci v České Republice. Každoročně se koná ve třech psychiatrických léčebnách v Praze, Brně a Plzni. Festival se uskutečňuje v areálu psychiatrických léčeben a tzv. „otevřít dveře“ veřejnosti pro změnu jejich negativního pohledu k duševním onemocněním. Festival má bohatý program, kde můžeme zhlédnout divadelní představení, koncerty, besedy, anebo zapojit kreativitu a tvořivost a vidět, či se zapojit do výtvarného umění nebo jiných uměleckých disciplín. Na scéně můžeme vidět jak odborníky z řad psychologů, psychiatrů, adiktologů a podobně, tak i z řad herců, zpěváků a umělců a v neposlední řadě i osoby se zkušeností s duševním onemocněním. (Beldie et al. in Ocisková a Praško, 2015)

Národní ústav duševního zdraví pořádá i festivaly, nejen Týdny pro duševní zdraví. Tento filmový festival se jmenuje **Na hlavu**. Organizační tým je složený z výzkumného programu Sociální psychiatrie, který se zaměřuje na široký výběr sociálně-vědního výzkumu v oblasti duševního zdraví a psychiatrické péče v České republice. Jeho cílem je přivést do povědomí veřejnosti odborná témata, která úzce souvisejí s duševním zdravím, výzkumem mozku či mysli. Jedná se o oblasti psychologické a psychiatrické péče, spánku, sexuality, umění, drog, virtuální reality a dalších. (Festival Na hlavu, online)

Další destigmatizační kampaň vznikla v roce 2015 a nese název **Nevypusť duši**. Za cíl si klade šíření osvěty v boji proti stigmatizaci duševních onemocnění, a to již ve školním věku. Se školáky vedou workshopy, kde se učí, jak pečovat o své duševní zdraví, nebo kde případně vyhledat odbornou pomoc. Další důležitým cílem je pro tento projekt dodržování lidských práv v psychiatrické péči. Nevypusť duši má tři programy: pro středoškoláky, pro učitele a pro firmy. (Nevypusť duši, online)

V rámci boji proti stigmatizaci hlavně v médiích vznikl projekt **StigmaWatch**, který patří pod Iniciativu Na rovnu. V České republice se tato aplikace vyvinula na základě kladných zkušeností z Austrálie. StigmaWatch je tvořen dobrovolníky, kteří upozorňují na stigmatizující mediální výstupy. Na základě podnětu správci StigmaWatch kontaktují autory výstupu s předáním zpětné vazby a doporučení. Členem v tomto boji proti stigmatu se může stát každý, kdo poukáže na stigmatizující mediální výstup v českých

médiích (př. TV, rádio, noviny, časopisy, internet, vlivné stránky sociálních médií). (Na rovinu, online)

**Nepanikař** je webová aplikace, která je schopna poskytnout první rychlou psychologickou pomoc při psychických potížích. Je první aplikací svého druhu v českém jazyce a nalezneme v ní sedm základních oblastí: deprese, úzkost/panika, sebepoškozování, myšlenky na sebevraždu, moje záznamy, poruchy příjmu potravy a kontakty na odbornou pomoc. Školám a firmám nabízí workshopy, na webu nalezneme i bezplatnou poradnu převážně pro osoby ve věku 14 – 24 let, které řeší různé potíže (vztahy, škola), nebo se u nich projeví duševní obtíže či onemocnění a neví, kam se obrátit. (Nepanikař, online)

## **Shrnutí teoretické části**

V teoretické části jsem se zabývala klasifikací duševních poruch podle Mezinárodní klasifikace nemocí, popsala jsem duševní onemocnění, která navazují na můj výzkumný vzorek. Dále jsem stručně popsala sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, práci sociálního pracovníka a potřeby cílové skupiny. Třetí kapitola se věnovala stigmatizaci osob s duševním onemocněním, její příčiny a dopady, a s tím spojenou sebestigmatizaci a destigmatizaci. V rámci destigmatizace jsem popsala termín Zotavení (Recovery), dále pak stručně Reformu psychiatrické péče a celou teoretickou část zakončila pár příklady osvětových, destigmatizačních projektů a aktivit, které v České republice jsou, zdaleka však ne všechny.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 Metodická část

V druhé části práce se zaměřuji na výzkumné šetření, jehož cílem bude popsat realizovaný výzkum. K naplnění cíle bakalářské práce využiji zodpovězené stanovené otázky. V praktické části budu vycházet z teoretických poznatků, které jsou uvedeny v prvním úseku práce.

### 4.1 Hlavní cíl výzkumu a výzkumné dílčí cíle

Hlavním cílem (HC) výzkumného šetření je zjistit, jak svoji stigmatizaci ze strany sociálního prostředí vnímají sami jedinci s duševním onemocněním (dále DO). K naplnění hlavního cíle bylo zapotřebí vytyčit několik dílčích cílů (DC).

**DC1: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci v oblasti bydlení.**

**DC2: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci v oblasti zaměstnání.**

**DC3: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci ze strany své rodiny a svých přátel.**

**DC4: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci v oblasti sousedství.**

**DC5: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci od odborné pomoci.**

**DC6: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci ze strany médií.**

**DC7: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci v jiných oblastech, než které byly zmíněny.**

### 4.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

**Tabulka 1:** Přehled transformace DC do tazatelských otázek

<b>Hlavní cíl</b>	<b>Dílčí cíle</b>	<b>Tazatelské otázky</b>
Zjistit, jak svoji stigmatizaci ze strany sociálního	DC1: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci v oblasti bydlení.	TO1: Jak se projevuje stigma v oblasti bydlení? TO2: Z jakého důvodu vám vyhovuje/nevyhovuje vaše bydlení?

prostředí vnímají sami jedinci s duševním onemocněním (dále DO).	DC2: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci v oblasti zaměstnání.	TO3: Jak se projevuje stigma v oblasti zaměstnání? TO4: Jaká je nyní vaše pracovní situace? Jste zaměstnaná, nebo případně máte zaměstnání tzv. „na černo“ bez smlouvy? TO5: Měla jste někdy na pracovišti nějaké problémy kvůli vašemu onemocnění? Jaké? TO6: Z čeho se skládá váš měsíční příjem a stačí vám? TO7: Máte na/v práci dostatek energie? Nevyčerpává vás klasická 8 nebo 12 hodinová směna?
	DC3: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci ze strany své rodiny a svých přátel.	TO8: Jak se změnilo chování vaší rodiny nebo přátel, když se dozvěděli o vaší nemoci? TO9: Proč si myslíte, že se jejich chování změnilo? Pokud se nezměnilo, čím si myslíte, že to je?
	DC4: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci v oblasti sousedství.	TO10: Jak se projevuje stigma v oblasti sousedských vztahů? TO11: Jaký vztah máte se svými sousedy? Setkáváte se s nimi nebo se jim naopak vyhýbáte?
	DC5: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci od odborné pomoci.	TO12: Jak vnímáte lékaře (obvodní, psychiatry apod.)? TO13: Jaký přístup k vám je ze strany pracovníků na úradech? TO14: Jak vnímáte sociální pracovníky? TO15: Kteří z těchto pracovníků se aktivně snaží změnit názor veřejnosti a bořit mýty a předsudky o duševním onemocnění?
	DC6: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci ze strany médií.	TO16: Co si myslíte o médiích a o tom, co píšou o duševním onemocnění? Jaký na to máte názor?
	DC7: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci v jiných oblastech, než které byly zmíněny.	TO17: Napadá vás ještě nějaká jiná oblast, kterou jsem nezmínila, a cítíte se v ní být stigmatizovaná?

Zdroj: vlastní



### 4.3 Zvolená výzkumná strategie

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila kvalitativní strategii, jelikož jsou pro mě důležité osobní zkušenosti, názory a pocity jednotlivých osob s duševním onemocněním. Definice kvalitativního výzkumu je spousta, mě však zaujala tato: *„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hloubkových datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu“* (Švaříček et al, 2007, s. 17)

Hendl (2005) přirovnává práci kvalitativního výzkumníka k činnosti detektiva. Ten vybírá na začátku výzkumu téma, určí základní výzkumné otázky, které může v průběhu výzkumu přetvářet nebo je doplňovat. Výzkumník vyhledává všechny informace, které by mu pomohly zdůvodnit výzkumné otázky. Výhodou je zodpovězení všech položených otázek, kdežto u kvantitativního výzkumu může být problém s jeho návratností. Dvě hlavní nevýhody, které jsou dle mého názoru nejzásadnější, je nemožnost výsledek zobecnit a narušení anonymity informanta. Další výhody a nevýhody kvalitativního výzkumu podle Hendla (2005) jsou uvedeny v následující tabulce.

**Tabulka 2:** Výhody a nevýhody kvalitativního výzkumu

Přednosti kvalitativního výzkumu	Nevýhody kvalitativního výzkumu
----------------------------------	---------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Získává podrobný popis a vzhled při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu.</li> <li>• Zkoumá fenomén v přirozeném prostředí.</li> <li>• Umožňuje studovat procesy.</li> <li>• Umožňuje navrhnout teorie.</li> <li>• Dobře reaguje na místní situace a podmínky.</li> <li>• Hledá lokální (idiografické) příčinné souvislosti.</li> <li>• Pomáhá při počáteční exploraci fenoménů.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí.</li> <li>• Je těžké provádět kvantitativní predikce.</li> <li>• Je obtížnější testovat hypotézy a teorie.</li> <li>• Analýza dat i jejich sběr jsou často časově náročné etapy.</li> <li>• Výsledky jsou snadněji ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi.</li> </ul>
---	--

Zdroj: Hendl, 2005, str. 52

Výzkumnou techniku jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, který „vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek. Celý proces získání dat prostřednictvím této metody, přípravy rozhovoru, průběhu vlastního dotazování, přepisu rozhovoru, reflexe rozhovoru, analýzy dat a prezentace výzkumné zprávy“ (Švaříček et al, 2007, str. 160). V rozhovoru bylo použito celkem 17 hlavních otázek, některé jsem občas musela doplnit, abych správně pochopila, co mi informantka chtěla sdělit.

#### **4.4 Popis výzkumné souboru a zdůvodnění jeho výběru**

Výzkumný soubor pochází z Centra duševního zdraví v Trutnově a Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou. Výzkumný vzorek se skládá z klientek jedné služby, které mi byly doporučeny vedoucí služby a psychiatrickou sestrou. A také zaměstnankyň obou služeb, které mají s duševním onemocněním vlastní zkušenost. Tyto informantky vykonávají, nebo v nedávné době vykonávaly, pozici peer konzultantky. Jednalo se celkem o 6 informantek. Bohužel se nenašel žádný muž, který by byl ochotný se mnou rozhovor absolvovat. Tento fakt chápu, neboť se domnívám, že pro muže není tak lehké o onemocnění mluvit, natož s cizí osobou. Mezi informantkami je také žena, která trpí i

fyzickým handicapem. Pro mě byl její rozhovor velice přínosný, neboť jsem mohla pozorovat, jaký z handicapů vnímá výrazněji.

Na úplném začátku, před rozhovory, jsem informantkám kladla dotazy na základní informace – věk a diagnózu. Diagnóza pro mě byla zásadní při vypracování teoretické části, neboť jsem se snažila každou poruchu stručně definovat. Následně je diagnóza a věk použitelný pro možnou komparaci pohledů na stigmatizaci jednotlivých informantek. Díky dvěma informantkám jsem měla možnost slyšet jejich zkušenost s pohledem na duševně nemocné v době komunismu, což pro mě bylo velkým přínosem. Pro přehlednost jsem údaje o informantkách uvedla do tabulky č. 3

**Tabulka 3:** Přehled informantek

<b>Informantky</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Diagnóza</b>
I1	Žena	49 let	Bipolární afektivní porucha
I2	Žena	30 let	Paranoidní schizofrenie
I3	Žena	36 let	Neurčená duševní porucha způsobená poškozením a dysfunkcí mozku a somatickou nemocí
I4	Žena	49 let	Schizoafektivní porucha
I5	Žena	55 let	Reziduální schizofrenie
I6	Žena	43 let	Bipolární afektivní porucha, Posttraumatická stresová porucha, Generalizovaná úzkost

Zdroj: vlastní

## **4.5 Organizace „Péče o duševní zdraví“ a „Centrum duševního zdraví“**

### Péče o duševní zdraví Rychnov nad Kněžnou

Organizace Péče o duševní zdraví má dlouholetou tradici a je jednou z nejstarších komunitních služeb pro duševně nemocné. Poskytuje služby lidem s duševním onemocněním starším 18 let v Královéhradeckém a Pardubickém kraji a to jak terénní, tak ambulantní formou. Jejich posláním je taková pomoc, která lidem s duševním onemocněním zajistí možnost volby prostředí, kde chtějí žít, a to co nejspokojeněji a nejsamostatněji. Také se snaží duševně nemocným pomoci zapojit se do běžného života po hospitalizacích v psychiatrických zařízeních a zlepšit jejich společenské postavení, aby nebyli sociálně vyloučeni či osamoceni. Těchto poslání se snaží docílit pomocí poskytování sociální rehabilitace, vzděláváním a osvětou. Odborný tým se skládá ze

sociálních pracovníků a peer konzultantů<sup>8</sup>, kteří klientům mohou pomoci s: 1. vyřizováním úředních záležitostí, 2. finančním hospodařením, 3. vyřizováním povinností s bydlením, 4. krizovými situacemi, 5. praktickým tréninkem dovedností, 6. příznaky nemoci, 7. informacemi o návazných službách, 8. možnost klubových setkání, 9. pořádání rekondičních pobytů a výletů. Všechny služby PDZ jsou založeny na dobrovolnosti, individuálním přístupu, partnerství, respektu a na práci v přirozeném prostředí. (PDZ, online)

#### Centrum duševního zdraví Trutnov

Jedná se o pilotní projekt CDZ RIAPS Trutnov. Centrum duševního zdraví poskytuje jak zdravotní (psychiatrické, psychologické, psychiatrická rehabilitace), tak sociální (sociální rehabilitace) služby a to ambulantní i terénní formou. Cílem projektu je stabilizace zdravotního i sociálního stavu klienta, prevence hospitalizace (nebo alespoň její kratší doba), reintegrace do běžného života, aktivní vyhledávání osob s duševním onemocněním, kteří nemají v danou chvíli adekvátní pomoc, a v neposlední řadě také osvěta mezi laickou veřejností. Jejich multidisciplinární tým je složen ze všeobecných a psychiatrických sester, sociálních pracovníků, psychologů, psychiatrů, a peer konzultantů. CDZ tým může klientům poskytnout následující služby: 1. Terénní služby, 2. Služby denní péče, 3. Služby krizové, 4. Služby psychiatrické, 5. Služby klinického psychologa včetně psychoterapie, 6. Podporu svépomocných skupin. A to vše na principu individuálního přístupu, důstojnosti, respektu svobodného slova a rozhodnutí, dodržování práv klientů a na podpoře samostatnosti a soběstačnosti. (CDZ, online)

#### **4.6 Průběh sběru dat**

První kontakt s CDZ v Trutnově proběhl v listopadu 2020. Po několika elektronických konverzacích s vedoucí služby Mgr. Lucií Skalskou a psychiatrickou sestrou Janou Stružinskou jsme domluvily termín setkání. Z důvodu pandemické situace a nouzového stavu byly 2 rozhovory uskutečněny venku při procházce a jeden rozhovor online formou skrze platformu Google Meets. Na další rozhovor jsem byla pozvána k informantce domů, čehož si velmi vážím. S organizací Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou proběhl první kontakt v lednu, kdy jsem požádala Mgr. Veroniku Řepkovou o zprostředkování informantů. Zbývající dva rozhovory byly tedy uskutečněny v centru Péče o

---

<sup>8</sup> Peer konzultant – člověk s osobní zkušeností, jak překonat nemoc (PDZ, online, cit. 13. 1. 2021)

duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou. Všechny rozhovory proběhly v průběhu února 2021.

Při dvou rozhovorech s námi byla již zmíněná paní Stružinská, která mi s informantkami zprostředkovala schůzku a byla opodál, což klientkám služby CDZ zajistilo určitou formu bezpečí a klidu. U zbylých rozhovorů se zaměstnankyněmi služeb CDZ a PDZ jsme byly v průběhu rozhovoru pouze daná informantka a já. Nejprve jsem se představila, seznámila informantku s tématem práce a jednotlivými okruhy otázek. Od informantek jsem získala souhlas s nahráváním rozhovoru, což sloužilo pouze k účelu zpracování praktické části bakalářské práce. Délka rozhovoru se odvíjela od psychické poruchy, nálady, ale i komunikativnosti jednotlivých informantek. V průměru se každý rozhovor pohyboval okolo 40 minut.

#### **4.7 Reflexe etických rizik**

Jak uvádí Hendl (2005), při kvalitativním výzkumu je třeba dbát na několik zásad – informovaný souhlas, nezatajování informací, možnost odmítnutí a anonymita. Před začátkem rozhovorů jsem všechny informantky seznámila s cílem mé bakalářské práce, za jakým účelem s nimi rozhovor dělám, a k čemu budou jejich odpovědi sloužit. Sdělila jsem jim, že se jedná o anonymní rozhovor a v mé práci se neobjeví jejich jména, či bydliště. Také jsem sdělila možnost odstoupení od rozhovoru kdykoliv během něj, nebo i případně volbu na otázku neodpovídat. Posledním krokem před podpisem informovaného souhlasu jsem informantky ubezpečila, že s nahrávkami a následným přepisem budu pracovat pouze já a po přepisu nahrávky v diktafonu odstraním. Podpisem informovaného souhlasu informantky potvrdily, že jejich účast na rozhovoru je dobrovolná, z čehož vyplývá, že jsem nikoho nenutila.

#### **4.8 Analýza získaných údajů**

Všechny rozhovory jsem si znovu poslechla a následně doslovně přepsala. Stylisticky jsem je nijak neupravovala, abych zachovala jedinečnost každé informantky a její výpovědi. Jednotlivé odpovědi informantek jsem vzájemně porovnávala a na základě podobností či spojitostí, které se vztahovaly ke konkrétním dílčím cílům, jsem tvořila kódy.

**DC1: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci v oblasti bydlení.**

Pomocí tohoto dílčího cíle jsem od informantek zjišťovala, jakým způsobem se stigma projevuje, a jak jsou se svým bydlením spokojené. K naplnění 1. dílčího cíle mi sloužily **TO 1 – 2.**

### **TO1: Jak se projevuje stigma v oblasti bydlení?**

První otázka se zaměřila na stigma v oblasti bydlení. Zde informantky uváděly jejich zkušenost se stigmatizací v jejich životě. Odpovědi jsem shrnula do dvou kódů:

#### **Stigmatizace není vnímána**

Do první skupiny jsem zařadila informantky I1, I2, I3, I4, které stigmatizaci v oblasti bydlení nevnímají. Důvodem tohoto faktu je, jak uvádí I1: „*já vždycky bydlela ve svém.*“ (I1) Další odpovědi, která také zazněla, nebylo jen vlastnictví, ale také bydlení „*v rámci rodiny.*“ (I4)

#### **Zkušenost se stigmatizací**

Následující skupinu zastupují I5 a I6, které mají se stigmatizací v oblasti bydlení zkušenost. Jedním z důvodů stigmatizace bylo u I5 absence léků, která se projevovala intenzivní atakou a obtěžováním pronajímatele. „*Chodila jsem za ním a měla jsem různé připomínky, proč mi chodí do bytu a podobný věci.*“ (I5) Šlo však pouze o její bludnou představu, která se pojí s duševním onemocněním. U I6 šlo o nedůvěru ze strany pronajímatele. „*Jakoby mi to nevěřili, že když mám tohle duševní onemocnění, že můžu pracovat.*“ (I6)

### **TO2: Z jakého důvodu vám vyhovuje/nevyhovuje vaše bydlení?**

V druhé otázce se informantky měly zamyslet, jak jsou spokojené se svým bydlením a jaký to má důvod. Zde byly všechny odpovědi kladné. Dvě informantky ale mají ke svému bydlení výhrady. Proto jsem vytvořila dva kódy:

#### **Vyhovuje**

Do tohoto kódu jsem zařadila I2, I3, I4, I6, kterým jejich bydlení vyhovuje, je podle jejich představ, a neměnily by ho. I6, která je od lidí raději izolovanější, zmínila, že ji bydlení vyhovuje z důvodu „*Máme velkou zahradu, která je zarostlá stromy, takže k nám nikdo nevidí.*“ (I6) I4 odpověděla, že ji bydlení vyhovuje, protože „*Já už tady jsem hodně let.*“ (I4) Dalším typem odpovědi, byla výpomoc osoby blízké, protože „*kdykoliv, cokoliv*

*potřebuju, tak on mi to zařídí.*“(I3) I2 nyní bydlení vyhovuje, ale „*Dřív jsem chtěla pláchnout do Prahy nebo do Hradce, do velkoměsta, ...*“ (I2)

### **Vyhovuje, ale ...**

Do tohoto kódu jsem zařadila I1 a I5, jelikož jim jejich stávající bydlení vyhovuje, ale dokázaly by si ho představit ještě lepší. I1 uvedla, že po koupi nemovitosti „...*začalo se projevovat spousta věcí, který byly takový jako zakamuflovaný, ...*“(I1), z čehož, jak informantka uvádí: „...*jsem dost nervózní.*“(I1) Tato nervozita může u informantky vyvolat zhoršení psychické pohody, což není žádoucí. I5 je s bydlením spokojená, ale chtěla by „*můj vlastní samostatnej domeček, nebo byt v osobním vlastnictví, ...*“(I5)

### **Shrnutí DC1**

Z odpovědí na TO 1 – 2 vyplynulo, že všechny dotazované se nyní necítí být v oblasti bydlení stigmatizované. Zřejmě je zde zásadní fakt, že bydlí ve vlastních domech, či bytech, nebo je mají pronajaté od známých. Jedna informantka má však zkušenost z minulosti s neprodloužením nájemní smlouvy kvůli své nemoci a druhá s nedůvěrou od pronajímatelů, že by nájem zvládala platit. Bydlení informantkám až na dva případy maximálně vyhovuje.

### **DC2: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci v oblasti zaměstnání.**

Pomocí otázek TO 3 – 7 jsem zjišťovala, jak se stigmatizace v oblasti zaměstnání projevuje. Zde už se stigma projevovalo výrazněji než u DC1.

### **TO3: Jak se projevuje stigma v oblasti zaměstnání?**

U třetí otázky se informantky rozpovídaly o jejich zkušenostech se stigmatizací v oblasti zaměstnání. Odpovědi byly různorodé, proto je v tomto případě více kódů:

### **Stigmatizace od kolegů**

Do této kategorie jsem zařadila I1 a I5, které mají zkušenost se stigmatizací od svých kolegů. I1 se s ní setkala ve svém dřívějším zaměstnání, kdy po jejích pravidelných hospitalizacích kolegyně z práce říkaly: „...*pozor, říká se o tobě, že chodíš do blázince, že seš bláznivá.*“(I1) I5 uvedla: „*Někdy nemám náladu na takzvané vtipy na moje onemocnění, ...*“ (I5) kterým v zaměstnání občas musí čelit. Neví, jaký je rozdíl mezi tělesným a duševním onemocněním, ale vnímá ho. Říká: „...*když má někdo jednu nohu, že mu nikdo neříká vtipy na to, aby si někam doběhnul.*“ (I5) Z výpovědi I5 jsem měla

dojem, že je sice na jednu stranu ráda, že ji kolegové berou jako zdravou. Na druhou stranu i obyčejný vtip, nemířený na její osobu, se informantky ve špatném načasování dokáže dotknout.

### **Výpověď z práce**

V této skupině je zařazena I6, ale znovu i I5, jelikož se její stigmatizace objevila i v této skupině. I6 sdělila, že když skončila na hospitalizaci „...dali mi hned výpověď. Nerespektovali to, že budu 14 dní na neschopence,...“ (I6) Také vypověděla, že aby ji s 3. stupněm invalidního důchodu přijali „musela lhát při přijímacím pohovoru.“ (I6) Dle mého názoru i tento fakt přispěl k okamžité výpovědi, jelikož k ní zaměstnavatel mohl ztratit důvěru. Výpověď z práce kvůli svému onemocnění dostala i I5, protože „proběhla ataka během práce.“ (I5)

### **Stigma ze strany návštěvníků**

I4 nejprve uvedla, že stigma v této oblasti necítí, ale poté dodala, že ve své nynější práci v knihovně vnímá jiné chování vůči její osobě ze strany návštěvníků. Uvedla: „Tam jsem to jako fakt cejtla z nich a nebylo mi z toho dobře, že proti mně něco maj.“ (I4)

### **Fyzický stav**

I3 vnímá stigma v této oblasti, ale spíše kvůli svému fyzickému stavu, kdy uvedla: „Potom mě nikde nechtěj no.“ (I3)

### **Psychický stav**

Do tohoto kódu jsem zařadila I2, kterou při její práci stresovaly běžné činnosti. Uvedla: „Když jsem měla jít třikrát do obchodu, tak to mě vystresovalo.“ (I2) Dalším problémem byl strach, který byl způsoben projevy onemocnění, kterými informantka trpí. I2 sdělila: „...ale já jsem v tu dobu ještě sledovala kamery, že oni mě špehujou třeba kamerama, ...“ (I2) Nikdy však nedostala kvůli onemocnění výpověď ze strany zaměstnavatele, vždy smlouvu ukončila sama informantka: „Nenene, já jsem skončila.“ (I2)

### **TO4: Jaká je nyní vaše pracovní situace? Jste zaměstnaná, nebo případně máte zaměstnání tzv. „na černo“ bez smlouvy?**

Čtvrtou otázkou jsem zjišťovala aktuální pracovní situace daných informantek. Jaké pracovní příležitosti mají osoby s duševním onemocněním. Jsou zde tedy vytvořeny pouze dva kódy:



## **Zaměstnaná**

V této skupině se objevují I4, I5, I6, které jsou zaměstnané na pracovní smlouvu. „*Ne, to mám normálně na smlouvu, ale oba to jsou fakt malý úvazky.*“ (I4) Ohledně tzv. „práce na černo“ reagovaly všechny informantky stejně jako I4.

## **Nezaměstnaná**

Zde jsem zařadila I1, I2, I3, které při otázce uvedly, že nyní zaměstnané nejsou. I3, která má i fyzický handicap, sdělila: „*Ne, vůbec nic.*“ (I3) Zde se dle mého názoru jedná hlavně o fyzický handicap, ne ani tolik o psychický. Všechny ale uvedly, že jim tato situace nevyhovuje. I2 dodává: „*Ale samozřejmě bych chtěla taky do práce.*“ (I2) I1 sdělila, že kvůli pandemické situaci: „*jsem si nestačila udělat ten kurz sociálního pracovníka...*“ (I1) a doufá, že s ní po dokončení kurzu opět počítají v jejím posledním zaměstnání, kde byla spokojená.

## **TO5: Měla jste někdy na pracovišti nějaké problémy kvůli vašemu onemocnění? Jaké?**

Otázka č. 5 se zaměřuje na potíže v zaměstnání způsobené onemocněním. Opět se odpovědi informantek lišily, vytvořila jsem proto více kódů:

### **Vliv onemocnění**

Do tohoto kódu jsem zařadila I2 a I6, jelikož problémy vznikly vlivem jejich onemocnění. I2 uvedla, že na jednom pohovoru z ničeho nic viděla: „*...úplně černo všude. Žádný světlo nic.*“ (I2) Dostala strach a sdělila: „*Že to na mě působí depresivně a že prostě ne.*“ (I2) Na pracovní místo ji následně nepřijali. Dále by se sem daly uvést i již zmíněné kamery (TO3). I u I6 se onemocnění prolínalo do běžného života, kdy měla pocit, že si o ní kolegové šuškájí. Ale následně sdělila: „*...nevěděla jsem, jestli to není nějaká moje paranoia.*“ (I6)

### **Šuškáání**

Opravdové, podložené „šuškáání“ vnímala I1, na kterou působilo toto jednání od kolegyně velice nepříjemně. „*...já jsem vůbec neměla ponětí, komu můžu věřit a kdo roznáší tyhle ty drby,...*“ (I1)

### **Nedostatek energie**

Nedostatek energie v bývalých zaměstnáních cítila I5. Jak sama řekla: „...to jsem se docela tenkrát nadřela.“ (I5) Zmínila, že vlivem léků byla „pomalejší“ (I5) nebo také „...usínala u svačiny.“ (I5) Léky skutečně mohou výkonnost člověka značně omezit, i to může být důvodem, proč osoby s duševním onemocněním těžko shánějí zaměstnání, nebo v něm vydrží jen krátkou dobu.

### **Bez problémů**

Problémy na pracovišti ze strany kolegů a zaměstnavatele nevnímala I4, která uvedla: „Vůbec mi to nikdo nedával najevo, že by se ke mně choval jinak.“ (I4) Naopak byla její vedoucí velmi vstřícná a chápavá.

### **Není relevantní**

K tomuto kódu jsem si dovolila přiřadit I3, jelikož po jejím onemocnění nikde nepracovala, nemohla mít tudíž žádné konflikty či problémy.

### **TO6: Z čeho se skládá váš měsíční příjem a stačí vám?**

Dle mého názoru do této oblasti patří i otázka na příjem, jelikož i ten může být příčinou stigmatizace. Informantky jsou rozděleny do dvou kódů:

- **Invalidní důchod + výplata**
- **Invalidní důchod**

### **Invalidní důchod + výplata**

V této skupině jsou zařazeny I4, I5, I6, které pobírají jak 3. stupeň invalidního důchodu, tak mzdu z jejich zaměstnání. I6 uvedla, že výplatu ze zaměstnání bere jako „...bonus..., že si můžu na něco šetřit třeba.“ (I6) Stejný názor má i I5. Na čem se však shodly všechny tři informantky je fakt, že bez pomoci partnera by nejspíš s penězi nedokázaly vyjít. „...je to i díky tomu, že mám partnera,“ sdělila I4. Informantky I5 a I6 vypověděly, že by nejspíš „musela být na dávkách nebo nevím.“ (I5)

### **Invalidní důchod**

Do kódu nesoucí tento název patří I1, I2, I3. Jak už jsme se dozvěděli výše, pro I2 a I3 je obtížné najít si zaměstnání, žijí proto z invalidního důchodu, který jim stačí. I3 říká: „Vlastně díky tatkoj,..., tak to dáváme dokupy, jako ty peníze.“ (I3) I1 sdělila, že si nyní musí dodělat kurz sociálního pracovníka, takže také žije pouze z invalidního důchodu. Ten však nemá moc vysoký a nestačí jí, jelikož „...já jsem podnikala a měla jsem

*samozřejmě co nejnižší plat, takže od toho se vyměřuje i ta výše invalidního důchodu...*“(I1) Proto je také ráda, že má přítele, který ji může finančně pomoci. U informantek je velkou výhodou podpora jejich blízkých a rodiny, kdy je jejich příjem nestigmatizuje.

### **TO7: Máte na/v práci dostatek energie? Nevyčerpává vás třeba klasická 8 nebo 12 hodinová směna?**

Další otázka se zaměřuje na energii a na pracovní úvazky informantek. Odpovědi jsou rozděleny do tří kódů:

#### **Dostatek energie**

Do tohoto kódu bych zařadila I1, I2, I6, které uvedly, že mají dostatek energie na práci, nebo že jim dokonce práce energii dodává. „*Mě to spíš nabíjí, než vyčerpává.*“ (I6) I2 uvedla, že když pracovala, „*unavená jsem z ní snad ani nebyla.*“ (I2) Co bych zde také ráda zmínila, že všechny informantky sdělily, že mají, nebo měly, pouze částečný úvazek. Jak řekla I2: „*Ty čtyři hodiny denně byly dobré.*“ (I2) Opět se odkazují na užívání léčiv a jejich vliv na výkonnost při zaměstnání.

#### **Ne vždy dostatek energie**

Ne vždy dostatek energie mají I4 a I5. I4, která má dva malé úvazky zmínila že: „*...hodně musím odpočívat, protože někdy se cítím zahlcená.*“ (I4) Energii zpět čerpá jinou činností nebo i tzv. „*nicneděláním*“. I5, která má plný úvazek uvedla: „*Ten začátek byl těžkej než si to jako sedlo, ta změna.*“ (I5) Nyní ji však přijde, že jde o normální únavu, kterou pociťuje každý jiný člověk.

#### **Není relevantní**

Do této kategorie jsem opět zařadila I3, jelikož po svém onemocnění nebyla nikde zaměstnaná.

#### **Shrnutí DC2**

V tomto dílčím cíli, který jsem zjišťovala pomocí TO 3 – 7, informantky stigma vnímaly více než u předchozího cíle. U většiny z nich bylo jejich onemocnění důvodem k ukončení pracovního poměru, ať už se ze strany zaměstnavatele nebo z iniciativy informantek, či přechodu do invalidního důchodu. Jiné chování vůči jejich osobě vnímaly formou šuškání a povídání si o jejich osobě, a také o vtipech na duševní onemocnění.

Zmíněné okolnosti na informantky působily nepříjemně. Všechny informantky vypověděly, že jim jejich příjmy s pomocí blízkých, částečným úvazkem, či obojím stačí, dokonce si z nich mohou i šetřit. Bez těchto dvou faktorů by si svou situaci nedokázaly představit. Z rozhovorů jsem mohla zjistit, že ne všechny informantky mají dostatek energie na hlavní pracovní poměr a mají částečné, či velmi malé úvazky. Pouze informantka č. 5 pracuje na hlavní pracovní poměr a cítí běžnou únavu. Psychická porucha na každého působí jinak, proto si myslím, že volba vhodného pracovního úvazku je základním kamenem pro dostatek energie a zvládnutí role zaměstnance.

### **DC3: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci ze strany své rodiny a svých přátel.**

Třetí dílčí cíl je zjišťováním pomocí **TO 8 – 9**. Informantky se zde měly zamyslet, zda vnímají stigmatizaci od své rodiny a blízkých přátel, a jak se stigma projevuje.

### **TO8: Jak se změnilo chování vaší rodiny nebo přátel, když se dozvěděli o vaší nemoci?**

Dále jsem se otázkou č. 8 snažila zjistit, jak na jejich onemocnění reagovali jejich nejbližší. Odpovědi nebyly shodné, proto jsem informantky rozřadila do třech kódů:

#### **Pochopení**

S přijetím ze strany rodiny a svého blízkého okolí se setkaly I1, I2, I4 a I6. Všechny uvádějí, že šlo hlavně o pomáhání. Jak uvádí I1: „*Moje rodina na to zareagovala úplně fantasticky, protože se mi snaží pomáhat.*“ (I1) U I2 šlo i o pochopení ze strany své střední školy. „*Učitelka mi vypracovala individuální plán.*“ (I2) I4 má kamarádky, které ji znaly ještě jako zdravou, a chovají se k ní „*prostě normálně.*“ (I4) I6 mluvila o přijetí partnerovou rodinou. Uvedla, že měla „*obrovský štěstí.*“ (I6)

#### **Zneschopňování**

Do této skupiny jsem zařadila I3, I4, I5, které se setkaly se zneschopňováním od své rodiny a blízkých. I3 si myslí, že ji otec má za „*malou holčičku*“ (I3) a má ochranné sklony. I4 vnímala vztah bývalého manžela následovně: „*Ten pečoval a na druhou stranu mě tou péčí úplně zneschopňoval.*“ (I4) I5 vnímala zneschopňování od své sestry, která za ni rozhodovala „*...jestli budu hospitalizovaná.*“ (I5) a usilovala o to ji „*zbavit svéprávnosti.*“ (I5) Zneschopňování může být následkem přílišné péče a snahou co nejvíce dané osobě pomoci. Už si však neuvědomujeme, že jí to nemusí být příjemné a můžeme ji dostat do nepříjemné situace.

## Nepochopení

V tomto kódu jsou zařazeny I4 a I5, které mají zkušenost i s nepochopením. Obě informantky mluvily o nedostatku informacích, jelikož se jim nemoc projevila v době, kdy „*nebyla osvěta vůbec žádná.*“ (I5) U I4 se jednalo o nepochopení ze strany bývalého manžela, které po jeho odchodu došlo, že „*vůbec nepochopil, o čem ta nemoc vlastně je.*“ (I4) Což byl možná důvod jeho přílišné péče, která vedla ke zneschopňování. I5 mluvila o neznalosti. Na tuto informaci navázala větou: „*Možná nevěděli, jak se se mnou bavit.*“ (I5)

### **TO9: Proč si myslíte, že se jejich chování změnilo? Pokud se nezměnilo, čím si myslíte, že to je?**

U této otázky se informantky měly zamyslet nad důvodem, proč jejich rodina a přátelé zareagovali tak, jak zareagovali. Odpovědi jsou rozděleny do následujících kódů:

#### **Neznalost**

I3, I4, I5 uvedly, že se za změnou chování jejich blízkých skrývá neznalost. Jedná se o neznalost onemocnění, jeho projevů a podobně. I4 a I5, dvě věkově nejstarší informantky v mém výzkumu, zažily komunistický režim a uvádějí, že velkou roli sehrál nedostatek informací o duševním onemocnění. „*Tenkrát nebyly žádný neziskovky.*“ (I4) Situaci duševně nemocných v této době popsala I5: „*Lidi byli zavíráni za zdmi a nějakým způsobem separováni na okraj města a takový.*“ (I5) Když I5 přišla v této době k lékaři, čekala nějakou radu či informaci. Jak ale uvedla: „*nenacházela jsem radu a pomoc ani tam, kde jsem myslela, že ji najdu.*“ (I5) I3 při této otázce odpověděla: „*Nejsou jakoby s tím stavem seznámený...*“ (I3)

#### **Silné vazby**

Důvodem, proč se chování rodiny a blízkých nezměnilo, vidí I1, I4 a I6 v silných vazbách, které vzájemně mají. Jak uvedla I1: „*No myslím si, že je to daný tím vztahem, kterej tam byl už předtím vybudovanej.*“ (I1) Podobně odpověděla I6: „*Protože ty vazby jsou fakt silný.*“ (I6) I4 uvedla, že ji rodina a přátelé brali jako normálního člověka, protože „*nebrali na prvním místě tu nemoc.*“ (I4) Dle mého názoru jsou silné vazby tím hlavním důvodem, proč se k lidem s duševním onemocněním jejich blízcí tzv. „*neotáčejí zády*“. V tuto chvíli se ukáže, zda je či není jejich vzájemný partnerský nebo přátelský vztah vážný.

## **Komunikace**

Do tohoto kódu jsem zařadila I2, která vypověděla, že nikdy přátelům a blízkým svou nemoc nezatajovala a „*vykecala jsem jim všechno*“ (I2), tak jak to doopravdy bylo. I to může být důvodem pochopení, hlavně ze strany přátel.

## **Shrnutí DC3**

Třetí dílčí cíl byl zjišťován pomocí TO 8 – 9. Se stigmatizací od své rodiny nebo přátel nemají zkušenost všechny informantky. U třech informantek se projevilo zneschopňování jejich blízkými. Dvě z nich se z této situace vymanily a nyní si za svůj život plně zodpovídají samy. U třetí z nich jsem měla dojem, že ji tato situace vyhovuje, jelikož nemusí nic vyřizovat sama. Dále informantky zmiňovaly nepochopení a neznalost nemoci, která pramenila hlavně z nedostatku informací. U většiny však došlo k pochopení a to na základě silných vazeb a komunikace.

## **DC4: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci v oblasti sousedství.**

Tento dílčí cíl vychází z **TO 10 – 11**. Zaměřuje se na stigmatizaci v sousedství, se kterou, dle mého názoru, mohou mít informantky také zkušenost.

## **TO10: Jak se projevuje stigma v oblasti sousedských vztahů?**

Otázka č. 10 se zaměřuje na oblast sousedství. Informantky se měly zamyslet nad svými zkušenostmi se sousedy. Odpovědi jsou rozdělené do kódů:

### **Necítí stigma**

V oblasti sousedských vztahů stigma v současné chvíli nevnímá I1, I3, I4, I5 a I6. I4 stigmatizaci necítí a dodala: „*tady se cejtím dobře, úplně.*“ (I4) U některých informantek je to i z důvodu, že jejich sousedé o onemocnění nevědí, nebo se jejich onemocnění v nedávné době nijak neprojevilo. Toto tvrzení uvedla například i I5 „*neprobíhala žádná ataka, tak jsem nebudila žádnou nepatřičnou pozornost sousedů.*“ (I5) Dalším důvodem je již zmíněné přijetí jedince, nebo i určitá míra osvěty jednotlivých obyvatel. I6 uvedla, že sousedé o jejím onemocnění nejspíše vědí a i tak „*chovaj se ke mně jako hezky.*“ (I6)

### **Nepříjemné pocity**

Do kódu nesoucí tento název jsem zařadila I1, I2, I5. I1 a I5 vnímaly nepříjemné pocity, za které mohla verbální i neverbální komunikace jejich sousedů. I1 a I5 jsem zařadila i do této kategorie, neboť se stigmatizací v této oblasti mají z minulosti zkušenost. I1

vzpomínala na situaci, kdy po oznámení diagnózy své sousedce cítila „že se něco děje...ta se tvářila tak všelijak, že jsem si těžko mohla myslet, co si asi myslí.“ (I1) I5 v minulosti také zažila stigmatizaci, kdy na ní malá dívka od sousedů pokřikovala „Blázne nebo Divá Báró nebo něco v tomhle kontextu.“ (I5) Tenkrát ji to velmi zamrzelo, jelikož se s nimi stýkala a navštěvovala a „ta malá holka to někde slyšela, že si to nevymyslela.“ (I5) U I2 jde dle mého názoru o určitou formu sebestigmatizace. I2 občas trápí, jestli je například „neruším nebo tak“ nebo „Jestli si nemyslej, že dělám něco špatně.“ (I2)

### **TO11: Jaký vztah máte se svými sousedy? Setkáváte se s nimi nebo se jim naopak vyhýbáte?**

V této otázce mě zajímaly vztahy, které informantky se sousedy mají. Odpovědi byly opět různorodé, proto byly vytvořeny kódy:

#### **Stýkám se s nimi**

Informantky, které jsou v kontaktu se svými sousedy a nijak se jim nevyhýbají, jsou I3, I4, I5. I3 sdělila, že si se svými sousedi dělají legrační naschvály. Jako příklad uvedla: „vím, že jdou, a já jdu první, tak schválně zavřu a ještě zamknu.“ (I3) I4 se sousedy pořádají „takový vesnický akce“ (I4). I5 při otázce, jestli by se svými sousedy chtěla být více v kontaktu, uvedla: „Ne, to probíhá, já nemám s tímhle tím žádný problém.“ (I5)

#### **Nesetkávám se s nimi**

V této skupině jsou zařazeny I1 a I2. I1 tento fakt zdůvodňuje pandemickou situací, která je v České republice už celý jeden rok. Jelikož se informantka do svého bydliště přistěhovala před 3 roky, neměla zatím moc příležitostí na seznámení. Dále však uvádí: „...přeju si se seznámit tady víc.“ (I1) O vlivu onemocnění u I2 už jsem se zmiňovala. I zde si myslím, že jde o tento důvod. I2 však při rozhovoru sdělila, že by s nimi byla ráda více v kontaktu z důvodu „když bych třeba něco potřebovala.“ (I2) Z odpovědi jsem pochopila, že I2 má na mysli určitou sousedskou výpomoc a v tuto chvíli nemá jistotu této výpomoci.

#### **Vyhýbám se jim**

Jedinou informantkou, která se svým sousedům straní je I6. Sama tento fakt zdůvodnila tím, že se její nemoc „prolíná i do mého běžného života.“ (I6) Má pocit, že „ty lidi na mě koukaj, nebo si o mě povídaj“ (I6) a z tohoto důvodu se sousedům vyhýbá. Když však má

potřebu socializace, navštíví vedlejší vesnici „*tam je hodně mladejch lidí, jsou takový společenštější,...*“ (I6)

#### **Shrnutí DC4**

Čtvrtý dílčí cíl byl zjišťován pomocí TO 10 – 11. Stigmatizace v sousedském okolí nyní nevnímá žádná z informantek. Dvě z nich však mají se stigmatizací v této oblasti zkušenost z minulosti, která v nich vyvolala nepříjemné pocity. Nepříjemné pocity vnímá i I2, které jsou, dle mého názoru, znakem určité sebestigmatizace. Sama přiznala, že si na sebe vše příliš vztahuje a bojí se, aby své sousedy nějakým způsobem neobtěžovala. Tento fakt však nikdy od sousedů nezazněl. Většina informantek je se svými sousedy ve větší či menší míře v kontaktu. Jedné informantce seznamování se sousedy zkomplikovala pandemická situace, kvůli které nemá možnost se se sousedy více poznat, i když by o to zájem měla. I6, které se také onemocnění prolíná do jejího běžného života, se sousedům vyhýbá a tato situace ji vyhovuje. Při potřebě kontaktu s ostatními může navštívit vedlejší vesnici.

#### **DC5: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci od odborné pomoci.**

Pátý dílčí cíl, zjišťovaný TO 12 – 15, má za úkol zjistit, jak informantky vnímají přístup od psychologů, psychiatrů, obvodních lékařů. Dále pak, jaký je přístup pracovníků na úradech a sociálních pracovníků obecně. Poslední TO, v tomto dílčím cíli, se zaměřuje na destigmatizační osvětu a účast výše zmíněných profesí.

#### **TO12: Jak vnímáte lékaře (obvodních, psychiatrů apod.)?**

U otázky č. 12 informantky odpovídaly dvoupólově. Objevovaly se zde odpovědi s kladným a vstřícným přístupem, ale také zkušenost s nedůvěrou vůči lékařům. Infomantky jsem tedy rozdělila do dvou kódů:

#### **Vstřícný přístup**

Vstřícně a bez problémů lékaře vnímají I2, I3, I5. Nevnímají jiný přístup k jejich osobě z důvodu duševního onemocnění. I3 o své obvodní lékařce řekla: „*ta je úplně super.*“ (I3) Stejný názor má i I2 „*moje paní doktorka je velmi hodná.*“ (I2) I5 k této otázce uvedla, že za svůj život „*měníla psychiatrii*“ (I5). Ve velké většině s nimi ale měla dobré zkušenosti. Jeden psychiatr informantce velmi pomohl při procesu zotavení, protože „*mi nenutil léky.*“ (I5) I přesto, že si informantka nakonec zkušeností, kdy léky neužívala, došla k tomu, že léky užívat bude a „*Sama a dobrovolně a určitou dávkou užívám do*



*dneška*“ (I5), byl to podle mě zásadní fakt při získání důvěry ke svému psychiatrovi. Nechal jí se svobodně rozhodnout a podpořil ji.

### **Nedůvěra**

Jak jsem zmínila výše, nedůvěra je velký problém při spolupráci pacienta a lékaře. To potvrzují I1, I4 a I6. I1 nemá důvěru ke svému obvodnímu lékaři. Sama při rozhovoru řekla, že *„mám pocit, že jsem zaškatulkovaná jako psychiatrické pacient a všechno je to od nervů.“* (I1) U I4 šlo o nedůvěru v podpoře jiných léčebných metod, kdy se I4 snažila nahradit léky alternativní terapií. Myslela si, že: *„jak ona všechno brala přes léky, že mě v tom nebude podporovat.“* (I4) Svě lékařce tedy z důvodu nedůvěry lhala. I6 má negativní zkušenost s odbornými ambulancemi, kde ji zaškatulkovali do kategorie *„psychiatrické pacient“* (I6) a zlehčovaly její obtíže. Situaci vnímala následovně: *„že to je prostě nějaký psychický, ..., takže vlastně nepotřebuju akutní péči.“* (I6)

### **TO13: Jaký přístup k vám je ze strany pracovníků na úřadech?**

Při této otázce mě zajímala zkušenost s pracovníky na úřadech, kteří mohou, dle mého názoru, osoby s duševním onemocněním například zneschopňovat. Zde se všechny informantky shodly na stejné odpovědi, kód je tedy pouze jeden:

### **Vstřícný**

Všechny informantky I1 – I6, se setkaly pouze s kladným a vstřícným jednáním ze strany pracovníků na úřadech. Jako příklad zde uvedu odpověď I1: *„Já jsem měla vždycky hrozně příjemný pracovníky na úřadech, tak tam nemám žádnou špatnou zkušenost.“* (I1) Informantky nemají špatnou zkušenost možná z toho důvodu, protože na úřadech řešily pouze invalidní důchod, příspěvky a dávky. Při tomto procesu se nejspíš setkaly jen se sociálními pracovníky, kteří by v rámci své profese měli nálepkování a stigmatizaci vyhnout.

### **TO14: Jak vnímáte sociální pracovníky?**

Další otázka se zaměřila přímo na zkušenost se sociálními pracovníky. Odpovědi byly opět odlišné a rozdělené do následujících kódů:

### **Profesionálové I2, I3, I5 I6**

Jako profesionály berou sociální pracovníky I2, I3 I5 a I6. *„Beru je jako příjemný lidi, kteří umění naslouchat, a cíleně pomoci.“* (I5) I2 je jim vděčná, protože *„Už pro mě*

*hodně udělali...*“ (I2) Celkově bych teda zhodnotila, že mají všechny se sociálními pracovníky kladnou zkušenost.

### **Kolegové**

Jako kolegy vnímá sociální pracovníky I1. I1 se se sociálními pracovníky setkala pouze v zaměstnání a „*tam je to dobrý, tam to musím ohodnotit pozitivně.*“ (I1) Klientkou služby nikdy nebyla, proto žádnou jinou zkušenost se sociálními pracovníky nemá.

### **Málo komunikace I4**

Na špatnou zkušenost ze své první hospitalizace si u této otázky vzpomněla I4. Uvedla, že ji „*scházely informace a obyčejný popovídání si.*“ (I4) Pochopila jsem, že na vině je celý tým, včetně sociálních pracovníků.

### **TO15: Kteří z těchto pracovníků se aktivně snaží změnit názor veřejnosti a bořit mýty a předsudky o duševním onemocnění?**

Zde mě zajímal názor informantek, o kom si myslí, že se snaží bojovat proti stigmatizaci. Odpovědi se opět různily a byly rozděleny do kódů:

#### **Sociální pracovníci a někteří psychiatři**

I4, I5, I6 si myslí, že proti stigmatizaci bojují sociální pracovníci a i někteří psychiatři. Informantky uvádí jako důvod boji proti stigmatizaci „*díky nějaký osvětě*“ (I6) a reformu psychiatrické péče, s čímž souhlasím i já. Reforma tomuto kroku určitě pomohla a kvůli tomu zde informantky uvádějí hlavně sociální pracovníky a psychiatry. I5 vypověděla ohledně psychiatrické reformy, že „*je dobře našlápnuto.*“ (I5)

#### **Všichni**

Podle I2 a I3 bojují proti stigmatu všichni zmínění pracovníci. Obě informantky se ale shodly, že „*je to příliš malý množství proti tý mase*“ (I3) I2 taky říká: „*Oni to neznaj, když to neprožili, tak nemůžou vědět.*“ (I2) Z těchto výroků jsem pochopila, že si informantky myslí, že proti stigmatizaci aktivně pracují všichni zmínění pracovníci, ale vlastně je to na druhou stranu bez výsledků.

#### **Sociální pracovníci**

Že proti stigmatizaci bojují pouze sociální pracovníci, si myslí I1. Ohledně stigmatu říká, že: „*je to tak zakořeněný*“ (I1), a proto s tím „*odborná společnost*“ (I1) nic nedělá. Zde si myslím, že je to hodně i o zkušenosti či zjišťování si informací o destigmatizaci. Informantka může mít svůj postoj, že se zde aktivně zapojují pouze sociální pracovníci.

### **Shrnutí DC5**

Tento dílčí cíl se zaměřoval na odbornou pomoc typu lékařů, pracovníků na úřadech a sociálních pracovníků. Měl za úkol zjistit, jak tyto profese vnímají informantky. Z odpovědí bylo zjištěno, že některé informantky nemají důvěru v lékaře. Jedna informantka nemá dobrou zkušenost se sociálními pracovníky v psychiatrickém zařízení. Jinak mají na již zmíněné profese kladný názor. U otázky, kteří z nich se podílejí na destigmatizaci osob s duševním onemocněním se odpovědi lišily. Dle mého názoru je to hlavně o zkušenostech informantek, nelze to zcela zobecnit, že by například žádní obvodní lékaři proti stigmatizaci nebojovali.

### **DC6: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci ze strany médií.**

Předposlední dílčí cíl je zjišťován z TO 16. Zajímalo mě názor informantek na média.

### **TO16: Co si myslíte o médiích a o tom, co píšou o duševním onemocněním? Jaký na to máte názor?**

Tuto oblast vnímám jako největší prostředek stigmatizace ze všech zmíněných, proto zde otázka na média nemohla chybět. Odpovědi byly rozděleny do kódů:

#### **Neznalost**

Do kódu nesoucí tento název jsem zařadila I1 a I2. I1 má na média tento názor: „*Myslím si, že vůbec nevědí, o čem mluví.*“ (I1) I2 k tomu dodává: „*zveličují to.*“ (I2) I1 ještě mluví o dezinformacích, které média o poruchách podávají. Má na mysli schizofrenii a deprese, kdy v médiích „*slyšela nějaký nesmysl.*“ (I1)

#### **Kladný názor**

Pozitivně média vnímají I3 a I6. Jako příklad uvádím odpověď I6, která si myslí, že: „*se to opravdu hodně změnilo... snaž se prostě to tabu prolomit.*“ (I6) Dle mého názoru zde hraje velkou roli, jaké články nebo pořady každý člověk sleduje. Jestli se snaží hledat ty pozitivní, které se snaží veřejnost informovat o duševním onemocnění, nebo negativní, které stigma duševního onemocnění podporují.

## Stigmatizují I4, I5

Za „*hodně stigmatizující*“ (I4) považuje média I4 a I5. Informantky uvádějí stigmatizující články a reportáže o situacích, kdy „*duševně nemocný způsobil, ale nikdy se neřekne, duševně nemocný zachránil.*“ (I5) S tímto tvrzením se ztotožňují. Dle mého názoru média podobné okolnosti využívají k větší míře sledovanosti.

## Shrnutí DC6

U dílčího cíle 6 mě zajímal názor informantek na média. Jak na ně působí sdělení, která podávají o duševním onemocněním. Informantky se jednoznačně neshodovaly. Některé vnímají média jako silně stigmatizující, jiné je berou pozitivně a vnímají zlepšení oproti minulosti. Dalšími odpověďmi byla neznalost, která může pramenit k již zmíněnému stigmatu. Dle mého názoru by se měl klást důraz na podávání skutečných a pravdivých informací o duševním onemocnění a tyto osoby v médiích nestigmatizovat, jelikož média na společnost opravdu hodně působí a mohou své diváky, posluchače a čtenáře ovlivnit.

## DC7: Zjistit, jak lidé s DO vnímají stigmatizaci v jiných oblastech, než které byly zmíněny.

Poslední dílčí cíl je zjišťován z **TO 17**. Jelikož jsem oblasti stigmatizace vybírala podle svého vnímání, zajímalo mě, jestli informantky necítí výraznější stigma ještě v jiné oblasti.

## TO17: Napadá vás ještě nějaká jiná oblast, kterou jsem nezmínila, a cítíte se v ní být stigmatizovaná?

Informantky při této otázce mohly sdělit, v jaké jiné oblasti stigma vnímají. V tomto případě se odpovědi ve velké míře shodovaly, i tak bylo ale zapotřebí vytvořit více kódů:

## Sebestigma

Jako další oblastí stigmatizace informantky I1, I2, I4, I5 uvedly self stigma. I2 například uvádí, že se dokáže sama vystresovat, protože je „*prostě jiná*“ (I2). I5 vysvětluje, že sebestigma vnímá každý člověk, který byl někdy hospitalizovaný, protože „*se mu zvnitřní stigma té společnosti*“ (I5) Podle I1 sebestigma u lidí s duševním onemocněním vzniká, protože „*o tom ví, žije s tím a je v každodenním kontaktu*“ (I1) S informantkami souhlasím, také si myslím, že pokud si člověk připustí stigma veřejnosti a přijme ho za své, je hlavní oblastí stigmatizace. Pokud se s ním dokáže vypořádat, může to hrát velkou roli v ostatních oblastech stigmatizace.

## **Partnerství**

Oblast partnerství uvedla I3, kdy na otázku odpověděla: „*Možná partnerské vztahy.*“ (I3) Svěřila se, že po onemocnění nemůže najít vážný vztah. Myslím si, že u klientky jde hlavně o její fyzický handicap, který ne každý člověk zvládne přijmout.

## **Ne**

Jinou oblast neuvedla I6. Při otázce sdělila: „*Popřemejšlim. Ale asi ne.*“ (I6)

## **Shrnutí DC7**

Ve velké části se informantky shodly, že další stigmatizující oblastí jejich života je sebestigma. Jelikož se se svojí nemocí potýkají denně a musejí se naučit self stigma zpracovat. Samy uváděly, že je to tzv. „běh na dlouhou trať“ a některé se s ním i po dlouhých letech nedokázaly vypořádat a pořád s ním bojují. Jedna informantka vidí bariéry v oblasti partnerství. Při hlubším rozebrání tématu, jak přesně to informantka myslí, jsem došla k závěru, že se stigmatizace vztahuje hlavně na její tělesný handicap, nikoliv na ten psychický. Poslední informantku žádná jiná oblast nenapadla. Možná z důvodu, že má své vnitřní sebestigma dobře zpracované, to je však jen můj názor.

## Závěr a diskuse

Bakalářská práce nesoucí název Stigma očima lidí s duševním onemocněním se skládá ze dvou částí – teoretické a praktické. Praktická část zjišťuje vnímání stigmatu v oblastech, které jsou uvedené v teoretické části. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak svoji stigmatizaci ze strany sociálního prostředí vnímají sami jedinci s duševním onemocněním. K naplnění hlavního cíle sloužilo 7 dílčích cílů a v nich stanovené otázky.

Stigmatizace v oblasti bydlení nyní není dotázanými informantkami vnímána, což může být příčinou vlastního, či pronajatého bydlení od známých. V oblasti zaměstnání se formy stigmatizace projevovaly např. ukončením pracovního poměru, či nekolegiálním chováním. Ne vždy mají tyto osoby, kvůli onemocnění, energii na hlavní pracovní poměr. Jedná se většinou o velmi malé úvazky. Stigmatizaci od přátel a rodiny je vnímána formou zneschopňování, či nepochopení a neznalostí duševního onemocnění. V oblasti sousedských vztahů nyní není vnímána žádná forma stigmatizace. V oblasti tzv. „odborné pomoci“, tedy pracovníků, se kterými osoby s duševním onemocněním přijdou do kontaktu (př. lékaři, pracovníci na úřadech, sociální pracovníci), je vnímáno stigma od lékařů. Ne všechny dotazované vnímají stigma ze strany médií. Některé vnímají značný posun, kdy média pracují na destigmatizaci. Jako další oblasti stigmatizace dotazované vnímají hlavně sebestigmatizaci a partnerské vztahy.

V teoretické části bylo zmíněno, konkrétně v druhé kapitole, že osoby s duševním onemocněním mají tři základní potřeby, a to potřebu bydlení, zaměstnání a trávení volného času. (Probstová in Matoušek et al., 2005) Ve výzkumném šetření se projevila hlavně potřeba zaměstnání, která nebyla u všech informantek naplněna. Dalším výrazným prvkem, který byl zmíněn v teoretické části a objevil se i u odpovědí informantek, byla sebestigmatizace. Ta se pojí hlavně s poklesem sebedůvěry a sebevědomí. (Yanos PT et al.; Perlick DA et al.; Link BG, dle Ocisková et al., 2014) Objevily se také stigmatizace, které uvádí Ocisková a Praško (2015) a to konkrétně stigmatizace zdravotníkem, stigmatizace psychiatrií a stigmatizace médií, které považují za hlavní zdroj informací o osobách s duševním onemocněním. Ti však tyto osoby popisují většinou zkresleně, negativně, anebo kladou důraz na výrazné odlišnosti.

Z výzkumného šetření mé práce vyplynulo pár bodů, které by mohly být přínosné pro další výzkum. Jelikož se výzkumný vzorek skládal pouze z ženské populace, bylo by určitě zajímavé zjistit, jak stigmatizaci vnímá mužská populace. Dalším bodem je získání

dat z více organizací, aby se jednotlivé názory mohly porovnat. Posledním bodem je komparace vnímání sebestigmatizace u klientů služby a u peerkonzultantů. O pojmu self-stigma při výzkumu hovořily pouze peerkonzultantky a tento fakt mi přišel velmi zajímavý.

Při zpracování kvalitativního výzkumu jsem objevila i pár nevýhod. Prvním omezením je zastoupení pouze ženské populace ve výzkumu. Z důvodu absence mužských informantů máme pohled na stigmatizaci pouze z ženského úhlu pohledu. Při zapojení mužů do výzkumu bychom mohli dojít k jiným výsledkům a závěrům. Druhou nevýhodou může být fakt, že byl výzkum uskutečněn pouze ve dvou službách. Pokud by se výzkumné šetření provádělo ve více zařízeních, mohlo by dojít k jiným závěrům. Dalším limitem je tvorba jednotlivých kategorií, kdy se jedná o částečně subjektivní záležitost. Každý jedinec by při vypracování analýzy získaných dat mohl vymyslet rozdílné kategorie. Jako čtvrté riziko vnímám neabsolutní anonymitu, jelikož se můj výzkum zaměřuje na dvě konkrétní služby. Z tohoto důvodu může být snáz zjistitelné, o které osoby se jedná. Posledním rizikem je fakt, že se výzkum prováděl na velmi malém vzorku osob, aby se mohl zobecnit na celkovou populaci osob s duševním onemocněním.

## **Seznam tabulek**

<b>Tabulka 1:</b> Přehled transformace DC do tazatelských otázek.....	39
<b>Tabulka 2:</b> Výhody a nevýhody kvalitativního výzkumu.....	41
<b>Tabulka 3:</b> Přehled informantek.....	43



## Seznam použité literatury a zdrojů

*Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka : mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006.*

ISBN 80-85121-11-5

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA. *Psychiatrie*. Druhé, doplněné a opravené vydání. Praha 4: TIGIS, 2004. ISBN 80-900130-7-4

JANÍČEK, Jeroným. *Když úzkost bolí*. Praha: Portál, 2008. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-366-6

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9

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

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

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4604-6

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7

## Elektronické zdroje

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí [online]. [cit. 2020-12-13]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/o-mkn>

Aplikace Nepanikař. *Nepanikař* [online]. [cit. 2021-02-01]. Dostupné z: <http://nepanikar.eu/>

Co je to bipolárně afektivní porucha? *Nepanikař* [online]. [cit. 2020-12-20]. Dostupné z: <http://nepanikar.eu/2019/10/13/co-je-to-bipolarne-afektivni-porucha/>

Co je to deprese? *Nepanikař* [online]. [cit. 2020-12-20]. Dostupné z: <http://nepanikar.eu/2019/10/05/deprese-2/>

Co je to mánie? *Nepanikař* [online]. [cit. 2020-12-17]. Dostupné z: <http://nepanikar.eu/2019/10/08/co-je-to-manie/>

*Festival Na hlavu* [online]. [cit. 2021-02-01]. Dostupné z: <https://festivalnahlavu.cz/>

Janoušková et al. *Stigmatizace v České republice* [online]. 2016 [cit. 2020-12-15]. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-vCR\\_zprava\\_NUDZ.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-vCR_zprava_NUDZ.pdf)

Leták CDZ. *Centrum duševního zdraví* [online]. [cit. 2021-01-14]. Dostupné z: <http://www.riaps.cz/cdz/files/let%C3%A1k%20CDZ.pdf>

Leták iniciativy NA ROVINU v1. *Na rovinu* [online]. [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: [https://narovinu.org/wp-content/uploads/2018/11/trifold-letak-v1\\_FINAL\\_NAHLED.pdf](https://narovinu.org/wp-content/uploads/2018/11/trifold-letak-v1_FINAL_NAHLED.pdf)

Leták služeb RK. *Péče o duševní zdraví* [online]. [cit. 2021-01-14]. Dostupné z: [http://www.pdz.cz/uploaded/data/files/Dokumenty/LET%C3%81KY%20ST%C5%98E\\_DISEK/PDZ-letak-RK-2019-12-web.pdf](http://www.pdz.cz/uploaded/data/files/Dokumenty/LET%C3%81KY%20ST%C5%98E_DISEK/PDZ-letak-RK-2019-12-web.pdf)

Malý průvodce reformou psychiatrické péče. *Psychiatrie* [online]. 2017 [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: [https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ\\_psychiatrie\\_pruvodce\\_final.pdf](https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf)

*Na rovinu* [online]. 2017 [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://narovinu.net/>

OCISKOVÁ, Marie, et al. Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2014, **110**(5), 250-258 [cit. 2021-01-28]. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2014\\_5\\_250\\_258.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_5_250_258.pdf)

O nás. *Nevypust' duši* [online]. [cit. 2021-02-01]. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/o-nas/>

PETERKOVÁ, PhDr. Michaela. Podstata a příčiny schizofrenie. *Schizofrenie* [online]. [cit. 2020-12-14]. Dostupné z: <http://www.schizofrenie.psychoweb.cz/>

Projekt destigmatizace. *Narovinu* [online]. 2017 [cit. 2021-01-29]. Dostupné z: <https://narovinu.net/projekt-destigmatizace/>

Průvodce reformou psychiatrické péče. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Říjen 2019 [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou\\_komplet.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf)

Své potíže přetavili do umění. Psychicky nemocní stvořili šperky s duší. *iDNES.cz* [online]. [cit. 2020-11-10]. Dostupné z: [https://www.idnes.cz/hradec-kralove/zpravy/sperky-centrum-riaps-trutnov-psychicky-nemocni.A171027\\_360860\\_hradec-zpravy\\_the](https://www.idnes.cz/hradec-kralove/zpravy/sperky-centrum-riaps-trutnov-psychicky-nemocni.A171027_360860_hradec-zpravy_the)

O Týdnech pro duševní zdraví. *Týdny pro duševní zdraví* [online]. [cit. 2021-02-01]. Dostupné z: <http://www.tdz.cz/o-tdz/>

Veřejný závazek. *Péče o duševní zdraví* [online]. [cit. 2021-01-14]. Dostupné z: [http://www.pdz.cz/uploaded/data/files/Dokumenty/Dokumenty/ve%C5%99ejn%C3%BD%20z%C3%A1vazek%20PDZ\\_2018.pdf](http://www.pdz.cz/uploaded/data/files/Dokumenty/Dokumenty/ve%C5%99ejn%C3%BD%20z%C3%A1vazek%20PDZ_2018.pdf)

Zotavení. *Narovinu* [online]. [cit. 2021-01-29]. Dostupné z: <https://narovinu.net/zotaveni/>

## **Seznam příloh**

Příloha A: Polostrukturovaný rozhovor s informantkou II

## **Příloha A – Polostrukturovaný rozhovor s informantkou I1**

**Mám tu sedm okruhů otázek, kde se, podle mě, může objevovat stigma. Mě bude zajímat, jak ho v těch oblastech vnímáš ty.**

**První je, jestli cítíš stigma v oblasti bydlení? Jestli se ti někdy stalo, že bys měla problém s pronajmutím bytu, nebo že ti majitel nechtěl prodloužit smlouvu kvůli onemocnění.**

Tak to ne, protože já vždycky bydlela ve svém. Takže jsem se s tím zatím neměla možnost setkat.

**A bydlíš s rodičema nebo partnerem?**

S partnerem.

**A vyhovuje ti to? To kde bydlíš, myslím tím to umístění, barák.**

Takhle, umístění mi vyhovuje, barák mi nevyhovuje úplně stoprocentně, protože když jsme ho koupili, tak se začalo projevovat spousta věcí, který byly takový jako zakamuflovaný. Takže z toho jsem dost nervózní.

**Takže nějaký opravy na baráku a tak, že je asi potřeba.**

Jojo. A hlavně kvůli penězům že jo, protože to potřebuje spousta peněz. Takže to mě jako hodně znervózňuje a nepřidává mi to na klidu.

**A to město?**

Jo, to je v pohodě. To mi vyhovuje, to jsem si zvykla úplně v pohodě a do [REDACTED] už bych se nikdy nevrátila.

**A tak v [REDACTED] si bydlela sama nebo s někým?**

V Praze jsem bydlela nejdřív s manželem, pak jsem bydlela sama no, a když jsem se dala znovu s manželem dohromady, tak jsme se odstěhovali sem. Takže mám zkušenost bydlet s ním a i to že jsem bydlela sama.

**A tam teda, i když si bydlela sama, tak nebyl žádný problém s pronajmutím?**

No, vidíš. Měla jsem i pronajatý byty, než jsem si koupila svůj, protože jsem prodávala barák. Takže jsem si pronajímala, ale to od známých lidí, takže tam jako vůbec problém

nebyl. Na to jsem úplně zapomněla. A pak jsem si koupila svůj byt, a tam jsme se neznali v tom baráku, protože to byla novostavba, takže tam nikdo o nikom nic nevěděl. Tam jsem žádný problémy neměla.

**Pak tu mám otázku na oblast zaměstnání. Jestli v týchle oblasti cítíš nějaké stigma. Jestli máš nějakou zkušenost, že by se tam nějak projevovalo v týchle oblasti.**

Jo, pracovala jsem ve školství a stávalo se mi pravidelně, že jsem šla na nemocenskou, takový ty období jako je podzim a jaro. Tak já většinou na jaře musela jít na nemocenskou, protože jsem měla velké ataky. A to už jsem cejtila, to už mi kolegyně z práce říkaly „pozor, říká se o tobě, že chodíš do blázince, že seš bláznivá.“ Takže tam už jsem to cejtila.

**A projevilo se to nějak? Že když už se to tam šušovalo, tak nebyl s tím nějaký problém? Že by tě třeba chtěli vyhodit nebo i vyhodili?**

Ne, to ne. To vedení naopak bylo velmi vstřícný, ale kolegyně ty se tvářily no. Nemluvily jsme o tom, nikdo nic neřekl, ale za zády se o tom šušovalo. Ale kvůli tomu mě nikdy nikdo z práce nevyhodil. S tímhle tím zkušenost nemám.

**A teď seš teda zaměstnaná, že jo? Nemáš žádnou práci na černo, nebo tak.**

Teďka nejsem zaměstnaná, protože v [REDACTED] mi skončila smlouva v prosinci. A vzhledem k tomu, že je covid, tak jsem si nestačila udělat ten kurz sociálního pracovníka, tak to teď musím dohnat. Teďka se nabízí forma online, tak to budu studovat online a doufám, že v dubnu zase, že se mnou počítají v [REDACTED], takže snad jo, snad to klapne.

**Takže teď vlastně nikde nepracuješ?**

Ne, teďka ne, teďka jsem na nemocenský, no a mám plnej invalidní důchod, takže trojku, jsem víceméně zaopatřená tím invalidním důchodem.

**Na to mám pak taky otázku, jestli ti ten příjem stačí. Pokud máš teda jenom ten invalidní důchod, tak jestli s ním zvládáš vyjít nebo jestli si musíš někde přivydělávat, nebo tak?**

No nestačí mi, protože já jsem podnikala a měla jsem samozřejmě co nejnížší plat, takže od toho se vyměřuje i ta výše invalidního důchodu, takže já ho nemám moc vysoký, takže mi nestačí. Proto jsem ráda i za tu možnost, že můžu pracovat v tom [REDACTED], že

si můžu přivydělat nějakou tu korunu. Protože kdybych nebydlela s přítelem a byla sama s dětma, tak si to vůbec nedokážu představit, to bysme prostě nevyžili jenom z toho.

**Ty problémy kvůli onemocnění na pracovišti si měla, to jsi říkala.**

Jo, to jo. Takovou tu šuškanu no.

**Takže se to projevovalo nějakým nepříjemným pocitem pro tebe, nebo jak si to jako vnímala?**

Vnímala jsem to nepříjemně, protože mi říkali „dávej si pozor na kolegyně“, ale nikdo nejmenoval koho, jako kdo to roznáší. Takže já jsem vůbec neměla ponětí, komu můžu věřit a kdo roznáší tyhle ty drby, tak to bylo takový nepříjemný. Jako věděla jsem o holkách, který mi to říkaly, že to asi nebudou oni, ale další kolegyně, těžko říct, kdo to byl no. Takže jsem měla takový nepříjemný pocit no, protože když se dozvíš, že o tobě mluvěj jako o bláznovi, a že jezdíš do blázince a to, tak je to nepříjemný.

**A v práci se teď cítíš dobře? Máš dostatek energie?**

Jo, [REDACTED] mi naprosto vyhovuje, protože pro mě je tam fajn parta, já si jako úplně nestěžuju, že bysme tam měli nějaký nesoulad. Jako cejtím, že se někde něco děje nebo to, ale nějak se do toho nevměšuju. Takže pro mě je to takový fajn zaměstnání, i ohledně klientů, protože máme bezva klienty. Pár jich je takovejch náročnějších, ale furt jsou příjemný. Není to žádný voprud, že bych řekla ježiš to je strašný, to mě nebaví nebo mě to vysává, naopak mě to nabíjí energií.

**Takže tam vlastně dostatek té energie pro práci máš?**

Jo, ale jako zvládnou ten půl úvazek, to jsem si vyzkoušela, ale víc už bych asi nedala.

**Pak tu mám oblast mezilidských vztahů, jestli se změnilo chování rodiny nebo přátel, když se dozvěděli o nemoci? Jak na to zareagovali?**

Moje rodina na to zareagovala úplně fantasticky, protože se mi snaží pomáhat. Když jsem byla v nemocnici, tak tam za mnou jezdili. Mluvěj o tom se mnou, není to tabuizovaný, tak je to fajn. Přítel, ten když se to dozvěděl, že je to takovýhle onemocnění, tak byl takovej rozpačitej, ale taky se začal snažit pomáhat. Neodsoudil mě, jako že jsem blázen nebo tak něco. Samozřejmě, že si z toho děláme občas legraci, takže tady občas slovo blázen nebo blázen padne. Ale to člověk vnímá pozitivně, ne

jako nějaký podraz nebo něco. Od přátel, jsem se taky nesetkala s nějakou negativní reakcí. A jestli tam něco bylo od těch přátel, tak tím jak jsme se odstěhovali, tak jsem se to nestačila asi dozvědět, že by se mnou přestali kamarádit nebo mluvit. Takže to nemůžu říct no.

**Takže vlastně ta změna se projevila tím způsobem, že ti více pomáhali a snažili se to pochopit, jo?**

Spíš takhle no. Ptali se mě hodně na to, co to je, co to obnáší. Teď už i děti se mě ptají, protože už jim je 13, tak už se o to zajímají. No a můžu o tom mluvit úplně otevřeně no.

**Další otázka je, proč si myslíš, že se jejich chování nezměnilo? Že tě nějak neodsoudili, nebo tak.**

No myslím si, že je to daný tím vztahem, kterej tam byl už předtím vybudovanej. Že doopravdy to byli přátelé, se kterýma se znám dlouho a vlastně patří tak nějak do neuzšího okruhu známých. Co se týče kamarádů takovejch, tak to vůbec nevím, jak reagovali. To jsem se tak nějak ani neptala, protože jsem ani neměla čas si dělat kamarády takový, jenom na pokec. Takže to nevím. Ale tyhle ty blízcí, to bylo tou důvěrou mezi náma, která už byla vlastně vybudovaná předtím. Tak se to snažili pochopit a naopak pomoci no.

**Pak je to oblast sousedských vztahů. Jestli tam si pocítovala někdy výraznější stigma. Ať v Praze nebo tady.**

Tak tím, že jsem bydlela buď v domečku, tak ... A tam to je otázka. Já jsem to vlastně řekla té mé jedné sousedce, takže o tom věděla, a ta se tvářila tak všelijak, že jsem si těžko mohla myslet, co si asi myslí. Asi se bála zeptat a já jsem jí to nevnucovala no. Tam jsem to cejtila, že se něco děje. Že mě neumí zařadit, asi. Ale zase to nebylo, že bysme spolu přestaly kamarádit, nebo přestaly mluvit. To ne. Pak jsem bydlela v té novostavbě a tam jsme se vůbec neznali, takže tam to bylo v pohodě. No a v těch bytech, co jsem měla pronajatý, tak tam jsem ty sousedy vůbec neznala. Takže v týchletý oblasti nemám tak výrazný zkušenosti, až na ten domeček, kde jsme bydleli, tak na té kamarádce bylo vidět, že je z toho taková nesvá, když mě potkala.

**A tady teď nemáš žádný problém?**

Tady nevím, co si o mě myslej. Jako ti nejbližší přátelé říkají, že je to v pořádku, že jsem doma a že funguju. A takový ty kamarádi jako jenom vokolo, nevím, co si o tom



myslej. To jsem neměla šanci, tím jak je ten covid, dozvědět. Tím jak je člověk furt zalezlej, nemá šanci se dostat mezi lidi, a já tady bydlím tři roky, takže tady nebydlím dlouho, tak nevím, jestli o mně někdo říká, že jsem blázen nebo ne. Zatím se mi to nedoneslo.

### **Takže se tady s lidma ze sousedství moc nesetkáváš?**

Ze sousedství ne. Setkávám se tu s klukama z hospody, protože já tady nemám jako fakt ženský kamarádky. Mám tady kluky kamarády, a ty chlapy jsou jiný než ty ženský, ty jsou v pohodě a s holkama se fakt nesetkávám no. Neměla jsem kde, neměla jsem příležitost. S jednou paní jsem se setkala, ta taky trpěla nějakyma depresema, tak jsme si o tom povídaly a tam to bylo vzájemný vlastně. Nebyl tam ten pocit toho, že by jí to vyděsilo, že jsem jako diagnostikovaná, protože ona sama taky měla problémy.

### **A chtěla bys být víc v kontaktu s těma sousedama?**

Asi jo, já jsem o tom teď přemýšlela, ale zase tím jak je ten covid, ono je to hrozně ovlivněný tím covidem, takže bych s těma ženskejma třeba navázala bližší kontakt, to určitě. No a trošičku se tady jako víc dostala do toho dění. Protože jsem tady chodila jenom do toho klubíku, co tady máme. Tam jsem měla známí, ale ty o mně nic nevědí. A přeju si se seznámit tady víc. Teď je otázka, jestli se to tady už rozkřiklo, že to je ta ženská, co je v blázinci, jak jsem teďka byla pryč. To zatím nevím, to se ukáže až posléze, myslím. Po nějaký době.

### **A jak vnímáš přístup odborníků? Tím myslím třeba doktory, obvod'áky, psychiatry, pak tady mám i pracovníky na úřadech a sociální pracovníky.**

Tak na úřadech jsem měla kliku. Já jsem měla vždycky hrozně příjemný pracovníky na úřadech, tak tam nemám žádnou špatnou zkušenost. A co se týká doktorů, tak já už dlouhý léta jsem u jedny paní psychiatricky, který jsem věřila. Pak jsem teda přešla tady k jedny paní doktorce, ale s tou jsem si úplně nesesdla, takže jsem se teďka zase po tý hospitalizaci vrátila k tý mý bejvalý, že za ní dojíždím až do [REDACTED] [REDACTED]. Protože se mi to furt vyplatí než s touhle paní doktorkou tady. Co se týká obvod'áka, ten je takovej jako odměřenej, celkově. Nevím, jak se úplně staví k tomu mýmu onemocnění, protože jsem tuhle za ním přišla, jako že mi není úplně dobře. Já jsem věděla, že je to od těch nervů, nebo že to souvisí s tou nemocí, ale chtěla jsem to zkusit nějak jinak. Třeba, že by to šlo. No a on mě hnedka poslal k psychiatrice, že to je jasný, že je to zase ta

nemoc, že se mám obrátit na psychiatricku. Víc se o tom se mnou nebavil. Takovej strohej.

**Takže vlastně když se něco děje, tak to přikládá za vinu té nemoci?**

No, víceméně pokaždý, když jsem u něj byla, kromě gastrokopie, na kterou mě poslal, tak to vždycky všechno bylo od týhle ty nemoci. Už k němu nechodím moc často, protože vím, že to mám daný tou nemocí všechno. Psychologové a sociální pracovníci ... Se sociální pracovníci jsem se já jako klient nesetkala, já jen v tý práci a tam je to dobrý, tam to musím ohodnotit pozitivně. Takže jako já klient a sociální pracovník tam tu zkušenost nemám. No a psychologové, s těma jsem měla většinou dobrý zkušenosti.

**A s tou paní psychiatrickou tady, jak jsi říkala, že ses nakonec vrátila k tý předchozí, tak tam si cítila jiný přístup?**

Tam mně trošku připadal takovej jako ne úplně velkej zájem o to. Že mi napsala léky, já jsem jí řekla, že chci snižovat, tak ona začala snižovat. Stýkaly jsme se jednou za tři měsíce, tak takový že jsem si nebyla úplně jistá, jestli jí to zajímá nebo nezajímá vůbec. Na jednom sezení mi řekla, jestli se toho chci doopravdy zbavit tý nemoci, tak jsem jí řekla, že samozřejmě, tak mi dala nějakou dietu, abych držela. Tak jsem to zkusila, ale bylo to strašný, vůbec mi to nechutnalo, tak jsem to přestala držet. Člověk by fakt udělal všechno jo, ale pak když o tom pochybuješ, tak to pak není úplně to pravý ořechový. Takže jsem v ní vlastně jakoby ztratila důvěru.

**A cejtíš teda u těch odborníků nějakou stigmatizaci?**

Jo, u toho obvod'áka určitě. Tam určitě. U těch psychiatrů ani ne, nebo mám pocit, že jsem se s tím nesetkala, ani v nemocnici a ani u tý mé psychiatricky. No a u tý tady, tam to bylo fakt takový jako že divný, že člověk fakt nevěděl, co si má myslet o paní doktorce. Jestli jí to vůbec zajímá nebo nezajímá. Řekla „tak jak se máte paní [REDACTED]“. Je fakt, že já jsem jí lhala teda jo. Takže možná že kdybych řekla pravdu, tak pak by to bylo o něčem jiným. Ale já jak jsem se chtěla zbavit těch prášků, tak jsem vždycky řekla, že se mám dobře, že mě nic netrápí, že můžeme zase snížit. To už mi ale dobře nebylo. Tak si za to možná můžu taky sama. Ale u toho obvod'áka tam to jako cejtím. Tam mám pocit, že jsem zaškatulkovaná jako psychiatrickej pacient a všechno je to od nervů.

**A myslíš, že se tihle odborníci – pracovníci snažej aktivně bořit ty mýty a předsudky vůči lidem s duševním onemocněním? Bojovat proti té stigmatizaci?**

To si nemyslím, že by nějak aktivně. Jako sociální pracovníci takhle v těchto organizacích určitě ano, to jo. Ale jako samotný psychiatři a obvodní lékaři, tak to si myslím, že vůbec ne. Že to je tak jako nový, a na jednu stranu nový děláni tu destigmatizaci a na druhou stranu to, že tady ta stigmatizace je, že je to tak zakořeněný, že vlastně proti tomu odborná společnost fakt nic nedělaj.

**Takže vlastně jenom ti sociální pracovníci, jo?**

Určitě, tyhle ty organizace, to jo, ale jinak co vnitřně cejtím, tak si myslím, že ne. Jak jsem si tím prošla, tak určitě ne. Já pořád přemýšlím o tom obvod'ákovi, kterého jsem měla v Praze, já jsem dlouho obvod'áka neměla vlastně. No ale tam taky ne, tam byly starý doktorky, to byly důchodkyně, takže tam určitě ne.

**Pak tady mám otázku, co si myslíš o médiích a o tom, jak popisují duševní onemocnění a lidi s duševním onemocněním? Jak ty to vnímáš?**

Myslím si, že vůbec nevědí, o čem mluvěj. Že vůbec nemaj představu, o čem mluvěj a málokdy jsem se setkala s nějakým, když už jsem něco takovýho slyšela, a nemluvil o tom přímo ten duševně nemocnej člověk nebo psycholog nebo pracovník z těch organizací, tak o tom moc nevědí. Myslím si, že to je tak, že to není zajímavá oblast, která by byla mediálně taková zajímavá pro lidi a lidi nás maj zaškatulkovaný, hlavně schizofreniky a to že jsou nebezpečný lidi a jsme prostě blázni a víc se o to nezajímaj, nemaj tu potřebu. A ty média tomu moc nepomáhaj no.

**Myslíš, že občas šířej i dezinformace, nepravdivý zprávy o duševně nemocných?**

Jo, to určitě si myslím, že jo. Hlavně teda co se týká těch schizofreniků, tak stoprocentně, tam jsem to i slyšela na vlastní uši. Co se týká nás jako bipolárek nebo depresí, tam jsem taky slyšela nějaký nesmysly, hlavně o těch depresích. Takže rozhodně šířej. Nemyslím si, že tady by to bylo tak nastavený, že by se pro to dělalo nějaký maximum úplně. Že ty organizace se snažej dělat maximum, ale média a široká veřejnost, těm je to jako úplně jedno.

**Mám tu poslední otázku, jestli tě napadá ještě nějaká jiná oblast, kterou jsem nezmínila, kde cítíš výraznější stigma?**

Já naštěstí jako úplně tu zkušenost nemám, je to jen pár oblastí, kousek života. Ale že bych výrazně pociťovala stigma, to ani ne. Já o tom taky moc nemluví, ale to asi většina lidí, no a maximálně přítel, ten mě jako stigmatizuje, docela dost často, ale v dobrým, ne že by to bylo jako ve špatným. Ale takhle co jako přemejšlim, tak ne. Ale teďka je to daný tím covidem. Protože už je to skoro rok a člověk jak nechodí do společnosti, co já jsem teďka byla ty dva měsíce na tý hospitalizaci, tak jsem vlastně mimo společnost, tak se to nedá tak úplně říct no.

**Teď mě ještě napadlo, děti nemají problém ve škole, že by se jim spolužáci smáli, nebo tak?**

No vzhledem k tomu, že to tady nikdo neví, až teďka vlastně možná po tý hospitalizaci, že to budou vědět. Ale nechoděj do školy, takže zatím nemaj. Ale já si teda myslím, že tu největší stigmatizaci pociťuje člověk sám se sebou jo, protože o tom ví, žije s tím a je v každodenním kontaktu. Ten člověk, i když tu nemoc má, tak nemůže říct „jsem vyléčený“. Já osobně dennodenně vím o tý nemoci, mám úzkosti, mám nepříjemný pocity. Ačkoliv jsem zaléčená, ačkoliv beru spoustu léků, tak pořád dennodenně ji mám prostě za krkem. Takže si myslím, že ta stigmatizace hodně vychází i z těch klientů samotných, z jejich pocitů.