

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

Vliv stigmatu duševní nemoci na sebepojetí člověka

Bakalářská práce

Autor: Kateřina Víková

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: 6731R012 Sociální práce

Vedoucí práce: MUDr. Zuzana Ernestová

Hradec Králové

2016

Zadání bakalářské práce

Autor: Kateřina Viková
Studium: U13142
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce

Název bakalářské práce: Vliv stigmatu duševní nemoci na sebepojetí člověka

Název bakalářské práce AJ: The influence of stigma of mental illness on the self concept

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem mé bakalářské práce na téma Vliv stigmatu duševní nemoci na sebepojetí člověka je zjistit, jaký vliv může mít stigma duševního onemocnění na vnímání sebe sama. S tím se pojí i působící faktory (emoce, mezilidské vztahy, léčba), které ovlivňují sebepojetí osob s duševním onemocněním. V teoretické části se zaměřuji, na přiblížení pojmů jako je: stigma, stigmatizace, sebestigmatizace a to vše v souvislosti s duševním onemocněním. Blíže se budu věnovat popisu onemocnění jako je schizofrenie, bipolární afektivní porucha a závislost na alkoholu, jelikož jsou i předmětem mého výzkumu. Pokouším se také o uvedení možností destigmatizace osob s duševním onemocněním. Ve výzkumné části své bakalářské práce se věnuji samotnému sběru dat a jejich následnému vyhodnocení. Pro sběr dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor a vyhodnocovány jsou otevřeným kódováním. Klíčová slova: duševní onemocnění, stigma, stigmatizace, sebestigmatizace, sebepojetí, destigmatizace, média, norma a normalita.

GOFFMAN, Erving. Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity. Vyd. 1. Překlad Tomáš Prášek. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 167 s. Most (Sociologické nakladatelství), sv. 3. ISBN 8086429210.

OCISKOVÁ, Marie, PRAŠKO, Ján. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Vydání 1. Praha: GradaPublishing, 2015, 374 stran. Psyché (Grada). ISBN 9788024751993.

HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan et al. Psychiatrie. 2. dopl. a opr. vyd. Praha: TIGIS, 2004, 883 s. ISBN 8090013074.

PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 246 s. ISBN 9788026207313.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 9788073674144.

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky,
Ústav sociální práce

Vedoucí práce: MUDr. Zuzana Ernestová

Oponent: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 4. 12. 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením MUDr. Zuzany Ernestové a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Trutnově dne 20. 6. 2016

Kateřina Víková

Poděkování

Děkuji celé své rodině a přátelům za velkou podporu při vypracování této práce. Dále děkuji MUDr. Ernestové za poskytnutí odborných rad, týkajících se mé práce.

Abstrakt

Viková Kateřina. *Vliv stigmatu duševní nemoci na sebepojetí člověka*. Hradec Králové, 2016. 63 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: MUDr. Zuzana Ernestová.

Cílem mé bakalářské práce na téma *Vliv stigmatu duševní nemoci na sebepojetí člověka* je zjistit, jaký vliv může mít stigma duševního onemocnění na vnímání sebe sama. S tím se pojí i působící faktory (emoce, mezilidské vztahy, léčba), které ovlivňují sebepojetí osob s duševním onemocněním. V teoretické části se zaměřuji, na přiblížení pojmů jako je: *stigma*, *stigmatizace*, *sebestigmatizace* a to vše v souvislosti s duševním onemocněním. Blíže se budu věnovat popisu onemocnění jako je schizofrenie, bipolární afektivní porucha a závislost na alkoholu, jelikož jsou i předmětem mého výzkumu. Pokouším se také o uvedení možností destigmatizace osob s duševním onemocněním.

Ve výzkumné části své bakalářské práce se věnuji samotnému sběru dat a jejich následnému vyhodnocení. Pro sběr dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor a vyhodnocovány jsou otevřeným kódováním.

Klíčová slova: duševní onemocnění, stigma, stigmatizace, sebestigmatizace, sebepojetí, destigmatizace, média, norma a normalita

Abstrakt

Viková Kateřina. *The influence of stigma of mental illness on the self - concept*. Hradec Králové, 2016. 63 s. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové. Leader of the Bachelor Degree Thesis: MUDr. Zuzana Ernestová.

The aim of my thesis on the topic of The influence of the stigma of mental illness on the self - concept, is to find out what influence may have the stigma of mental illness on self - perception. In this connection there also acting factors (emotions, relationships, therapy), that affect the self - concept of people with mental illness. The theoretical part focuses on the approximation of related concepts, such as: stigma, stigmatization, self stigmatization and all this in the context of mental illness. Closer I would like to describe mental illness of schizophrenia, bipolar affective disorder and alcohol dependence as well as the subject of my research. I am trying to put options with stigma of people with mental illness.

In the research part of my thesis is devoted to the collection of data and their subsequent evaluation. For data collection, I chose a semi - structured interview and evaluated are by open coding.

Keywords: mental illness, stigma, stigmatization, self stigmatization, self – concept, destigmatization, media, norm and normality

SEZNAM ZKRATEK

DO – duševní onemocnění

BAP – bipolární afektivní porucha

TO – tazatelská otázka

DC – dílčí cíl

HC – hlavní cíl

Obsah

Seznam zkratk	7
Úvod	11
I. Teoretická část	13
1. Stigma duševního onemocnění	13
1.1 Stigma.....	13
1.2 Vybraná duševní onemocnění	16
1.2.1 Schizofrenie	17
1.2.2 Bipolární afektivní porucha (BAP).....	19
1.2.3 Závislost na alkoholu	21
1.3 Příklady léčebných metod	22
1.3.1 Farmakoterapie	23
1.3.2 Psychoterapie	23
1.3.3 Komunitní péče.....	23
2. Stigmatizace osob s duševním onemocněním	25
2.1 Sebestigmatizace	26
2.2 Destigmatizace	27
3. Média a jejich vliv na společnost	29
3.1 Prezentace médií osob s duševním onemocněním	30
3.2 Média ve světě a v České republice	30
4. Faktory ovlivňující sebepojetí a normalita	31
4.1 Sebepečení.....	31
4.2 Faktory ovlivňující sebepojetí osoby s duševním onemocněním	32
4.3 Norma a normalita.....	34
Shrnutí teoretické části.....	38
II. Výzkumná část	39
5. Charakteristika výzkumu	39
5.1 Formulace hlavního cíle výzkumného šetření.....	39
5.2 Formulace dílčích cílů výzkumného šetření.....	39
5.2.1 Dílčí cíl DC 1	39
5.2.2 Dílčí cíl DC 2	39
5.2.3 Dílčí cíl DC 3	39
5.2.4 Dílčí cíl DC 4	40
5.3 Zvolená výzkumná strategie.....	40
5.4 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek.....	43
5.5 Volba výzkumného souboru.....	44
5.6 Popis organizace a průběhu výzkumu	44
5.7 Způsob získávání a zpracování dat.....	46
5.8 Rizika výzkumu a výzkumné strategie.....	46
5.9 Analýza a interpretace údajů	47
5.9.1 Dílčí cíl 1.	47
5.9.2 Dílčí cíl 2	48
5.9.3 Dílčí cíl 3	49
5.9.4 Dílčí cíl 4	50
Shrnutí výzkumné části.....	56
Závěr a diskuse	58

Bibliografie	60
Monografie.....	60
Periodika	62
Elektronické zdroje	62
Seznam příloh	63

ÚVOD

Tato bakalářská práce na téma „Vliv stigmatu duševní nemoci na sebepojetí člověka“, se zabývá tím, jak může duševní onemocnění působit na vnímání sebe sama. S tímto procesem se pojí působení různých faktorů. Jedná se jak o působení společnosti na jedince s DO, tak i o emoční prožívání dané osoby, rodinným zázemím či mezilidskými vztahy. Tyto a další faktory se pak mohou pojit s tím, jak osoba s DO, vnímá sama sebe. Lidé s duševním onemocněním si s sebou mohou nést i určitý cejch, který je s DO často spojován. Je to zejména tím, jakým způsobem je ve společnosti prezentována problematika duševního onemocnění. Společnost ovlivňují především média, a proto je důležité prezentovat osoby s duševním onemocněním pokud možno ne stigmatizujícím způsobem.

Toto téma, jsem si vybrala, protože v mém okolí i rodině přicházím do kontaktu s osobami s duševním onemocněním a ráda bych s touto cílovou skupinou do budoucna pracovala. Zajímalo mě, jak se vnímají osoby s různým DO, a jaké faktory na ně působí. Vzhledem k tomu, jak je každý člověk jedinečný, je i jeho vnímání jedinečné. Považuji za důležité, přistupovat k osobám nejen s DO, individuálním způsobem. Protože nikdo nemůže přesně vědět, co se v daném člověku právě odehrává a když je navíc postihnut duševním onemocněním, může být jeho sebepojetí velmi složité. I proto se věnuji právě tomu, jaký vliv, může mít stigma spojené s duševním onemocněním na sebepojetí těchto osob. To, zda lidé ve spojení se svým DO, pociťují stigmatizaci neboli určité znevýhodnění od svého okolí, i to je předmětem této práce.

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit, jaké faktory ovlivňují sebepojetí respondentů s DO, vlivem stigmatizace. Určila jsem si čtyři dílčí cíle, které jsem rozdělila podle toho, zda osoby s DO pociťují stigmatizaci, a jaké faktory mají vliv na jejich vnímání sebe sama. Prvním dílčím cílem je zjistit, jak se respondenti cítí být stigmatizovaní (znevýhodnění) kvůli svému DO. Druhým dílčím cílem je zjistit, v jakých oblastech jejich života se cítí být stigmatizovaní. Třetím dílčím cílem je zjistit, jak ovlivňují vnitřní faktory sebepojetí respondentů. A úkolem čtvrtého dílčího cíle bylo zjistit, jak ovlivňují vnější faktory sebepojetí respondentů.

K naplnění hlavního a dílčích cílů použiji kvalitativní výzkumnou strategii, protože kvalitativní výzkum dává možnost získat detailnější a hlubší informace o zkoumaném jevu. Potřebná data zjistím pomocí kvalitativního dotazování a to konkrétně technikou osobního rozhovoru. Osloveni budou osoby s různým druhem duševního onemocnění. Jako typ rozhovoru bude použit polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami.

Předkládaná práce by měla mít přínos pro sociální práci zejména proto, že v praxi přicházejí sociální pracovníci do kontaktu s osobami s duševním onemocněním velmi často, např. ve stacionářích, denních centrech, psychiatrických léčebnách ale i na úřadech. Každý sociální pracovník by proto měl mít povědomí o tom, jaká úskalí může osoba s duševním onemocněním nést na svých bedrech. Stigma jako takové můžou prožívat i další cílové skupiny osob, se kterými sociální pracovník přichází do styku (osoby s handicapem, senioři, různé národnosti menšiny, osoby po výkonu trestu atd.). Správný sociální pracovník by měl být intuitivní, umět naslouchat a snažit se porozumět svému klientovi. K tomu právě může posloužit předkládaná práce, protože se zaměřuje na sebepojetí osob s duševním onemocněním. Člověk sice nikdy nemůže vidět druhému do hlavy a vědět co si myslí, avšak pokud bude mít znalosti o dané problematice a bude schopen si dát věci do souvislostí, je to přesně to, co je potřeba k úspěšné práci sociálního pracovníka.

V teoretické části mé práce se pokouším o objasnění klíčových pojmů, které jsou nezbytné k pochopení výzkumné části. Nedílnou součástí je také analýza možných teoretických východisek dle současného teoretického poznání s využitím odborné literatury a zdrojů, souvisejících s popisovaným tématem.

Ve výzkumné části této bakalářské práce budu zjišťovat, jak se vnímají jednotlivé osoby s DO, zda mají pocity stigmatizace, a jak se jim s DO žije.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. STIGMA DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ

V této kapitole uvádím podstatné aspekty týkající se stigmatu, které se pojí s duševním onemocněním.

1.1. Stigma

V úvodu této kapitoly považuji za nezbytné objasnit etymologii slova stigma. „*Stigma, mn. č. stigmata (řec. στίζω – bodám) bodnutí zejména ostrým nástrojem vybodena nebo žhavým železem vypálená značka, potupné znamení. Řekové a Římané znamenali takto uprchlé otroky. Otrok stigmatem označený sluje u Řeků στιγματίας (stigmatias) a u Římanů inscriptus. Značka bývala vpalována nejčastěji na čele, na rukách a na nohách. Stigmatizování je vlastně druhem tetování. Odtud i moderně se užívá výrazu stigmatizovati ve významu: někoho na pranyř stavěti, veřejně poznamenati*“ (Ottův slovník naučný, s. 128).

Lidé s duševním onemocněním jsou vnímáni svým okolím jako nebezpeční, protože mají odchylné chování a jejich okolí se tak může cítit v ohrožení. Působí zde strach a nepochopení osoby s duševním onemocněním. Tento strach a nepochopení působí i u duševního onemocnění, pro které není odchylné chování charakteristické (např. úzkostné poruchy). Takovému postoje jsou zřejmě způsobeny vlivem samotné nálepky, který může být větší než samotné informace a fakta o osobě s duševním onemocněním. (Hatzenbuehler et al., dle Ocisková a Praško, 2015, s. 22).

Zajímavá je i definice stigmatu od Probstové a Pěče (2014, s. 241), kteří popisují stigma osoby s duševním onemocněním jako určitý „cejch“, který v sobě nese „*negativní přesvědčení a očekávání o pacientovi (i jeho rodině) spojená s nemocí a její léčbou. Představek, že lidé s duševním onemocněním jsou jako skupina nežádoucí, je třeba se jich bát, vyhýbat se jim*“.

Z výše uvedeného je tedy jasné, že se vždy jednalo o označení někoho, koho je třeba nějakým způsobem oddělit od okolní společnosti. A proč oddělit? Odpověď je zřejmá, protože se daný jedinec odlišuje a právě to společnost většinou přijímá negativně. Právě

odlišnost a jiný způsob projevů chování či vedení života může být přijímáno se strachem okolí. Dalším problémem je fakt, že společnost již nevidí samotné pozadí života člověka s duševním onemocněním (jeho minulost, problémy, bližší informace o jeho onemocnění), ale vidí pouze to, že si například mluví sám pro sebe, a proto ho považují za „blázna“.

Druhy stigmatu v pojetí osob s duševním onemocněním

Sociolog Erving Goffman (2003, s. 12-13) pojednává o třech naprosto odlišných typech stigmat. Tyto typy stigmat se pak mohou prolínat mezi sebou, a proto je jejich interpretace na místě. V prvním případě se jedná o *ošklivost tělesné*. Další popisuje jako *vady charakteru* (slabá vůle, falešná přesvědčení či nepoctivost). Tyto vady jsou připisovány zejména lidem s duševním onemocněním, vězňům, alkoholikům, homosexuálům, nezaměstnaným, ale vážou se i k lidem, kteří se pokusili o sebevraždu. Jako poslední typ popisuje Goffman *kmenová stigmata rasy, národa a náboženství*, která se mohou šířit napříč rodovými liniemi. Postoje, které zaujímá společnost k osobě se stigmatem, mohou mít shovívavý charakter jednání. Mnozí totiž věří, že jedinec se stigmatem „*není tak docela člověkem*“ nebo že je dokonce „*horší než člověk*“. Tak se opíráme o různé formy diskriminace, kterými mnohdy nevědomě, snižujeme životní šance osoby se stigmatem. V běžném hovoru se také často setkáváme s užíváním konkrétních stigmatizujících výrazů jako je *maniak*, *imbecil* či *mrzák*. Tato slova jsou užitá jako metafory a symboly, přesto se málokdo zamyslí nad jejich původním významem.

Baštecký se věnuje popisu *zjevného* (např. neupravený člověk) a *skrytého stigmatu*. Pro skryté stigma je charakteristický vlastní pocit méněcennosti a tím i jakési navádění společnosti, aby dotyčného za méněcenného považovala a tudíž i označovala. „*Stigma skryté není zpracováváno tedy pouze okolím, nýbrž převážně jeho nositelem, ve smyslu pojetí sebe sama jako méněcenného*“ (Baštecký, 1997, s. 33). Důsledkem je odlišné chování osoby s duševním onemocněním, způsobené pocitem méněcennosti nebo zaujmutí obranných strategií (např. izolace) vůči společnosti a jejím postojům. Člověk s duševním onemocněním může nabít falešného pocitu, že okolí na něm duševní onemocnění vidí, a proto se k němu chová odlišně. Záleží na pohledu člověka samotného, zda své onemocnění přijal nebo se za něj stydí a očekává tak negativní

reakce okolí. Zde se již dostáváme k samotné nálepce duševního onemocnění. Nejčastěji dochází k odmítání člověka s DO či deviantního jedince pokud je nálepka veřejně známá a jedinec se chová v rozporu s normami a v souladu s pocíťovanou stigmatizací. Nálepka člověka s DO, se na některé aplikuje nejprve na laické a později na odborné úrovni, která pak samotnou deviaci potvrdí. (Baštecký, 1997, s. 30-33).

Příčiny stojící za rozvojem stigmatu

Dle Vágnerové stojí za rozvojem stigmatu vůči menšině i osobám s DO tři hlavní teorie. První z teorií říká, že: *„Existence stigmatu omlouvá současnou sociální nespravedlnost. Lidé tedy například mohou být přesvědčeni, že pacienti vstupující do kontaktu s psychiatrií jsou méněcenní, a proto je jejich izolace oprávněná”*. Ve druhé teorii se uvádí že: *„Stigma slouží k podpoře základních psychických potřeb člověka kvůli možnosti porovnat svůj život se životem člověka s duševním onemocněním, a díky tomu se pak cítit lépe”*. A poslední teorie: *„Stigma slouží také k tvorbě mentálních zkratk, které dovolí vytvořit si rychle názor na lidi s duševním onemocněním a zařadit je tak do potřebné kategorie usnadňující vnější orientaci”* (Vágnerová dle Ocisková a Praško, 2015, s. 23).

Působení stigmatu na osoby s duševním onemocněním

Na osobu s DO může stigma působit na úrovni veřejné, strukturální a osobní. Na úrovni veřejné se jedná o to, *„jakým způsobem je stigmatizace prezentována v dané společnosti, kultuře, médiích, každodenních zvycích a postojích”*. Strukturální úroveň pojednává o fungování v oblasti zaměstnavatelů, na úřadech či dalších organizacích. A osobní úroveň, která v sobě zahrnuje sebehodnocení pacienta (Livingston JD et al., dle Ocisková et al., 2014, s. 251).

Velmi důležité je tedy rozlišování terminologie mezi *veřejným* a *osobním stigmatem*. V případě veřejného stigmatu hovoříme o běžné populaci, která podporuje předsudky a diskriminuje jedince s duševním onemocněním. Společnost tak jedná z mnoha různých důvodů a to zejména ze strachu, neinformovanosti a velký vliv na společnost mají samozřejmě i média. V rovině osobního stigmatu jsou důležité tyto faktory: jak jedinec

vnímá stigmatizaci, jakým způsobem se s ní v reálném životě setkává a jak stigma osobně přijal (Corrigan PA et al., dle Ocisková et al., 2014, s. 251).

1.2. Vybraná duševní onemocnění

V této kapitole popisují tři druhy duševního onemocnění, které jsou předmětem mého výzkumu. Jedná se o schizofrenii, bipolární afektivní poruchu a závislost na alkoholu. Výběr byl ovlivněn tím, že bipolární afektivní porucha a závislost na alkoholu se objevuje v mé rodině a onemocnění schizofrenií mě zajímá především z pohledu médií. Tato podkapitola je důležitá zejména pro lepší pochopení respondentů a jejich onemocnění.

Nejdříve si však přiblížíme termín duševního onemocnění. Janíček (2008, s. 23-24) 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 tyto příznaky prožívá v izolaci nebo v míře odpovídající pro danou situaci. Jednoduše řečeno se s danými příznaky a situacemi dokáže nějakým způsobem srovnat sám.

V MKN-10¹ mají nemoci duševního spektra svou samostatnou kapitolu a jsou označeny počátečním písmenem F. Pro sociální pracovníky je důležitá orientace v oblasti duševního onemocnění vzhledem k charakteru jejich pracovní náplni. Je důležité znát příčiny, příznaky i diagnózy duševních poruch, jejich průběh i dopad na život člověka, ale i rodiny či jejich okolí. Sami pracovníci v oblasti psychiatrické/psychosociální rehabilitace upozorňují na zužující pohled, který přináší na osoby s duševním onemocněním stigma spojené s jejich diagnózou. Pro sociální pracovníky jsou podstatné podmínky (společenské, kulturní a ekonomické) a prostředí,

¹ MKN-10 je mezinárodní klasifikace nemocí (současná 10. revize), která je používána v České republice. Pro psychiatrii je vyčleněna část nazvaná „Duševní poruchy a poruchy chování“, kde všechny psychiatrické diagnózy jsou označeny pod písmenem F (Janíček, 2008, s. 23). Diagnóza dává odborníkům možnost se mezi sebou domluvit, plánovat léčbu a rehabilitaci a do určité míry i prognózu nemocných osob (Probstová a Pěč, 2014, s. 21).

kteře ovlivňují a určují jedince a s tím spojené probíhající procesy, tedy jedinec v jeho prostředí. Hlavní pozornost sociálního pracovníka je pak směřována na vzájemné působení člověka s prostředím, na jeho fungování či adaptaci v něm a problémy z toho plynoucí. Snaha kombinovat znalost diagnostiky, kde se jedná zejména o posouzení normality a abnormality, sociální fungování, zájem o prostředí a podmínky, ale také pochopení dynamiky potíží vytvářejí v sociálních pracovnících profesní konflikt a tím i napětí (Probstová a Pěč, 2014, s. 20-21).

1.2.1 Schizofrenie

Schizofrenie patří mezi nejzávažnější i nejvíce stigmatizované psychické poruchy. Jedná se o velmi nevyzpytatelnou poruchu, jelikož průběh nemoci je u každého jedince přísně individuální a její diagnostika je proto velmi obtížná. Při onemocnění schizofrenií totiž dochází ke štěpení různých psychických funkcí. Jedná se zejména o narušení osobnosti v oblasti vnímání, myšlení, emotivity či paměti. Průběh schizofrenních poruch je buď trvalý nebo epizodický s trvalým či narůstajícím defektem. (Kučerová, 2010, s. 9-10). Přičemž důsledkem takového procesu je, že tyto složky postupně vadnou, chřadnou, ubývá jim na kvalitě a v důsledku toho vzniká stav, který nazýváme defektem osobnosti (Grover a Kulhara dle Kučerová 2010, s. 10). U schizofrenie je pravděpodobně narušena selektivita (výběrovost) vnímání, která je přirozenou ochranou proti přetížení nedůležitými informacemi. Jedinec, který trpí schizofrenií, vnímá doslova všechno a v takovém chaosu si pak podle svého udělá určitý systém, ve kterém všem věcem přiřazuje nějaký význam (Ocisková a Praško, 2015, s. 46).

Příznaky schizofrenie

Změny v chování jedince postiženého schizofrenií lze většinou pozorovat již nějakou dobu před tím, než mu je tato nemoc diagnostikována. Příznaky onemocnění jsou různé a mohou se lišit v různých fázích. Jedná se především o: přerušování sociálních kontaktů,

poruchy vnímání – halucinace² (sluchové, zrakové), bludy³, nespavost, bolesti hlavy, poruchy emotivity (úzkost, deprese, apatie), poruchy pudů (agresivita, sebevražedné sklony), psychomotorický neklid, zranitelnost, nepřiměřené emoce, inkohrentní řeč⁴, plané mudrování, problémové chování, rozvoj závislosti na návykových látkách, proměna osobnosti, změněný výklad skutečnosti se sklonem k magickému a symbolickému myšlení (Libiger in Höschl et al., 2004, s. 357-359).

Formy schizofrenie:

Uvádím pouze nejhlavnější formy schizofrenie, pro lepší porozumění a přiblížení tohoto onemocnění.

Paranoidní schizofrenie: Jedná se o nejčastěji se vyskytující typ. Spíše postihuje osoby ve vyšším věku. Mezi charakteristické projevy patří paranoidní bludy obvykle doprovázené halucinacemi a to zejména sluchovými. Takto postižený člověk se může cítit pronásledován, ohrožen jinými lidmi (Zvolský, 1998, s. 73 - 74).

Hebefrenní schizofrenie: Mezi typické projevy patří desorganizované myšlení s oploštělými a nepřiměřenými emočními reakcemi. Vyskytuje se většinou v adolescenci a typickým bývá bizarní chování (např. náhlé impulzivní reakce bez evidentního vztahu k zevním podnětům, nejasné chichotání a vtípkování, podivná gesta), (Zvolský, 1998, s. 74 - 75).

² Dle Rabocha řadíme halucinace mezi nejzávažnější poruchy vnímání. „*Halucinaci můžeme charakterizovat jako klamný vjem, o jehož skutečnosti je nemocný nevyvratně přesvědčen a který vzniká bez zjevného podnětu. Zpravidla mají vliv i na jednání nemocného jedince. Halucinace mohou být např. zrakové, sluchové, hmatové, chuťové atp.*“ (Raboch et al, 2001, s. 122).

³ Mezi nejznámější definice bludu patří formulace prof. Myslivečka: „*Blud je mylné přesvědčení, vzniklé z chorobných duševních předpokladů na chorobném psychotickém podkladu, kterému nemocný věří a které má patický vliv na jeho chování*“ (Raboch et al., 2001, s. 114).

⁴ „*Inkohrentní řeč souvisí s poruchou myšlení. Je to mluva, kdy pacient říká slova, která jsou sice srozumitelná, ale spojuje je s jinými slovy tak, že to nedává běžný smysl. Slova, která říká, mohou mít pro nemocného zvláštní význam. Porucha větné stavby může být tak značná, že se jedná o tzv. slovní salát, kdy okolí pacienta vůbec nechápe, co pacient chtěl říci. Někdy může být porušena také gramatika, a dokonce slova mohou být jen útržkovitá*“ (Kučerová, 2010, s. 13).

Katatonní schizofrenie: Tento typ schizofrenie se projevuje výraznými poruchami psychomotoriky, která může být podstatně snižená či zvýšená (neklid, nepřirozené pozice), (Zvolský, 1998, s. 75 - 76).

Příčiny a rozvoj schizofrenie:

Samotná příčina nemoci není doposud objasněna. Za rozvojem onemocnění stojí různé faktory, které se vzájemně podmiňují: genetické (rodinná anamnéza), biologické (prenatální vývoj – komplikace v těhotenství a při porodu), stres (rozvoj i relaps⁵ onemocnění), trauma (sexuální zneužívání) a prostředí (Probstová a Pěč, 2014, s. 43 - 44).

Léčba:

Základem léčby je vždy nasazení antipsychotik, které snižují výskyt a intenzitu především bludů a halucinací, upravují neklid. Doplnující léčbou je pak psychoterapie, kde mezi její hlavní pozitiva patří: zlepšení sociálních vazeb, zmírnění symptomů, snížení frekvence relapsů, motivace k rehabilitaci atd. (Probstová a Pěč, 2014, 54 - 55).

1.2.2 Bipolární afektivní porucha (BAP)

Tuto poruchu lze definovat jako opakující se období mánie, hypománie a deprese, kde je zřetelně narušena nálada a aktivita pacienta. Charakteristické je střídání období, kdy má pacient povznesenou náladu, velmi mnoho energie a tím roste i jeho aktivita a období poklesu nálady, úbytku energie a aktivity. Tyto epizody jsou ohraničené buďto remisí, nebo přeskočením do opačné polarity (Smolík, 1996). Dříve byla BAP nazývána jako maniodepresivní psychóza. Slovo mánie v sobě nese stigmatizující pojem maniak a zejména to bylo pohnutkou ke změně tohoto termínu (Ocisková a Praško, 2015, s. 78).

⁵ Relapsem rozumíme „znovuobjevení nemoci, která již byla v klidovém stádiu (remisi)”(Janiček, 2008, s. 192).

Manická fáze: Ovlivňuje schopnost myšlení, koncentraci, formulaci myšlenek i pamatování. Projevuje se zrychlenou řečí, tryskem myšlenek, velikášstvím. Dochází i ke změně chování, které se projevují neúnavností, neústupností, bizarním chováním vedoucí k pohoršení či vystrašení okolí (nemocný ze sebe strhává oblečení, křičí, pobíhá nahý na veřejnosti), to pak může vést až k nedobrovolné hospitalizaci (Češková in Raboch et al., 2001, s. 255).

Depresivní fáze: Pro tuto fázi je typické dlouhé trvání. Mezi hlavní příznaky patří smutná a sklíčená nálada, pesimismus, pocit beznaděje a bezvýchodnosti. Člověk, který trpí depresí, ztrácí zájem a prožitek radosti, má málo energie a je unaven. To pak vede ke snížení pracovního či studijního výkonu. Nemocný není schopen dokončit rozdělanou věc ani se pustit do něčeho nového. Typické je také nechutenství, úbytek hmotnosti i ranní pesimismus (deprese je nejhorší ráno). Zpomalení mentálních pochodů jsou uváděny až u 90 % depresivních nemocných. Často se vyskytují i myšlenky na sebevraždu (Češková in Raboch et al., 2001, s. 259 – 260).

Příčiny a rozvoj BAP:

Psychologické a sociální faktory se pojí se vznikem mírné a střední formy deprese a těžší formy jsou zapříčiněny faktory biologickými. BAP se mnohdy šíří napříč rodovými liniemi a to vede k úvahám o možné dědičnosti této nemoci. Jako možná příčina vzniku deprese může být nevyrovnanost s bolestivou událostí z dětství. Protipólem deprese je pak mánie, kterou můžeme chápat jako útěk před depresí. Člověk je soustředěný sám na sebe a prožívá pocit oddělení od okolního světa a cítí se jakoby nadřazený ostatním, kteří se jen tak plouží kolem. Tyto mechanismy jsou jakousi obranou před bolestí, která je spojena s touhou po ztraceném dobrém objektu. Tyto osoby pak touží po triumfu (zejména nad autoritami), popírají jakoukoli závislost i sebedestruktivnost, což může mít fatální následky nejen pro člověka trpící touto nemocí ale i pro jeho rodinu (Probstová a Pěč, 2014, s. 65 – 66).

Léčba BAP

Manická i depresivní fáze mají svoji dynamiku a léčebné cíle se tudíž liší podle fáze léčby. Při akutní fázi se nasazují stabilizátory nálady. Vhodná je i psychoterapie. Je

důležité, aby pacient dodržoval léčebný režim, protože se často jedná o celoživotní problém (Češková in Raboch et al., 2001, s. 259).

1.2.3 Závislost na alkoholu

Americký profesor psychologie E. M. Jellinek na základně svých výzkumů na tisících alkoholiků vytvořil schéma, které popisuje průběh tohoto onemocnění. Jeho práce pak velmi přispěly k tomu, že Světová zdravotní organizace uznala závislost na alkoholu jako nemoc. Závislost na alkoholu je zejména tělesné onemocnění, které se projevuje tak, že pokud do sebe závislý člověk nedostane dost návykové látky, objeví se abstinenci příznaky (třes, neklid, silná touha se napít, pocity slabosti apod.). Člověk závislý na alkoholu potřebuje alkohol stejně tak jako vzduch k dýchání a bez odborné pomoci není schopen přestat pít. Avšak na vývoji závislosti mají významný podíl psychické faktory a to především v počátcích rozvoje závislosti, které jsou obvykle vyvolány psychickou situací (Röhr, 2015, s. 160 - 161).

Fáze a příznaky alkoholismu dle Jellineka:

Počáteční (prealkoholická) fáze: Je typická pitím pro úlevu. Různé stavy vnitřního napětí, stres, smutek, prázdnota či nuda se přebíjejí alkoholem. Po požití alkoholu přichází alespoň dočasná úleva (Röhr, 2015, s. 161).

Varovná (prodromální) fáze: V této fázi se stává problémem stále vyšší a vyšší konzumace alkoholu. Člověk navíc sám tuší, že takovéto stupňování není tak úplně v pořádku. Vzhledem k tomu, že na sebe nechce upozorňovat, konzumuje alkohol potají. Rozvoj závislosti pokračuje tehdy, když návyková látka nabírá na významnosti. Jedinec myslí neustále na alkohol a zajímá se především o to, aby ho měl dostatek. Nic jiného ho v podstatě nezajímá a začínají se vynořovat pocity viny, vyhýbá se nepříjemným narážkám na toto téma. Mezi zřetelné znaky chorobné závislosti patří výpadky paměti tzv. „okna“ (Röhr, 2015, s. 161 - 162).

Rozhodná (kritická) fáze: Nemocný se snaží udržet konzumaci alkoholu pod kontrolou, ale již toho není schopen. Naopak kontrolu ztrácí a řídí ho především vnitřní nutkání. Chorobně závislý jedinec si vytváří tzv. *vysvětlovací systém*, kterým ospravedlňuje své pití (pracovní vytížení, politika, nespravedlnost atd.). Konzumace alkoholu postupem času negativně proměňuje osobnost závislého a to zejména v negativním slova smyslu (agrese, podrážděnost, rozladěnost). Nastává izolace a pití o

samotě, přerušení kontaktů s přáteli, slábne spolehlivost a nakonec i ztráta zaměstnání. Zanedbávání zevnějšku, stavování a své myšlení směřuje výlučně na alkohol. Alkoholici často dramatizují banality a často se opakují. Pití začíná již v časných ranních hodinách a stává se posedlostí (Röhr, 2015, s. 162 - 163).

Konečná (chronická) fáze: začíná dle Jelínka *protahováním opojení*. Nemocný je opilý již celodenně a jeho mozek je stále více zatěžován extrémní intoxikací. Vyznačuje se především poruchami koncentrace, myšlení, zpomalenými pohyby, což lze napravit pouze dlouhodobější abstinencí. Kolem deseti procent chorobně závislých prožívá bludné představy v podobě alkoholové psychózy. Nemocný ztrácí hodnoty a pije i ve společnosti sobě nerovných. Organismus je už tak slabý, že snese už jen docela málo alkoholu. Tento stav se nazývá *ztráta tolerance*. Přichází celkové zhroucení, těžké depresivní stavy i sebevražedné pokusy. Detoxikace lidí závislých na alkoholu by měla být prováděna v nemocnicích (Röhr, 2015, s. 163 - 164).

Léčba závislosti na alkoholu:

Vzhledem k závažnosti onemocnění je většinou nevyhnutelný pobyt v protialkoholní léčebně. Kde nemocný absolvuje psychoterapii někdy i s nasazením psychofarmak (vzhledem k možným depresivním a dalším stavům). Cílem léčby je uvědomění si závislosti, jejich dopadů a závažnosti. Léčba je dlouhodobá a celoživotní, jejíž součástí je nutná změna životního stylu a striktní abstinence od alkoholu a jiných návykových látek. Mnoho nemocných se domnívá, že když zdárně absolvují pobyt v protialkoholní léčebně, zvládnou mít své pití již pod kontrolou. Avšak pobyt v léčebně je teprve začátek a je nezbytná i následná péče a neupadnutí do pocitu, že mám již vše plně pod kontrolou (Orel, 2015, s. 55).

1.3. Příklady léčebných metod

„V období akutní nemoci se využívá lůžkových nebo ambulantních zdravotnických zařízení. Ústavní péče v psychiatrickém zařízení je nutná u pacientů, kteří nemají schopnost zajistit si základní potřeby, a u těch, kdo představují vážné nebezpečí pro sebe (sebevražda) či pro své okolí (násilné chování)“ (Matoušek et al., 2007, s. 99).

1.3.1 Farmakoterapie

Obecně se dá říci, že psychofarmaka jsou léky určené k léčbě psychických a psychosomatických poruch či potíží. Jedná se o nejrozšířenější metodu léčby psychických poruch a stává se tak i hlavní součástí komplexní péče o duševně nemocné. I s užíváním psychofarmak je spojené stigma typu: Ty máš prášky na hlavu? Tak to jsi na tom asi fakt špatně (postižený je považován za blázna). Takovéto názory jsou většinou slýchávány od lidí, kteří nemají nejmenší povědomí o duševním onemocnění a její léčbě. Psychofarmaka jsou bohužel stále do určité míry negativně vnímanými léky, opředenými mnoha mýty. Jako že po psychofarmakách se hloupne, člověk bude od rána do večera vychechtaný nebo naopak utlumený a skončí jako troska. Právě takovéto dezinformace pak odrážejí lidi od užívání psychofarmak i přes jejich závažné psychické problémy. Což může mít mnoho negativních následků od zhoršení průběhu onemocnění počínaje. Nejlepším způsobem je proto informovat se o daných psychofarmakách a v případě problémů či nežádoucích účinků se nebránit konzultaci se svým psychiatrem. Mezi hlavní účinky psychofarmak patří změna duševního stavu jedince nikoli změna jeho osobnosti (Janíček, 2008, s. 115 - 116).

1.3.2 Psychoterapie

Psychoterapie je především léčbou, ale působí i jako prevence a rehabilitace poruch zdraví, která se praktikuje pomocí speciálních psychologických prostředků komunikační a vztahové povahy. Hlavním cílem psychoterapie je přinést nemocnému člověku úlevu a podpořit zdravé stránky jeho osobnosti. Existuje mnoho terapeutických postupů, jako je např. rozhovor, umělecká tvorba, psychodrama či relaxace. Samotná psychoterapie pak probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a pacientem (Vymětal, 1997, s. 14).

1.3.3 Komunitní péče

Velmi důležitou součástí léčby duševního onemocnění je i komunitní péče. Jedná se o široký soubor služeb, programů a zařízení, kde je hlavním cílem umožnit lidem s duševním onemocněním žít v podmínkách běžného života, tak aby byly co nejvíce uspokojeny jejich potřeby. Komplexnost takových služeb spočívá ve spolupráci mezi

odborníky ze zdravotní a sociální sféry. Důležitým procesem takovéto péče je, že uživatelé (klienti, rodinní příslušníci) jsou vnímáni jako partneři. Komunitní péče se uskutečňuje např. v denních stacionářích, krizových psychiatrických centrech nebo formou podporovaného bydlení či zaměstnání a je tak protikladem k péči ústavní, kde je typické dlouhodobější oddělení nemocných od jejich přirozených lidských společenství. (Probstová a Pěč, 2014, s. 237).

V rámci připravovaných reforem psychiatrické péče se nyní uskutečňuje pilotní projekt Centrum duševního zdraví (CDZ). Tato centra by měla sloužit pacientům, kteří byli propuštěni z psychiatrických léčeben, a pomoci jim se sociálním začleněním. Centra duševního zdraví by měla tvořit určitý mezistupeň mezi dlouhodobými léčebnami, akutními lůžky v nemocnicích a ambulantní sférou. Celkem by mělo vzniknout 30 center duševního zdraví. V každém centru by mělo pracovat kolem dvaceti zaměstnanců, z toho by měl polovinu tvořit zdravotnický personál včetně psychiatrů a psychologů, a další polovinu by měli tvořit sociální pracovníci. Ministr zdravotnictví Němeček dále uvádí, že po vzniku těchto center by se mohlo začít i s transformací velkých léčeben. Centra duševního zdraví by měla být financována z evropských peněz (Česká televize/čt24, 2015).

Osobně vidím v tomto projektu možný přínos jak pro osoby s duševním onemocněním, tak i pro budoucí zaměstnance. Je to další krok k tomu, jak zlepšit péči o osoby s DO.

2. STIGMATIZACE OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

V úvodu této kapitoly bych ráda uvedla jednu z možných definic stigmatizace. Důležitou podstatou této definice je, že pojednává o stigmatizaci jako o procesu, což znamená, že daná osoba již stigmatizaci nějakým způsobem zakouší. *„Stigmatizací rozumíme sociálně psychologický proces, který označuje jedince negativní nálepkou na základě odlišnosti, která je pro druhé z nějakého důvodu nepřijatelná”* (Goffman; Finzen, dle Ocisková et al., 2014, s. 251).

Probstová a Pěč (2014, s. 241) uvádějí, že stigmatizace a s ní spojená diskriminace osob s DO, se dotýká nejen jednotlivců, ale i společnosti a komunity. Lidé s DO, jejich rodina i známí, profesionálové (sociální pracovníci, psychiatři) jsou tedy jak objekty, tak i subjekty stigmatizace.

Na procesu stigmatizace se dle Thornicrofta et al., podílejí 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 zneváženi, odmítnuti a vyloučeni“* (Thornicroft et al., dle Ocisková a Praško, 2015, s. 24-25).

Dopady stigmatizace

Stigmatizace osob s duševním onemocněním může vyústit v celou řadu problémů. Stigmatizovaný člověk ve snaze vyhnout se nálepce osoby duševně nemocné, může tajit svou léčbu (pobyt v psychiatrické léčebně, užívání psychofarmak). Důvody jsou jasné, obava z nepřijetí okolí, stud, pocity méněcennosti. Mezi další problémy, které má za následek stigmatizace pacientů, jsou jejich horší léčebné výsledky (např. svévolné vysazování psychofarmak) a problémovější začlenění pacientů zpět do společnosti. Stigmatizace je úzce spojená i s diskriminací, což má dopady na kvality života (spokojenost s prací, bydlení atd.) vznik dalších handicapů a to vše utvrzuje osobu

s duševním onemocněním v pocitech bezcennosti (Finzen dle Ocisková et al., s. 251-252). „*Finzen to nazývá „druhou nemocí“*, která ještě násobí postižení způsobené samotnou poruchou (Finzen dle Ocisková et al., 2014, s. 251).

Společnost a okolí se mohou k osobě s duševním onemocněním chovat odlišným způsobem a tím ho i stigmatizovat. Může se jednat o různé projevy od slovních urážek, vytváření nátlaků až po různé útoky na osobu s duševním onemocněním. Takto napadený jedinec pak zaujímá obranné postoje (izolace, agresivní konfrontace s okolím) vůči projevům společnosti na jeho osobu, které může okolí vnímat jako projev jeho onemocnění. Další reakcí společnosti může být to, že člověk s duševním onemocněním se dopouští jakési odplaty za něco, čeho se on, jeho rodiče či podobně nemocní lidé dopustili. Tím si pak okolí ospravedlňuje způsob, jakým se k osobě s duševním onemocněním chová (Macgregor et al., dle Goffman, 2003, s. 14).

2.1 Sebestigmatizace

„*Sebestigmatizace bývá provázena změnou sebezpojetí, ztrátou pozitivních přesvědčení o sobě, snížením sebevědomím a sebedůvěry*” (Corrigan PA, Yanos PT, dle Ocisková et al., 2014, s. 251). Internalizace ⁶stigmatu se pojí s procesem, během kterého si člověk všimne, že se vůči jeho osobě začínají lidé chovat jinak a vnímá předsudky, které vedou k takovému jednání. Tento proces je rozdělen do tří fází. V první fázi se člověk setkává s nepřijetím okolí. V další fázi si jedinec začíná uvědomovat stereotypy, které ostatní vedou k nerovnocennému chování k jeho osobě. A třetí fáze zahrnuje již samotné uvědomění si stereotypů, se kterými začíná jedinec souhlasit a následně je aplikuje na svou osobu (Corrigan et al., dle Ocisková a Praško, 2015, s. 38).

Míra sebestigmatizace se vyvíjí i v průběhu času. Člověk s duševním onemocněním se může vnímat jinak na počátku a jinak v průběhu svého onemocnění. Záleží na mnoha faktorech, jako je způsob léčby, průběh onemocnění, podpora rodiny a přátel, ale i na inteligenci jedince. V oblasti mezilidských vztahů může docházet tzv. k anticipační úzkosti, kdy jedinec už předem očekává negativní reakce svého okolí. U osoby, která

⁶ Internalizovat, znamená „*přijmout za své*” (Hartl, 2000, s. 237).

přijímá společenské stigma za své, se může dokonce rozvinout sociální fobie (nepříjemné pocity a strach ve společnosti lidí). Může se pak chovat vykazovat známky maladaptivního (nepřízpůsobivého) chování (Livingston JD et al.; Lysaker PH et al.; Camp DL dle Ocisková et al., 2014, s. 253).

Dopad sebestigmatizace na fungování osob s duševním onemocněním

„Sebestigmatizace souvisí s poklesem sebevědomí i sebedůvěry, závažnějšími příznaky onemocnění i menší ochotou spolupráce při léčbě. Mezi další dopady patří horší pracovní a sociální fungování, s tím spojené nižší příjmy a obecně horší kvalita života” (Yanos PT et al.; Perlick DA et al.; Link BG, dle Ocisková et al., 2014, s. 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, s. 253).

Proces sebestigmatizace souvisí i s tím, jak dříve zdravý člověk pohlížel na osoby s duševním onemocněním, zda vůči nim měl určité předsudky atp. Z výše uvedeného můžeme tedy usoudit, že veřejnost ovlivňuje mínění jedince s duševním onemocněním o sobě samém, zároveň však tito jedinci nazpět ovlivňují celou společnost.

2.2 Destigmatizace

Jelikož stigmatizace osob s duševním onemocněním je velkým problémem, který odradí mnoho nemocných od potřebné léčby, je nezbytné najít správné cesty směrem k destigmatizaci. Jednou z cest je samotná proměna postojů k lidem s duševním onemocněním, jejíž součástí je zdravotnická osvěta a výchova. Informovanost společnosti o momentální problematice psychických poruch je relativně malá. Nedostatečná informovanost udržuje nepříznivý stigmatizovaný stereotyp osob s duševním onemocněním, který je opředen celou řadou předsudků o jeho chování a léčbě. Cílem je tedy změnit především stereotyp osob s duševním onemocněním tak, aby nebyly společensky sankcionovány ani izolovány. S tím se pojí i změna postojů přátel, rodiny, zaměstnavatelů, ale i zdravotníků. *„K tomu je zapotřebí seznamovat veřejnost s projevy duševních poruch tak, aby je nevnímala jako „odlišnost“ nebo dokonce „senzaci“, ale byla schopna jim porozumět a takto postižené jedince pochopit a třeba jim i přiměřeně pomoci”*. Stejně tak důležité je pracovat jak se samotným pacientem, tak

i s jeho rodinou, a to v rámci edukace rodiny či rodinné terapie. Protože jak již bylo řečeno, stigma osob s duševním onemocněním postihuje i tyto sféry. Nedílnou součástí je i změna postojů samotných profesionálů a to formou komplexnějších výcviků (Praško, 2001). Příklady konkrétních destigmatizačních aktivit, probíhajících v České republice, jsou k nahlédnutí v příloze A.

3. MÉDIA A JEJICH VLIV NA SPOLEČNOST

Holcnerová et al. (2010, s. 85) uvádějí, že největší vliv na společnost mají právě média. To, jakým způsobem je v mediích prezentována skutečnost, ovlivňuje postoje, chování a samozřejmě také znalosti veřejnosti. Mediální obraz osob s duševním onemocněním je bohužel spíše negativního rázu. Je to dáno především již výše zmíněným způsobem, jakým média prezentují osoby s duševním onemocněním. Média mohou podávat zkreslené a nedostačující informace o problematice duševního onemocnění. Neadekvátní prezentace lidí s duševním onemocněním může vést právě k jejich stigmatizaci.

Stačí si vzpomenout na různé události, spojené s duševním onemocněním, které čteme denně na internetu, v tisku či vidíme v televizi. Jejich prezentace nebývá zrovna pozitivní a bohužel se objevují i spojení jako vyšinutý jedinec způsobil to a to. Vybavme si například nějaký film, dokument či pořad o lidech s duševním onemocněním, většinou jsou popisováni jako nebezpečné a všeho schopné osoby. K lepšímu pochopení světa duševně nemocného bych v první řadě doporučila islandský film *Andělé Všehomíra*. Tento snímek je příběhem o člověku, trpícího schizofrenií. Ve filmu jsou zachyceny první příznaky i samotný průběh nemoci, postoje rodiny a společnosti k osobě s duševním onemocněním, ale především zachycuje i stigma, které sebou nese tato nemoc. Jako další snímek uvádím možná až notoricky známý *Přelet nad kukaččím hnízdem* od režiséra Miloše Formana. Ve filmu je vidět boj mezi personálem psychiatrické léčebny a pacienty, milné předsudky o duševně nemocných, ale i izolace a samota pacientů.

Je důležité udělat si především svůj vlastní názor na danou problematiku a to studiem důvěryhodných zdrojů. Vyhnout se tak zbytečným předsudkům, které negativně ovlivňují náš pohled na osoby s duševním onemocněním pod vlivem médií. Svou roli hraje také individuální přístup k jedinci, ne každý člověk, který trpí schizofrenií, je nebezpečným zabijákem atd.

3.1 Prezentace médií osob s duševním onemocněním

Holcnerová et al. (2010, s. 88) poukazují na stigmatizující prezentaci sdělovacích prostředků, která má přímý negativní vliv na osoby s duševním onemocněním, ale i na sociální politiku. Na sociální politiku např. tím, že „*negativní mediální obraz duševních poruch může vést k použití již tak omezených finančních prostředků v oblasti duševního zdraví spíše na ochranu veřejnosti, než na zdokonalení léčby a podporu komunitní péče*” (Olstead dle Holcnerová et al., 2010, s. 88). Vágnerová (2008, s. 24) hovoří i o možné mediální normě, „*kteřá zahrnuje to, co je opakovaně a často atraktivním způsobem prezentováno jako žádoucí či standardní*”. Součástí takovéto prezentace bývá jakási symbolická, idealizovaná realita, která v médiích prezentuje výjimečné jedince (krásní, úspěšní) jako normu a vzor. Takto prezentovaným jedincům se ale není snadné vyrovnat a mohou být pouze jakýmsi (mnohdy nebezpečným) ideálem.

3.2 Média ve světě a v České republice

V analýze irského tisku dospěli Meagher s kolegy (dle Ocisková a Praško, 2015) k výsledku, že texty, popisující psychické poruchy, jsou spíše pozitivního či neutrálního charakteru. Podobné studie se prokázaly i v Austrálii, kde zpracování tematiky duševního zdraví je kvalitní a méně se zaměřuje na kriminální nebo nebezpečné chování (Francis et al.; van Der Weyden, Armstrong, dle Ocisková a Praško, 2015). Zajímavostí je, že obě tyto země měly v té době zahájeny dlouhodobé kampaně s cílem snížit stigma, které s sebou nese duševní onemocnění. Podobně je na tom Švédsko, které zaujímá též méně stigmatizující postoje (Högberg et al., dle Ocisková a Praško, 2015). Příklady zrovna těchto analýz jsem vybrala záměrně, a to zejména z důvodu, abych poukázala na to, že bojovat proti stigmatu duševního onemocnění má své opodstatnění a nelze jej podceňovat.

V České republice se Valášková a Machů věnovali analýze informací pojmu duševně nemocný u psychiatrických pacientů. Došli k závěru, že reprezentace pojmu duševně nemocný je obecně charakterizován negativně a zdůrazňuje především smutek, sociální izolaci, depresivní ladění, pocity subjektivního utrpení a bezmoci u těchto jedinců (Valášková a Machů dle Holcnerová et al, 2010, s. 87). Z výše uvedeného vyplývá

skutečnost, že v České republice se autoři zpráv většinou věnovali spíše represivnímu přístupu než prevenci (Miovska et al. dle Holcnerová et al., 2010).

4. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ SEBEPOJETÍ A NORMALITA

Pro mou práci je stěžejní koncept sebepojetí jako postoje k sobě, neboli jak na sebe nahlíží člověk s duševním onemocněním a to pohledem humanistické psychologie, která se oproti empiricky založené sociálně – kognitivní psychologii zabývá teoretickým vymezením tohoto pojmu. Vzhledem k předkládanému výzkumu je stěžejní koncept sebepojetí jako Já (ego) a faktory, které na Já působí. V této kapitole nejdříve vymezím pojem sebepojetí a dále se budu věnovat samotným faktorům, které na sebepojetí člověka s DO mohou působit.

4.1 Sebeпоjetí

Hartl definuje sebepojetí (jaký se mi líbí být), „*jako představu sebe sama, jak jedinec vidí sám sebe*“ (Hartl dle Čačka, 2002, s. 192). Způsob, kterým se utváří pohled na sebe sama, vychází ze zkušeností s ostatními lidmi, sebepozorování, sociálního srovnávání, ale i učení. Jedná se tedy o sociální produkt, který obsahuje obrovský potenciál pro neustálý vývoj. Osobní pojetí sebe sama pak tvoří důležitou složku řídicích mechanismů osobnosti, protože tvoří jakési jádro sebeprožívání, ale i sebeřízení osobnosti. *Sebeпоjetí zahrnuje výrazný prožitkový a konativní (motivační) aspekt. Nutno podotknout, že sebepojetí může být i pro některé odborníky kvůli své „exaktní neuchopitelnosti“ jen „mlhavý pojem“* (Čačka, 2002, s. 193).

Výše uvedené definice dále rozvíjí Higgins, který popisuje tzv. sebediskrepanční teorii, což je přístup člověka k sobě samému, která „*dává do souvislosti prožívané emoční stavy a vlastní sebereflexi*“. Pracuje s reprezentacemi *skutečného já* (actual self), *ideálního já* (ideal self) a *požadovaného já* (ought self). Ideální já vyjadřuje naše naděje či přání. Požadované já obsahuje charakteristiky, o kterých si myslíme, že bychom je měli mít. To vyplývá z povinností, závazků a zodpovědností, které si bereme za své. Podstatnou roli hraje také to, z jakého úhlu nahlížíme na normy, přání a požadavky. Důležité je nejen to, co si o sobě myslíme sami, ale i to, jak si představujeme, že nás vnímají a hodnotí druzí lidé, na jejichž mínění nám záleží. A z těchto předpokladů

vychází právě faktory, které mají vliv na sebepojetí člověka. Higgins dále hovoří o tom, že pokud zažíváme velký rozpor mezi tím, jak se vidíme a jací bychom si přáli být, prožíváme nenaplnění, zklamání a frustraci. Pokud nenaplnujeme požadavky druhých, vede nás to k depresivním pocitům, protože máme obavu, že jejich přízeň ztratíme. Rozpor mezi požadovaným já a skutečným já v nás budí úzkostné pocity. V případě vlastního požadovaného já se cítíme provinile, protože jsme nedostali závazkům, povinnostem a odpovědnostem, které jsme si na sebe dobrovolně naložili. Pokud nenaplnujeme požadavky druhých, cítíme hanbu či stud, ale také se obáváme možné sankce (E. T. Higgins dle Výrost et al, 2008, s. 99).

4.2 Faktory ovlivňující sebepojetí osoby s duševním onemocněním

Tím, jak poznáváme sami sebe, poznáváme i ostatní. Poznatků a informací o sobě, pak dosahujeme podobným způsobem, jakým zachycujeme informace o druhých. To, jakým způsobem pohlížíme na sebe sama, ovlivňují různé faktory, které můžeme rozdělit do čtyř skupin a to **fyziologicko – biologické** (věk, druh duševního onemocnění či zvládání stresových situací). Druhá skupina skýtá **psychicko – duchovní** faktory (osobnost, emocionální vztahy, intelekt, hodnoty). Dále se jedná o faktory **sociálně – kulturní** (mezilidské vztahy). A mezi poslední patří faktory **životního prostředí**, místo, kde osoba s DO žije (město, vesnice, různé druhy sociálního bydlení) (Čačka, 2002, s. 193 - 195).

Tyto faktory je pak možno rozdělit na **introspektivní** (vnitřní) a **fasádové** (vnější) *Self*. Mezi vnitřní faktory, které ovlivňují sebepojetí osoby s DO, patří emoce a intelekt. Do vnitřních faktorů patří reakce a postoje společnosti, které se formují vzhledem k charakteru dané reality. Opravdu se jedná o jakousi fasádu člověka, se kterou se prezentuje vůči společnosti k vytvoření onoho správného dojmu (Wágner dle Čačka, 2002, s. 198). I osoby s DO si mnohdy nasazují jakousi „masku“, aby byli společností přijati. Zatím se mnohou skrývat právě pocity studu, ale i nepřijetí daného onemocnění.

Čačka dále uvádí, že v humanistické psychologii je kladen velký důraz na samostatné vytvoření a přijetí „obrazu sebe“ (*subjektivní identita*) než jen „samotné pohlížení na sebe jako na výsledek sociálního učení (*sociální identita*)“. Míra zralosti sebepojetí je podílem a jednotou vlastních a nezávislých vnitřních kritérií kultivované osobnosti,

nespočívá tedy v míře poslušnosti či podléhání názorům ostatních (Čačka, 2002, s. 196). S tímto chápáním sebepojetí se pojí též trojí styl identity: Jedná se o *difuzní styl identity*, který vychází v odkládání „*perspektivně orientovaného sebepojetí*“, nepřipouštění si problémů, soustředění se na momentální situaci a odměnu „*tady a teď*“. Dále je to *normativní styl identity*, který spočívá v přebírání normativních standardů od významných autorit a ne od osob, které patří do nejbližšího okolí jedince. To pak vede k vlastnímu sebedefinování. A nakonec *informační styl identity*, který vychází z orientace na aktivní vyhledávání a samostatné posuzování informací, které by mohly být využity k definování sama sebe (Berzonský dle Čačka, 2002, s. 197).

Vývoj sebepojetí

Podstatnou roli na formování sebepojetí člověka má i jeho vývoj. Jak uvádí Rogers, může být sebepojetí člověka pozitivní (zhodnocující) nebo negativní (znehodnocující). Na vývoj sebepojetí jedince mají velký vliv rodiče a osoby v jeho životě. Kladné přijetí projevované dítěti podporuje utváření pozitivního sebepojetí. Rodiče, kteří poskytují péči dítěti bez jakýchkoli podmínek, vede k tomu, že dítě nemusí popírat své prožitky. Naopak dítěti, kterému se nedostalo kladného přijetí (lásky, pocitu bezpečí), a které o sobě případně dostávalo negativní sdělení, cítí, že některé prožitky organismu musí popírat, protože jsou nepřijatelné (slabost, strach). V jeho pozdějším životě to pak vede k poruchám přizpůsobení. Takový jedinec se totiž snaží přizpůsobit přáním druhých lidí namísto projevoování vlastního „já“, podle Rogerse si pak vytváří takové vzorce chování, které jsou značně nezdravé. Rogers také doporučoval kladné sebepřijetí, jež vzniká, „*když se jedinec vnímá tak, že žádný z prožitků sebe samého nelze vyčlenit jako více či méně hodný kladného přijetí než kterýkoli jiný*“ (Rogers dle Drapela, 1998, s. 129).

Historické poznatky pro současný výzkum sebepojetí

Sociálními interakcemi neboli jak působí jedinec na své okolí a naopak se zabývali především W. James, CH. H. Cooley a G. H. Mead. Koncepce sebepojetí těchto autorů jsou stěžejní pro sebepojetí osob s DO, kterým se zabývám ve svém výzkumu.

W. James (1842 – 1910) je jedním z největších přínosců pro psychologii Já. Rozdělil totiž dva základní aspekty Já, které označuje jako „I“ (čisté Ego, subjekt poznávání,

Self) a „Me“ (empirické ego, objekt poznávání). Sebepojetí „Me - self“ definuje James „jako sumu všeho, co člověk může nazvat svým vlastním“ (Blatný 2003, s. 94). Tento celkový úhrn je založen na bázi trojstránkovosti psychiky. Pojednává o *uvědomovaných komponentách Já* a to *duchovního* (naše intimita a niternost, osobní charakteristiky), *sociálního* (očekávání a uznávání a postoje od druhých (zpětná vazba) a *materiálního* Já (to, co nám je drahé např. majetek ale i tělesné Já (naše tělo)). Dále o *prožívání hodnoty* Já, které se pojí s osobními úspěchy a neúspěchy (skromnost, sebevědomí či pokora). A třetí komponentem je jednání v zájmu Já, jenž představuje úsilí subjektu spojené s vůlí, se zaměřením do budoucnosti. „Člověk v průběhu vývoje sleduje stále dlouhodobější cíle. Což koresponduje s postupným vyhraňováním jeho nejpravdivějšího, nejsilnějšího a nejhlubšího Já i životního projektu (blízké pojmům ideální Já, „sebeaktualizace“, „seberealizace“ atp.)“ (Čačka, 2002, s. 201).

CH. H. Cooley (1864 – 1929) hovoří o teorii tzv. „zrcadlového já“, kde si člověk vytváří mínění o sobě tak, jak se na něj dívají ostatní. Názory druhých (rodiny, přátel, vrstevníků), pak bývají vodítkem pro vytváření si vlastní identity. Jedinci pak mají větší tendenci se osvobodit od společenských regulativních norem a příkazů a to pak vede ke stavu anomie⁷. Takovým projevem dezorganizace moderních společností je např. i vyšší počet sebevražd (Blatný, 2003, s. 96).

G. H. Mead (1863 – 1931) zdůrazňoval především roli sociálních interakcí a to především pomocí jazyka. Také zavádí pojem *generalized other* neboli „zobecněného druhého“, čímž je myšleno, že lidé přebírají postoje k sobě spíše od generalizované skupiny významných osob, než že by reagovali na konkrétní osoby v konkrétních situacích (Blatný, 2003, s. 96).

4.3 Norma a normalita

Rozlišit to, co je normální a co už považujeme za určitou odchylku, bývá velmi obtížné. Z těchto důvodů popisují tento termín podrobněji. Níže se pokouším přiblížit termín normy a normality, jak jej můžeme chápat a posuzovat. Pojetí normality úzce

⁷Jedná se o stav nedostatečné sociální integrace jedince, který je spojen s pocity bezmoci, osamělosti, sociálními konflikty (Hartl, 2003, s. 44 - 45).

souvisí s postavením osob s duševním onemocněním ve společnosti. To jakým způsobem se projevují na veřejnosti (i kvůli příznakům svého DO) má vliv na to, jak na osoby s DO, nahlíží společnost. Např. když osoba s onemocněním afektivní bipolární poruchou je v mánii, může se chovat různým způsobem výstředně. To společnost může vnímat jako nepřizpůsobivé chování a zároveň i označovat takového člověka za „blázna“. Norma je jakési měřítko či míra a tím se stává kritériem umožňující srovnávání. Je důležitou součástí při posuzování a hodnocení. Normalitou potom rozumíme souhlas s normou. Opačným výrazem normality je abnormalita (Vágnerová, 2008, s. 21 - 22).

„Termín normalita se často užívá obdobným způsobem jako termín přizpůsobení.“ (Coan dle Vágnerová, 2008, s. 21). Nakonečný (2003, s. 395) vymezuje pojem normality duševního života jakousi odpovědí na otázku: Za jakých podmínek se jeví duševní život jedince jako normální, resp., nenormální, odchylovající se od určité normy ve smyslu abnormality nebo patologie? Jednoznačnou odpověď budeme bohužel hledat jen stěží, jelikož se stále hledají různá kritéria normality. Např. duševní normalita je z funkčního hlediska chápána jako sebeovládání, přiměřené vnímání reality, schopnost vytváření citových vazeb a chovat se přizpůsobivě.

London a Rosenhan (dle Nakonečný 2003, s. 395) definují normalitu takto: *„Normalita je většinou z nás příležitostně užívána k popisu toho, jak přijatelné je naše chování nám a jiným lidem a to buď v termínech jeho konformity⁸ s očekáváním, jeho konzistence⁹ a morality“*. Za normální jsou pak považováni lidé, kteří se chovají jako většinová společnost: *„v psychologii se poukazuje na odchylku chování individua od chování ostatních, nebo od jeho navyklých vzorců“*. *„Hranice normy je pohyblivá, normalita může být posuzována podle mnoha různých kritérií v závislosti na okolnostech, které toto hodnocení vyžadují“* (Vágnerová, 2008, s. 21). Samotné vymezení normy je tudíž obtížné a nejednoznačné. *„Hranice mezi normou a*

⁸ Konformita je přizpůsobení se pravidlům, které akceptuje společnost. Jedná se podřízení se chování jedince požadavkům a normám skupiny a to i v případě jeho vnitřního nesouhlasu. Nonkonformní (nepřizpůsobivé) chování je skupinou trestáno a očekávání trestu vzbuzuje v dané osobě úzkost (Nakonečný, 2003, s. 447).

⁹ Myšleno ve smyslu stálosti psychických vlastností jedince.

abnormalitou¹⁰ je plynulá, představuje kontinuum¹¹. Vymezení závisí na mnoha faktorech, především na aktuální úrovni dané společnosti, u různých skupin se může lišit, vyvíjí se v čase a nemá definitivní platnost“ (Vágnerová, 2008, s. 27). Abnormálním chováním rozumíme takové chování, které je škodlivé a nepřizpůsobivé (maladaptivní) a to jak pro jedince s takovým chováním, tak i pro lidi v jeho okolí. Může se jednat např. o různé formy výstředního chování. Abnormalita může být chápána i pozitivně a to např. geniální tvořivostí, nadáním či nadprůměrnou inteligencí (Nakonečný, 2003, s. 395). Podle Rahn a Hahnkopfa „jsou duševní nemoci či poruchy krizovými situacemi, které plynou z interakce osobnostních predispozic a stresů“. Predispozice jedinců ke vzniku psychické poruchy je dle autorů nazývána *vulnerabilitou* (zranitelností). Dále psychiatři Rahn a Hahnkopf připojují k výše uvedeným termínům pojem *krize* a uvádějí, že: „Nepřekonaná životní krize a určité životní události tak mohou vést k psychické nemoci, a že krize se týká nejen aktuálního kontextu, ale souvisí vždy se zráním a životním cyklem postiženého člověka“ (Rahn a Hahnkopf dle Nakonečný, 2003, s. 395). Faktory, které jsou příčinou abnormního chování jsou biologického (např. genetická porucha mozku), psychologického (např. emoční prožívání) a sociokulturního rázu (např. bezdomovectví), (Nakonečný, 2003, s. 394 – 398).

Normalitu můžeme chápat *staticky, funkčně* nebo *sociokulturně*. **Statické pojetí normality** „je závislé na četnosti nebo intenzitě posuzovaných projevů“. Tohoto způsobu se využívá k číselnému vyjádření. Jedná se tedy o četnost určitého projevu (např. opakované hádky s lidmi) nebo jeho intenzitu (např. míra agrese). Za těchto podmínek je pak možné rozlišit „hodnoty průměrné a průměru vzdálené nebo zcela extrémní“. **Funkční pojetí normality** „klade důraz na plnění požadavků a očekávání, bez ohledu na to, jakým způsobem je jich dosaženo, nebere v úvahu další souvislosti a důsledky. Za měřítko poruchy se pak považuje míra neschopnosti dělat to, co je považováno za

¹⁰ Abnormalitou rozumíme určitou „zvláštnost, nepravidelnost, mimořádnost, odchylku od obvyklého jevu, do určité míry vždy relativní“ (Hartl, 2000, s. 13).

¹¹ Kontinuitou označujeme „nepřetržitou souvislost“ (Hartl, 2000, s. 273).

důležitě” Sociokulturní pojetí normality „závisí na komplexu norem a očekávání dané společnosti. Za normální bývá považováno to, co odpovídá běžným představám o plnění určité sociální role¹² nebo chování, které by bylo vhodné pro danou situaci”(Vágnerová, 2008, s. 26).

Tolerance společnosti k odchylkám může být různá a může se měnit i v průběhu času. *„Sociokulturní norma se odráží ve stereotypech postojů k odlišným lidem, u nichž bývá jejich chování častěji posuzováno jako nepřijatelné a abnormální. Děje se tak, protože se vymyká běžnému chování”*. Negativně bývají hodnoceny všechny nápadné projevy i přes to, že nemusí být příznakem vážnější poruchy. Tendence být orientován vede ke značkování jedince, který se nějakým způsobem odlišuje a to pak mnohdy vyústí až ke stigmatizaci. (Vágnerová, 2008, s. 22 - 23).

¹² Sociální rolí rozumíme očekávaný způsob chování jedince v určité společenské pozici, ve které se nachází. Závisí na základních charakteristikách dané osoby (věk, pohlaví, socio-ekonomický status) a na situaci ve které se jedinec nachází (např. role studenta, nadřízeného atd.) (Nakonečný, 2003, s.464).

Shrnutí teoretické části

V teoretické části této práce jsem se věnovala vysvětlení základních pojmů souvisejících s mou bakalářskou prací. Vzhledem k tomu, že téma stigmatu duševního onemocnění a s tím spojený vliv na sebepojetí dané osoby je velmi obsáhlé, snažila jsem se o uvedení nejpodstatnějších informací z odborné literatury a dalších zdrojů. Přesto však nabývám dojmu, že by se o této problematice dalo napsat několik monografií a i tak by to bylo možná málo. Je to zejména proto, že k tomuto tématu se pojí mnoho působících faktorů.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

5. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Ve svém kvalitativním výzkumu přibližuji život osob trpící duševním onemocněním a to se schizofrenií, bipolární afektivní poruchou a závislostí na alkoholu. Tyto typy duševního onemocnění nejsou vybrány náhodou. Onemocnění bipolární afektivní poruchou a závislostí na alkoholu se vyskytují v mé rodině a onemocnění schizofrenií mě zajímá zejména kvůli mediální prezentaci tohoto duševního onemocnění. Zabývám se především tím, jak jednotliví respondenti vnímají své onemocnění. Zda se cítí být nějakým způsobem stigmatizováni a jak vnímají sebe sama. Šetření je uskutečněno metodou řízených rozhovorů, kde respondenti odpovídají na tematické otázky, týkající se vlivu stigmatu duševního onemocnění na jejich sebepojetí.

5.1 Formulace hlavního cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem (HC) výzkumného šetření je zjistit, **jaké faktory ovlivňují sebepojetí respondentů s DO vlivem stigmatizace**. K naplnění hlavního cíle bylo zapotřebí vytyčení dílčích cílů (DC).

5.2 Formulace dílčích cílů výzkumného šetření

5.2.1 Dílčí cíl DC 1

Zjistit, jak se respondenti cítí být stigmatizováni kvůli svému DO.

5.2.2 Dílčí cíl DC 2

Zjistit, v jakých oblastech jejich života se cítí být stigmatizováni.

5.2.3 Dílčí cíl DC 3

Zjistit, jak ovlivňují vnitřní faktory sebepojetí respondentů.

5.2.4 Dílčí cíl DC 4

Zjistit, jak ovlivňují vnější faktory sebepojetí respondentů.

5.3 Zvolená výzkumná strategie

Pro výzkumnou část této práce jsem si vybrala **kvalitativní výzkumnou strategii**. Vzhledem k výzkumným otázkám a zkoumanému jevu byla tato volba na místě. Chtěla jsem poukázat na jedinečnost respondentů i na jejich vlastní postoje vůči svému DO. Definice kvalitativního výzkumu jsou různé. Nejvíce mě však zaujala tato definice *„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). Kvalitativní výzkum tedy chápeme jako nestatistické zpracování získaných informací, jenž slouží k hlubšímu porozumění dané problematiky.

Hendl poukazuje na možné přirovnání kvalitativního výzkumníka k práci detektiva, který bedlivě sbírá všechny možné informace, které by mu dopomohli rozkrýt odpovědi na vymezené otázky. *„V typickém případě kvalitativní výzkumník vybírá na začátku výzkumu téma a určí základní výzkumné otázky. Otázky může modifikovat nebo doplňovat v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat“* (Hendl, 2005, s. 50).

Dle Hendla by měl výstup z kvalitativního výzkumu obsahovat *„podrobný popis místa zkoumání, rozsáhlé citace z rozhovorů a poznámek, jež si výzkumník dělal při práci v terénu“* (Hendl, 2005, s. 51).

Mezi hlavní nástroje předkládaného kvalitativního výzkumu patřil individuální osobní rozhovor, kde byl kladen důraz na získání detailních a komplexních informací o studovaném jevu. *„rozhovor je technika, která zjišťuje stav vědomí, názory. Data získaná tímto způsobem jsou odrazem objektivních jevů v lidském vědomí“* (Veselá 2002, s. 41). Tato technika sběru dat je náročná kvůli tomu, že se na rozhovor musíte dopředu připravit. Časově náročné bývá nejen vymyšlení správných otázek k danému

tématu, ale i samotný průběh rozhovoru a jeho doslovný přepis či následná analýza. Pozitivní stránku vidím v tom, že oproti dotazníku, respondent odpoví na všechny položené otázky. Navíc s návratností dotazníků i jejich vyplněním, bývají často problémy. Nevýhodu individuálního osobního rozhovoru shledávám v tom, že může být narušena anonymita respondenta, s čímž jsem se v průběhu výzkumu setkala. Další nevýhodou je možné ovlivňování tazatelem. Jako druh individuálního osobního rozhovoru jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, který vychází z předem připravených otázek. Vedení rozhovoru vyžaduje dovednosti, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění (Hendl, 2005). Během prvního rozhovoru jsem bojovala s nervozitou. V porovnání mezi prvním a posledním rozhovorem byla však nervozita menší. Vzhledem k ožehavému tématu byli i respondenti nervózní a bylo vidět, jak je někdy těžké hovořit o svých niterných pocitech s osobou, kterou neznají.

Polostrukturovaný rozhovor

Ve výzkumu je použit 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, s. 160). V rozhovoru bylo poskládáno celkem 13 hlavních otázek a u jedné otázky bylo použito 6 podotázek, týkajících se pocitů znevýhodnění (stigmatizace) vlivem DO. Záměrně jsem neužívala slovo stigmatizován, ale znevýhodněn. Slovo stigmatizován by totiž respondenti nemuseli znát, a možným vysvětlováním bych mohla ovlivňovat jejich odpovědi. V celkovém výzkumu pak nebylo použito všech 13 otázek, ale vybrala jsem pouze ty nejpodstatnější. Ostatní otázky sloužily k bližšímu pochopení situace respondentů a k celkovému kontextu rozhovoru.

Jako vedlejší zdroje k individuálnímu rozhovoru mi posloužily osobní zkušenosti s lidmi s duševním onemocněním. Již od dětství si pamatuji, že můj táta byl kolikrát smutný, pořád spal a občas jsem mu nerozuměla. Věděla jsem, že se léčí na psychiatrii, ale moc jsem si nedokázala představit, co vše za tím stojí. Táta se dokázal s bipolární afektivní poruchou poprat zejména díky podpoře rodiny a přístupu k léčbě. Dále bylo zajímavé, jak na tátu reagovalo okolí. I teď často vidím, že je okolím nepochopen

zejména kvůli svým výrokům, nebo kvůli jeho velké únavě zejména v zaměstnání. Jelikož taťku znám, tak vím, že jeho humor každý nechápe, ale to táta neřeší a je sám sebou. Zde se opět dostáváme do oblasti působících faktorů pro konkrétní situace. Je pravdou, že projevy mého táty nemusí být nutně spojeny s příznaky jeho onemocnění, avšak i já sama jsem jeho chování často přisuzovala jeho nemoci a omlouvala ho. Dalším přínosem pro mě bylo, že jsem mohla být několikrát přítomna na psychoterapeutické skupině lidí se závislostí na návykových látkách a hazardu. U respondentů s onemocněním schizofrenií mi byl velmi cenným přínosem dokument o samotných respondentech. V dokumentu byl zachycen jejich každodenní život, s jakými problémy se potýkají, a jak je řeší. Byl zde vidět i proces samotné stigmatizace obou respondentů ze strany jejich sousedů. Tento dokument byl i zásadní k přiblížení onemocnění schizofrenií a zároveň sloužil k dokreslení provedeného rozhovoru, který byl pro respondenty velmi náročný.

5.4 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka 1 Transformace dílčích výzkumných cílů do tazatelských otázek

<i>Hlavní cíl výzkumu (HC)</i>	<i>Dílčí cíle výzkumu (DC)</i>	<i>Indikátory</i>	<i>Tazatelské otázky (TO)</i>
Zjistit, jaké faktory ovlivňují sebepojetí respondentů s DO vlivem stigmatizace.	DC1: Zjistit, jak se respondenti cítí být stigmatizováni kvůli svému DO.	Znevýhodnění, stigmatizace Pocity studu Izolace Diagnóza DO, nálepkování Období zlepšení a zhoršení příznaků onemocnění	TO1. Cítí se být respondenti znevýhodněni kvůli svému DO a jak? TO2. Stydí se respondenti za své onemocnění? TO3. Jsou respondenti raději sami a vyhýbají se společnosti? TO4. Jaká psychická porucha byla respondentům diagnostikována? TO5. V jakém období se zhoršovaly či se zlepšovaly příznaky onemocnění u jednotlivých respondentů?
	DC2: Zjistit, v jakých oblastech jejich života se cítí být stigmatizováni.	Mezilidské vztahy, zaměstnání	TO6. Mají respondenti obavy o možnosti uplatnění se ve svém životě?
	DC3: Zjistit, jak ovlivňují vnitřní faktory sebepojetí respondentů.	Postoj ke svému DO	TO7. Co respondentům pomáhá, když se cítí špatně?
	DC4: Zjistit, jak ovlivňují vnější faktory sebepojetí respondentů.	Reakce okolí (rodina, přátelé) Média Přístup a zkušenosti s odbornou pomocí Ochota vyhledat odbornou pomoc	TO8. Jak se změnilo běžné chování respondentů po vypuknutí jejich nemoci a jaká byla reakce okolí? TO9. Jak respondenti vnímají mediální obraz duševně nemocných lidí? TO10. Změnil se názor respondentů na odbornou pomoc před a po první návštěvě? TO11. Byli respondenti ochotni vyhledat sami odbornou pomoc, a jaký podnět je k tomu vedl?

		Spokojenost s vyhledáním odborné pomoci	TO12. Jsou respondenti rádi, že vyhledali odbornou pomoc a proč?
		Psychofarmaka a vedlejší účinky	TO13. Jaký mají respondenti názor na psychofarmaka, zda jim pomáhají a jestli mají nějaké vedlejší účinky v případě, že je užívají?
		Možná destigmatizace	TO14. Co by dle názoru respondentů vedlo k lepšímu pochopení problematiky DO?

Zdroj vlastní

5.5 Volba výzkumného souboru

Mezi hlavní důvody tohoto výzkumu patří především můj osobní zájem o problematiku DO. Stigma DO je velmi ožehavým tématem jak pro lidi s duševním onemocněním, tak i pro veřejnost. Vzhledem k tomu, že stigma DO je spojeno s mnoha působícími faktory, je toto téma poněkud složitější interpretovat. Zajímalo mě, jak se na své duševní onemocnění dívají samotní lidé, kteří jím trpí. Mezi další důvody patřil fakt, že v mé rodině se objevuje několik druhů DO. Můj otec je nemocen bipolární afektivní poruchou, bratranec se léčí se závislostí na alkoholu atd. Onemocnění schizofrenií mě zajímalo zejména z mediálního obrazu. Dále jsem chtěla lépe porozumět problematice těchto onemocnění, a jak již bylo několikrát zmíněno, hlavně samotnému pohledu osob s DO na jejich onemocnění.

Výzkumný vzorek tvořili dva respondenti s onemocněním afektivní bipolární poruchou (dva muži), dva respondenti se závislostí na alkoholu (žena a muž) a dva respondenti s onemocněním schizofrenií (žena a muž).

5.6 Popis organizace a průběhu výzkumu

Polostrukturované rozhovory s respondenty probíhaly od ledna do března 2015, se čtyřmi respondenty byly vedeny v kavárně a se dvěma respondenty rozhovor probíhal ve stacionáři pro osoby s duševním onemocněním. Délky rozhovorů jsem nijak neomezovala. S tazatelskými otázkami nebyli respondenti dopředu seznámeni, jelikož mým cílem bylo zaznamenat bezprostřední reakce na pokládané otázky. Úvodem každého rozhovoru jsem se představila a navázala lehkou konverzaci k uvolnění

atmosféry. Poté jsem požádala o souhlas s nahráváním. Tazatelské otázky byly pokládány v pořadí 1 – 13. U některých otázek jsem pokládala doplňující otázku.

V prvé řadě bylo zapotřebí vyhledat respondenty, kteří by byli ochotni se podílet na mém výzkumu. Nejdříve jsem měla v úmyslu provést výzkum ve složení dvě osoby s onemocněním afektivní bipolární poruchou a schizofrenií. Avšak po návštěvě psychoterapeutické skupiny MUDr. Ernestové, jsem se rozhodla věnovat i osobám se závislostí na alkoholu. Vedlo mě k tomu především přesvědčení, že pohled na osoby se závislostí je často velmi zkreslený a společnost mnohdy neví, že se též jedná o duševní onemocnění. Navíc stigma, které je spojeno se závislostí na alkoholu, je velmi časté. S vyhledáním respondentů se závislostí na alkoholu tedy probíhalo s velmi ochotným a vstřícným přístupem ke spolupráci. Respondenty s onemocněním afektivní bipolární poruchy také nebylo složité vyhledat. Můj otec si tímto onemocněním prochází již 27 let a byl ochotný mi poskytnout rozhovor. Dalšího respondenta mi doporučila MUDr. Ernestová. Zde jsem se však setkala s určitým dilematem, ale k tomu se dostanu později. Ovšem najít respondenty, trpící schizofrenií, bylo poněkud těžší. Několik osob s tímto onemocněním rozhovor odmítlo. Jelikož jsem potřebovala dva respondenty, obrátila jsem se o pomoc na stacionář pro osoby s DO v trutnovském Riapsu. Vedoucí stacionáře paní Mgr. Skalská oslovila dva klienty denního stacionáře, kteří schizofrenií trpí.

5.7 Způsob získávání a zpracování dat

Se souhlasem respondentů jsem jejich odpovědi nahrávala na tablet, poté jsem rozhovory přepsala. Přepis jednoho rozhovoru příkládám v příloze této práce. Rozhovory byly přepisovány doslovně kvůli zachování autentičnosti. Poté jsem si přepsané rozhovory vytiskla a seřadila podle druhu duševního onemocnění respondentů. Následně jsem rozhovory zpracovávala pomocí otevřeného kódování.

5.8 Rizika výzkumu a výzkumné strategie

Ihned u prvního rozhovoru, který probíhal s člověkem, který je nemocen afektivní bipolární poruchou, nastalo dilema. Respondent v průběhu rozhovoru uvedl, že neužívá předepisované léky. Před kontrolními odběry pak léky užívá, aby byla požadovaná hladina léčiv v krvi. Léčbu má soudně nařízenou a při manických atakách bývá agresivní a mnohdy dojde ke rvačkám. Vzhledem k tomu, že tohoto respondenta mi doporučila moje vedoucí práce, která je zároveň i lékařkou tohoto respondenta, řešila jsem velké dilema, zda ji tuto skutečnost sdělit. Měla jsem obavu, že by respondent mohl ublížit nejenom sobě, ale i někomu druhému. Bipolární afektivní poruchu znám velmi dobře, jelikož tuto nemoc má i můj otec. Moc dobře vím, že pokud se neužívají psychofarmaka, stává se stav osoby s tímto onemocněním mnohdy velmi vážným. Rozhodla jsem se tedy tuto informaci MUDr. Ernestové sdělit. Upřímně mohu říci, že jsem z toho byla v rozpacích a říkala jsem si, že takováto dilemata budu zřejmě do budoucnosti řešit častěji. Při čtení a vzpomínání na rozhovor s tímto respondentem mě napadlo možné volání o pomoc. Tento respondent byl následně vyzván k dostavení se na krevní testy, kde nebyla zjištěna požadovaná hladina léků, které měl užívat. Poté mu byl domluven pobyt v psychiatrické léčebně. Tyto informace mi sdělil sám respondent a řekl, abych je do práce uvedla. Dále mi sdělil, že kvůli jeho nemoci byl odmítnut v dalším zaměstnání.

5.9 Analýza a interpretace údajů

Hlavním cílem (HC) výzkumného šetření je, zjistit jaké faktory ovlivňují sebepojetí respondentů s DO vlivem stigmatizace.

5.9.1 DC 1 Zjistit, jak se respondenti cítí být stigmatizovaní kvůli svému DO.

Pomocí tohoto dílčího cíle, jsem se pokoušela zjistit, jak se respondenti cítí být stigmatizovaní vlivem svého DO. K naplnění tohoto dílčího cíle sloužily **TO 1 - 5**. Samotné duševní onemocnění nemusí být nutně faktorem, který souvisí se stigmatizací, avšak u všech respondentů kromě jednoho, se stigmatizace spojená s příznaky i samotným DO projevuje.

Respondent č. 1 se cítí být stigmatizován i kvůli svému onemocnění bipolární afektivní poruchou. Dokládá to tím, že **má obavy mluvit o svém onemocnění z důvodu nepochopení, např. když by se ucházel o zaměstnání**. Jako další faktor, působící na jeho stigmatizaci, uvádí oblast kvality života, která není na takové úrovni, na jaké byla před vypuknutím DO.

Respondent č. 2 se v současnosti necítí být stigmatizován. Avšak uvádí, že když jeho onemocnění BAP bylo v počátcích, pocíťoval stigmatizaci zejména kvůli nepochopení okolí. Přisuzuje to však projevům onemocnění. Postupem času vše vykrytalizovalo.

Respondent č. 3 vidí svou stigmatizaci podobně jako respondent č. 1. **Za svou závislost na alkoholu se stydí a schovává se za jakousi masku**.

Respondentka č. 4 se stydí za projevy svých onemocnění. **Když by na veřejnosti někdo viděl, že se klepe** (kvůli své panické poruše). **Závislost na alkoholu má též spojenou se studem, zejména kvůli věcem, které dělala a nedělala**.

Respondent č. 5 vnímá svou stigmatizaci tak, že **je nepochopen ostatními a že si z něj okolí dělá kvůli jeho onemocnění legraci**.

Respondentka č. 6 pocítuje stigmatizaci zejména kvůli **nepochopení její osoby** okolím.

5.9.2 DC 2 Zjistit, v jakých oblastech jejich života se cítí být stigmatizovaní.

Tento dílčí cíl jsem sledovala **TO 6**. Z odpovědí respondentů vyplývá, že kvůli svému DO se cítí být stigmatizovaní zejména v mezilidských vztazích či v zaměstnání.

Respondent č. 1 uvádí, že jeho onemocnění mu otevřelo nové obzory v oblasti umění. Avšak v oblasti zaměstnání říká: *„Tak třeba nepracuju, ale žiju z důchodu, kterej je fakt jako nízký, jo a najít práci je těžký, když dojde řeč na tu chorobu, takže buď člověk musí lhát, že je jako zdravěj a to se v malým městě moc nedá, nebo má smůlu no, lidi se na tu chorobu koukají skrz prsty, protože nic nevědí, takže prostě mají strach zaměstnat někoho takhle nemocnýho, což chápu no, lhát jim nechci”*.

Respondent č. 2 se necítí být stigmatizován v žádných oblastech svého života.

Respondent č. 3 hovoří o **nepochopení jeho onemocnění mezi svými blízkými, protože jim chybí zkušenost**, kterou respondent se závislostí na alkoholu má. Své onemocnění vnímá jako blok a má jisté obavy o něm mluvit, protože by nemuselo být pochopeno, nebo by mohlo být pochopeno jinak než by chtěl. Proto si ze svého onemocnění někdy utahuje a nasazuje si již zmíněnou masku, přitom si je dobře vědom závažnosti svého onemocnění.

Respondentka č. 4 vidí svou stigmatizaci především v oblasti zaměstnání, kvůli příznakům svého onemocnění. **V oblasti mezilidských vztahů se bojí nepochopení svého onemocnění. Dotazovaná uvádí, že se nebojí mluvit o onemocnění úzkostnou poruchou, ale stydí se především za svou závislost na alkoholu.** K tomuto říká: *„já jsem také brala člověka, který chlastá nebo je závislý, že to je jako bezdomovec, to se nemůže týkat normálních lidí. Proto jsem si to také já dlouho nepřipouštěla”*. Zde je vidět, proč se člověk s DO může ostýchat hovořit o svém onemocnění. Před propuknutím nemoci měl totiž určitý pohled na onemocnění, kterým si momentálně prochází a ten obraz v něm zůstává. Následně pak tento obraz vztahuje z pohledu společnosti na svou osobu.

Respondent č. 5 uvádí, že **kvůli svému onemocnění schizofrenií si nemůže dovolit zakládat rodinu**. „*To s touhle nemocí prostě nejde*“. Dotazovaný dva roky pracoval, ale z monotónní práce mu nebylo psychicky dobře. Zaměstnání tedy opustil a nyní pobírá invalidní důchod. **Dále respondent uvádí, že lidi na internetu si z něho utahují kvůli jeho nemoci a neberou ho vážně.**

Respondentka č. 6 hovoří o **nepochopení své osoby okolím**. Důležitost vidí v tom, aby se lidé měli rádi a hezky se k sobě chovali. Další problémy shledává v komunikaci s okolím. Dotazovaná o svojí nemoci doslova uvedla: „*To už je všude napsaný, ne na úřadě není? Jako když třeba si jdem něco zařizovat, nebo něco, není to tam napsaný?*“. Není právě toto dojem, že má člověk na čele napsáno, že je duševně nemocen?

5.9.3 DC 3 Zjistit, jak ovlivňují vnitřní faktory sebepojetí respondentů.

To bylo zjišťováno **TO 7**. Tento dílčí cíl byl sledován souhrnem jednotlivých rozhovorů.

Respondent č. 1 hovoří o **pocitech smutku**, které se u něj objevovaly již v dětství. To, že trpí depresi, nijak neřešil, protože každý druhý člověk říká, že má „depresi“. „*Ale jinak já jsem od dětství takovej smutňák, že jsem měl ty deprese, ale tak nějak jsem to neřešil, myslel jsem, že to mají všichni ostatní. Ale neměl jsem ty manický části no. Jsem to v sobě dusil, a pak to možná právě díky tomu vybuchlo*“. Svůj život se snaží obrátit na tu lepší stránku. Věnuje se umění, meditaci a přírodě. To mu pomáhá zvládat své onemocnění lépe. Když se respondent necítí ve „své kůži“, dá si jointa.

Respondent č. 2 **přijal své onemocnění a je s ním smířen**. Díky dodržování léčby se již dlouho necítil špatně, a pokud se objeví nějaký neduh, zažene ho kafem a cigaretou.

Respondenta č. 3 **skrývá své pocity studu za různé pózy**, které ho ale stojí mnoho energie a úsilí. Což je pochopitelné, protože pokud se člověk na venek tváří, jako že je v pořádku a přitom není, je to velmi náročné. Pokud se u něj objeví chutě na alkohol, tak mu velmi pomáhá sport. Snaží se doslova **zahnat myšlenky na pití**.

Respondentka č. 4 hovoří o svých pocitech jasně, a pokud se necítí fit, **pomáhá jí jedině prášek**. „Protože mně by třeba pomohlo, kdybych myslela na něco pozitivního, ale to nejde, to myslím zrovna na něco špatného a jediné, co by mně v danou chvíli pomohlo je, protože mně u toho vždycky když mně začíná být špatně, tak mě chytne hrozný vztek, úplně neovladatelný. A vždycky jim říkám, teď na mě nemluvte, buďte ticho a nechte mě chvíli být. Pak na mě začne někdo chvíli mluvit. Třeba mě napomene, že tadyhle flíček třeba mě to úplně vytočí k nepřičetnosti, že musím do něčeho praštit, nebo něco, udělám hroznou scénu no a začnu brečet, zavřu se do koupelny a řeknu si, tak co bych si udělala. To jsem říkala, že kdyby mě nechali třeba chvíli, že by to třeba přešlo. To je prostě těžký“.

Respondent č. 5 vidí svou oporu pouze v léčích, které mu pomáhají zvládat jeho stavy spojené s jeho onemocněním.

Respondentka č. 6 uvádí, že pokud se necítí dobře, **obrátil se k Bohu**. Víra v Boha jí pomáhá překonat úskalí jejího onemocnění. **Oporu vidí i v lékařích**.

5.9.4 DC 4 Zjistit, jak ovlivňují vnější faktory sebepojetí respondentů.

Což bylo zjišťováno **TO 8 - 14**. To jakým způsobem reaguje okolí na osoby s DO, má bezpochyby vliv i na jejich vnímání sebe sama. Zde působí faktory, které se pojí s příznaky u jednotlivých DO. Jedná se především o změnu chování, jak vnímají své onemocnění, přístup a způsob léčby. Většina respondentů má nasazenou medikaci, která s sebou nese i možné vedlejší účinky. Působí zde i faktor prezentace DO v médiích, který ovlivňuje zejména veřejnost a tím i osoby s DO.

Respondent č. 1 říká, že **už není ten samý člověk, kterým byl**. Už tolik neflámuje a začal se o sebe více starat. Je pro něj však těžké fungovat pod vlivem léků, které mu nikdy neseseděly, vyvolávaly u něj halucinace a cítil se jako zombie. To jakým způsobem se projevovalo jeho onemocnění a jak na tyto projevy reagovalo okolí respondenta nejlépe vystihuje právě tento úryvek z rozhovoru: „Užili si peklo se mnou teda, velký teda, když to propuklo, než jsem byl poprvý hospitalizovanéj, ta manická část byla teda příšerná jo, já jsem tomu nevěřil do té doby, že to mám, než mě pustili z nemocnice, a doktorka mi dala brožurku o tý nemoci, a já jsem si projel těch 15 bodů, který to

charakterizují, a já jsem jich 13 splňoval, třeba sem rozdál úplně všechn majetek, nezáleželo mi na tom, já nic nemám teď, ani si nic nepořídím. Peníze jsem utratil, jezdil jsem autem, tak že jsem třeba naboural, jezdil jsem hrozně rychle, koho jsem potkal, toho jsem přefíkl, prostě nářez, přesně jak to specifikuje ta brožurka, tak to bylo, rodina si se mnou zažila fakt jako peklo, to byl zlo. Mezi přáteli, který mi zůstali, mezi těmi opravdovými, kterejm to je úplně šumafuk, ty to brali, že jsem prostě nemocnej, tak mezi nimi mám takovou záchrannou síť, takže když blbnu, tak mi to dají najevo a to je super, to bych doporučil každému, kdo tou chorobou jako trpí. A změnilo se, jak na mě koukají lidé, kteří mě potkávají různě v těch hospodách, na koncertech, jsem dělal kameramana, tak jsem byl v tom městě docela známej, tak jako koukají skrz prsty, spousta lidí se s tebou ani nebaví, že jo, prostě to nechápou. Já jsem jako fakt vyváděl, to není, jako že bych jen utratil ty peníze“. Co se týče mediálního obrazu osob s DO, vidí respondent problém především v prezentaci této problematiky. Používání zkratk a nadlehčování jednotlivých situací by se prý mohly zlepšit. Avšak dle jeho názoru **je situace lepší než za minulého režimu, kdy se o tomto problému nemluvilo vůbec a bylo to jakési tabu**. Pozitivum vidí v tom, že v současnosti se točí již mnoho filmů či dokumentů. Otázkou však zůstává jejich kvalita a věrohodnost. Odbornou pomoc dotazovaný nevyhledal dobrovolně, ale byl rovnou hospitalizovaný. **K odborné pomoci má respondent velmi negativní postoj** kvůli svým špatným zkušenostem z psychiatrické léčebny. **Pod vlivem léků prý není schopen žít plnohodnotný život**. Vedlejší účinky léků probíral s lékaři, ale prý **ho nikdy neposlouchali**. Vzhledem k tomu, že má nařízenou soudní léčbu, **nemůže si vybírat**. Jinak by už dávno k psychiatrovi nechodil. Respondent vidí možné zlepšení pohledu společnosti na osoby s DO v lepší komunikaci. „Prostě musí se o tom mluvit, to je vždy důležitý, nejdůležitější ta komunikace, to je jedno jestli to je partnerskej život nebo byznys, když se nemluví nebo komunikuje se špatně, tak je to vždycky zlo a stojí to za nic.“

U respondenta č. 2, který má stejnou diagnózu jako respondent č. 1 je vidět diametrální **rozdíl v pohledu a přijetí onemocnění**. Běžné chování se u respondenta změnilo především typickými příznaky pro onemocnění afektivní bipolární poruchou. Jednalo se zejména o střídající se veselost a úzkost. Dotazovaný uvádí, že je to již velmi dávno a že si to už moc nepamatuje. Špatné vzpomínky z období, kdy se jeho onemocnění projevovalo, se mu podařilo vytěsnit. Navíc pravidelně užívá předepsané

léky, které mu pomáhají udržet se v příznivém stavu. Když si však vzpomene, říká, „že lidé v okolí ho litovali, nic nechápali, rozčilovali se, ale ve finále jim to nebylo nic platný“. Rodina poskytla dotazovanému čas potřebný k zotavení, což byla doba dlouhá 4 roky. Respondentův stav se zhoršil po roce od hospitalizace, kdy přestal užívat psychofarmaka. Zde je vidět jeden z významných faktorů a to podpora, důvěra a síla rodiny. V oblasti odborné pomoci respondent uvádí, že kvůli příznakům jeho onemocnění byl na doporučení své rodiny hospitalizován na psychiatrii. „No chvíli to trvalo, než sem pochopil, že tam nejsou doktoři pro mě a že, taky nějakou dobu, než si člověk uvědomí, že je pacient, že je nemocnej, protože to si nepřízná hned ze začátku, ale teďka je ten vztah normální, oboustranně takovej příjemnej s těmi lékaři“. Zde je vidět i důležitý faktor času. A to zejména období od propuknutí prvních příznaků, nasazenou léčbu až po stabilizaci osoby s DO. Tento proces je však velmi individuální. Respondent dále uvádí, že psychofarmaka mu pomáhají a proto je bere, nepřemýšlí nad tím a zároveň dodává: „ale občas jako člověk má pocit, že by je chvíli nemusel brát, a ten pocit je potřeba hned zapudit a vědět potom, že bez těch léků to nejde“. Respondent nakonec dodává, že lidé, kteří přistupují k osobám s DO negativně, jsou hloupí a dodává: „Tak hloupí lidi a nesouvisí to třeba s nějakým tím, s inteligencí možná, hloupí lidi se jim smějou, ale ty normální lidi, ty si myslím, že je chápou, nedělají nějaký náznaky, že by jim chtěli vyloženě pomoci, to asi ne, a když do těch duševně nemocných nepočítáme ty lumpy, co vezou pistoli a střílej v poli, jen tak sami od sebe, tak si myslím, že ve skutečnosti ty extrémní případy... Nevím, co těmhle extrémům. Ty bych z toho vyškrtl, protože to je jeden. Tisíc duševně nemocnejch je branejch společností uplně normálně a jeden z těch tisíců jde a zastřelí lidi v Uherském Brodě...tak to je výjimka, ten je samozřejmě odsouzenej. To je všechno. Já si myslím, že když to lidi viděj tak si to nespojujou ze začátku s tím, že ten člověk je nemocnej, že měl proto právo... to je otázka jestli on vůbec byl nemocnej, nebo jestli to byl člověk, kterej byl jenom zlostnej a měl chuť se nějak pomstít společnosti.“

Respondent č. 3 dlouho nevěděl, že je závislý na alkoholu. **Jeho pití mu v podstatě přišlo normální a nevěděl, že se jedná o duševní onemocnění. Jeho okolí vidělo, že již není něco v pořádku.** „Člověk si kolikrát myslí, že nevšimli, ale všimli určitě. Jo, to zas tak, jako člověk nesleduje, co si o něm kdo co myslí, až když mu to někdo neřekne přímo do očí, ale i když mi to někdo z blízkých řekl třeba do očí, tak eh, tak jsem to

navenek neřešil, ale vnitřně řešil.” Dotazovaný dále vidí problém v **prezentaci závislosti** na alkoholu v **médiích**, která tuto **problematiku berou mnohdy na lehkou váhu**. „Ten akcent, že je to tak velkej problém, a v řadě filmů, v řadě filmů prostě, v řadě filmů je to i si myslím zlehčovanej problém, mám na mysli teď se mi vybavuje Základní instinkt s Michaelem Douglasem, že jo když tam v podstatě říká, tři měsíce jsem nepil, tak co bych si nedal, že jo, a je to takový a to se promítá v řadě jako filmů, dokumenty, nevybavuju si...”. Odborná pomoc je pro respondenta důležitá, avšak důležitější je fakt, že se do ničeho nenutí, což byl pro něj v minulosti zásadní problém, který vedl i k mnoha neúspěšným abstinencím. „dřív jsem všechny ty rady a doporučení, ne že nevnímá, ale nebral jsem je vážně, určitě, proto taky chodím pravidelně na doléčování, a nečiní mi to potíže, nenutím se, dřív jsem se nutil”. **Zde je důležitým faktorem to, že respondent chce, chce se dobrovolně léčit, je si plně vědom všech možných dopadů alkoholové závislosti nejen na jeho osobu, ale i na jeho rodinu a okolí**. K lepšímu pochopení společnosti osob s DO by dle respondenta vedl lepší a objektivnější mediální obraz lidí s tímto problémem.

Respondentka č. 4 trpí jak úzkostnou panickou poruchou, tak i závislostí na alkoholu. Pocity úzkosti a strachu se snažila přebít alkoholem, což způsobilo jen další problém. **Dotazovaná uvádí, že přestala naprosto fungovat, nemohla popadnout dech a bála se, že se udusí**. Ochota vyhledat odbornou pomoc u respondentky byla, avšak obavy z návštěvy psychiatra u ní probouzeli jisté obavy, že na ní každý pozná, že chodí k psychiatrovi. Její stavy se však už nedali vydržet, a tak šli i tyto obavy stranou. První setkání s odbornou pomocí také nedopadlo zrovna nejlépe: „Sevření, no a nemůžeš dělat nic, nemůžeš jít ven, nemůžeš nic, protože se bojíš soustavně. Když jsem šla k doktorce, myslím si, že ta to zavínila, že se to tak, rozběhlo, víš? A i ten alkohol, že se tak rozběh, protože jsem byla u doktorky a ta mi řekla, že mi nic není, a že si mám jít sednout na louku s nějakým chlapcem, že mě to přejde“. Nakonec dotazovaná připouští, že jí pomohla alespoň psychofarmaka, i když mezi vedlejší účinky, které jsou spojené s jejich užíváním, patří především únava přes den a nespavost v noci. Dále byl velký problém v hledání té správné medikace. V oblasti médií vnímá mediální obraz lidí s DO tak, že všechny „házejí do jednoho pytle“. Také uvádí, že prezentace osob s DO není na nejlepší úrovni: „Jako když o těch alkoholících nebo jako o nějaké skupině, jako by byli bezdomovci, prostě jako ne o normálních lidech, ale jako o nějaké spodině nebo tak

něco“. S tím souvisí i strach z nepochopení jejího onemocnění okolím. **Přesto, že se o svém DO snaží mluvit, vnímá, že jí nikdo nevěří a nechápe jí.** Při prvních příznacích jejího onemocnění reagovalo její okolí strachem o její osobu. Postupem času se ale setkala s neporozuměním i ze strany její rodiny: „*Oni to nemaj, tak tomu nerozuměj, Třeba taťka doted' říká, že nechápe, jak může někdo brát prášky na nervy. A ještě mi tak blbě řekne, ono na kruháku, na kruhovém přejezdu, objezdu. Až tam budeš dělat, ono tě to přejde. To je prostě na zabítí. Stejně tak nemůžou, třeba babička, ta nepije alkohol nikdy nebo nikdy, no nevím, prostě co já jsem živá, tak ho nepije, protože má na něj alergii. Takže ono jí stačí, když si cucne a hned jí naskáčou fleky. Takže mně říká nebo třeba já, když vyžadují pochvalu, že už 7 roků nepiju, protože to je pro mě dost a nikdo mě nepochválí a berou to jako samozřejmost a ona mě řekne no a já také nepiju, no dobrý a tys nikdy nepila vid'?*“ A nakonec, co si respondentka myslí, že by společnost vedlo k lepšímu pochopení osob s DO? „*Nevím, kdyby si tím všichni prošli. Protože vím, že oni nepochopí. Já myslím, že by se o tom mělo více mluvit a psát, aby se to bralo více jako samozřejmost. Téma DO je stále tabu, ale postupně se to zlepšuje, ale furt to je takové, ono to je určitě i Českou republikou jako tím postojem tady těch lidí*“.

Na respondenta č. 5 okolí reagovalo na projevy jeho onemocnění tak, že si mysleli, že je opilý. „*No lidi už si o mně říkali, že se chovám jako vožralej a přitom jsem nic nepil, když jsem se každý blbosti smál a myslel jsem si, že mám nějakou humornou nemoc, no a takhle no. Takhle to začalo nějak v tom přelomu 2002/2003 když jsem skončil v práci, protože jsem dva roky pracoval, a pak jsem se zbláznil z tý jednotvárný práce, protože jsem pořád šlapal na pedál celejch 8 hodin, nebo 7 a půl. No a už to nebylo možný a do tý práce ani chodit*“.

Po tom co mu byla diagnostikována paranoidní schizofrenie, vnímá i mediální obraz spojený s jeho onemocněním stigmatizujícím způsobem: „*No nebezpečnej schizofrenik. Nevím, je to takový, vlastně schizofrenici nejsou nebezpečný, to jsou jenom určitý lidi a to můžou bejt nebezpečný i zdraví lidi, že jo*.“

Ohledně odborné pomoci měl respondent různé obavy, což mohlo souviset i s jeho diagnózou: „*Já jsem se bál těch chemikálií, co do mě cpou. A to hodně lidí se asi bojí, brát ty léky, no, asi jiná možnost není, aby člověk byl tak nějak trochu v normálu. No jako třeba jsem si myslel, že ten doktor, co tam byl v Hradci, že on byl mladej, tak jsem si říkal, že je moc nezkušenej, že je moc nezkušenej a to a kdyby zas byl moc starej, tak*

jsem si, jsem si myslel, vlastně že ty starší, že jsou zkušenější doktoři, že jsou zkušenější, proč tam maj mladýho zrovna. Oni sestry nechtějí, sestry nechtějí pracovat na psychiatrii jsem se na internetu dočet, že se těch pacientů bojeť.“ Dále si respondent uvědomuje, že pokud by psychofarmaka neužíval, byla by to pro něj doslova katastrofa. Prý by ztrácel vědomí, vynechávalo by mu myšlení a byl by prý úplně mimo. Jako vedlejší účinky spojené s užíváním psychofarmak uvádí, že mu ničí svaly. I přesto je rád, že odbornou pomoc vyhledal, protože by byl jinak neustále vzhůru a to by prý bylo strašné. Nakonec uvádí, že společnost by se osobám s DO měla chovat lépe: **„Neměli by se posmívat, že je ten člověk nemocnej. Taky politici by měli přidat víc peníze na duševní nemoce, dávaj málo.“**

Respondentka č. 6 uvádí, že okolí na projevy jejího onemocnění reagovalo negativně. Na každého nadávala a chovala se dle jejích slov vesele. Mediální obraz osob s DO, vnímá negativně a poukazuje na to, jak se k sobě lidé chovají špatně. Na to konto se uklidňuje poslechem hudby. Respondentka uvádí, že onemocnění schizofrenií mají v rodině, a tak bylo vyhledání odborné pomoci nevyhnutelné. **Vadilo jí dlouhé čekání v čekárně u psychiatra.** Necítí se dobře ve společnosti většího počtu lidí ve stísněném prostoru. Za odbornou pomoc je ráda, protože je nerada hospitalizovaná na psychiatrii, je raději doma a dochází k psychiatrovi ambulantně. Na otázku, jaký má názor na psychofarmaka, respondentka nevěděla, co to psychofarmaka vůbec jsou. Po vysvětlení říká, že jí pomáhají, i když jí lékaři hledali tu správnou medikaci. Uvádí však, že je utlumená, unavená a špatně jí pracují svaly. Společnost by dle jejího názoru měla více věřit v pána Boha, protože je všude přítomen. Výpovědi respondentky jsem záměrně necitovala, jelikož byly velmi zmatené. Dotazovaná byla velmi nervózní a i přes jiné formulace otázek, bylo vidět její rozladění. Avšak vše podstatné bylo řečeno.

Shrnutí výzkumné části

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaké faktory ovlivňují sebepojetí respondentů s DO vlivem stigmatizace. Tento hlavní cíl byl rozpracován do dílčích cílů, které byly naplněny pomocí tazatelských otázek a dále byly pomocí otázky pro výzkumnici shrnuty. Na některé tazatelské otázky odpovídali respondenti ihned, na některé bylo zapotřebí doplňujících otázek nebo přeformulování otázky. Je to celkem pochopitelné, protože zkoumaná oblast jejich života je poněkud složitějšího charakteru a často bylo zapotřebí hlubšího zamyšlení se nad pokládanou otázkou.

Dílčím cílem 1 bylo zjistit, jak se respondenti cítí být stigmatizováni kvůli svému DO. Zde zřejmě nejvíce působil faktor samotné diagnózy DO. Mezi další faktory patřilo rodinné zázemí a podpora blízkých. Z odpovědí na TO 1 – TO 5, tedy vyplynulo, že 5 dotazovaných se cítí být stigmatizováno a jeden ne. Otázkou pro mě zůstávalo, proč se jeden respondent necítí být stigmatizován. Jednalo se o respondenta s afektivní bipolární poruchou a z jeho výpovědi vyplynulo, že velká podpora rodiny, dodržování léčby a přijetí jeho onemocnění jsou základní faktory, které tohoto respondenta vedli k tomu, že se necítí být nijakým způsobem stigmatizován (znevýhodněn). Ostatních pět respondentů se cítilo být vlivem svého DO, nějakým způsobem stigmatizováno.

Úkolem dílčího cílu 2 bylo zjistit, v jakých oblastech života se dotazovaní cítí být stigmatizováni. Z výpovědí vyplynulo, že část respondentů má špatné zkušenosti v oblasti zaměstnání. Kvůli příznakům svého onemocnění není schopno vykonávat práci, mají špatné zkušenosti se zaměstnavateli nebo mají strach z nepřijetí kvůli svému DO. Jako další oblasti možné stigmatizace vidí respondenti celkem shodně oblast mezilidských vztahů. Mnohdy se setkávají s nepochopením svého DO, což může mít za důsledek prezentace DO v médiích a nedostačující informovanost veřejnosti o problematice DO.

Dílčí cíl 3 zjišťoval, jaké vnitřní faktory ovlivňují sebepojetí respondentů. Tento dílčí cíl byl jeden z nejobtížnějších, protože se jedná o vnitřní pocity respondentů a pro některé byl problém se plně vyjádřit. Každopádně bylo zjištěno, že v dotazovaných se skrývají pocity studu či smutku kvůli jejich diagnóze. Z výpovědí na TO 7, kterou byl

tento dílčí cíl sledován, vyplynulo, že každý se snaží se svým onemocněním bojovat po svém. Je však důležité, aby bylo možné se obrátit na někoho, kdo je respondentům ochoten pomoci. Může jít jak o odbornou pomoc, tak i o pomoc blízkých. Právě podpora je jedním z nejdůležitějších faktorů, které pozitivně působí na dotazované.

A posledním 4 dílčím cílem bylo zjistit, jaké vnější faktory ovlivňují sebepojetí respondentů, což bylo zjišťováno TO 8 – TO 14. Zde se jednalo především o postoje společnosti vůči respondentům. S tím jsou spojeny i osobní zkušenosti, které mají dotazovaní se svým okolím. Možné nepřijetí, konflikty atp., to vše ovlivňuje sebepojetí respondentů. Z výpovědí vyplývá, že mezi vnější faktory patří např. přístup odborné pomoci, medikace, samotná diagnóza DO, ale i média ovlivňující společnost. Jak již bylo několikrát řečeno, média mají velký vliv na společnost, která pak dle shlednuté prezentace DO, může reagovat neadekvátně vůči těmto lidem. Zde je na místě i otázka možné destigmatizace, jenž respondenti viděli především v korektní prezentaci médií, v dostatečné komunikaci a vzdělávání se v této problematice. Možné zlepšení postavení osob s duševním onemocněním pak může nastat s připravovanou reformou psychiatrické péče.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaké faktory ovlivňují sebepojetí respondentů s DO vlivem stigmatizace. Na základě shrnutí dílčích cílů, jsem zjistila, že sebepojetí dotazovaných ovlivňují jak vnitřní, tak i vnější faktory. Špatné zkušenosti s odbornou pomocí, konflikty s okolím i s rodinou. Ale především stigma spojené s jejich diagnózou. To vše má vliv na sebepojetí respondentů. I přes malý vzorek respondentů bylo jasné vidět, jak vnitřně bojují sami se sebou. Bojovat s duševním onemocněním může být někdy těžší, než se na první pohled může zdát a proto tito lidé mají můj upřímný obdiv.

ZÁVĚR A DISKUSE

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké faktory ovlivňují sebepojetí respondentů s DO vlivem stigmatizace.

Předkládaná práce se skládá z teoretické a výzkumné části, které na sebe navazují.

V teoretické části jsem se zabývala pojmy uvedenými ve své práci. Nezbytnou součástí bylo studium monografií a dalších zdrojů. Mnohdy bylo těžké ve stručnosti shrnout danou problematiku, protože zpracovávané téma je velmi rozsáhlé a pojí se s mnoha působícími faktory. Nejdříve jsem měla v úmyslu uvést i stigma osob s DO v průběhu historie. To by byl ale mnohonásobně překročen rozsah bakalářské práce. Bylo by však možné rozšíření a zkoumání historie v diplomové práci. Možné rozšíření práce by bylo možné i o další druhy duševního onemocnění, s tím spojené stigma a sebepojetí osob. Dále by bylo zajímavé zkoumat další cílové skupiny s oblasti sociální práce např. stigma spojené se stářím, handicapem i nemocí a s tím spojené sebepojetí jednotlivců. Stigma se týká ale i odborníků s oblasti sociální práce a medicíny. Proto i tato oblast, by mohla být velmi zajímavou a přínosnou pro sociální práci.

Výzkumná část práce byla založena na kvalitativním výzkumu, vzhledem k podstatě zkoumaného jevu tím bylo umožněno získání hlubších a detailnějších poznatků. Díky použití osobních rozhovorů byly zjištěny potřebné údaje, jejichž pomocí došlo k naplnění hlavního cíle práce, který pak byl rozpracován do dílčích cílů. Tazatelské otázky byly kladeny tak, aby bylo co možná nejvíce zjištěno, zda se respondenti cítí být stigmatizováni vlivem jejich DO a jaký vliv má tento fakt na jejich sebepojetí. U jednoho respondenta byla bohužel porušena anonymita, což vysvětluji v rizikách výzkumu. Sociální práce je o tom, že se sociální pracovník se dostává do různých situací a řeší i dilemata s tím spojená. Proto i tato práce byla pro mě velkým přínosem a to zejména proto, že jsem si dokázala rozšířit obzory a dívat se na osoby s DO trochu jiným pohledem. Z výsledků analýzy výzkumu vyplývá, že každý vnímá své DO i možnou stigmatizaci jinak. Záleží na působení mnoha faktorů a vzhledem k malému vzorku respondentů, tento výzkum nelze použít na všechny osoby s DO. Zabývala jsem

se především jednotlivými pohledy respondentů a byla pro mě důležitá jedinečnost, to jak k sobě přistupuje jednatel s DO.

Tato práce může být přínosem pro sociální pracovníky zejména v tom, že je důležité přistupovat ke klientům individuálně a objektivně. Pochopitelně je to otázka času i osobnosti daného pracovníka, ale domnívám se, že je lepší mít dva spokojené klienty, než kupu nešťastných. Sociální práci neberu jen jakou pouhou profesí ale i jako určité poslání.

BIBLIOGRAFIE

Monografie

BAŠTECKÝ, Jaroslav; KREKULE, Jan. *Psychiatrie, právo a společnost: postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997, Theatrummedico-iuridicum. 218 s. ISBN 8085824450.

BLATNÝ, Marek; PLHÁKOVÁ, Alena. *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 2003. ISBN 8086620050.

ČAČKA, Otto. *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika*. 3. opr. vyd., Brno: Doplněk, 2002. 384 s. ISBN 8072391070.

DRAPELA, Victor J. *Přehled teorií osobnosti*. 2. opr. vyd. Praha: Portál, 1998, 175 s. ISBN 80-717-8251-3.

GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, Most (Sociologické nakladatelství). 167 s. ISBN 80-864-2921-0.

HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 807178303x.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

HÖSCHL, Cyril; LIBIGER, Jan et al., *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Praha: TIGIS, 2004, 865 s. ISBN 8090013074.

JANIČEK, Jeroným. *Když úzkost bolí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 203 s. ISBN 978-80-7367-366-6.

KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada (Psyché), 2010, 106 s. ISBN 9788024720456.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

NAKONEČNÝ, Milan. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003, 507 s. ISBN 80-200-0993-0.

OCISKOVÁ, Marie, PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing (Psyché), 2015, 374 s. ISBN 9788024751993.

OREL, Miroslav. *Na Freuda já nemám čas, doktore*. 1. vyd. Praha: Portál, 2015. 160 s. ISBN 978-80-262-0931-7.

PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014, 246 s. ISBN 978-80-262-0731-3.

RABOCH, Jiří; Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2001. 622 s. ISBN 8072621408.

RÖHR, Heinz-Peter. *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2015. Spektrum (Portál). 176 s. ISBN 978-80-262-0927-0.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika*. Praha: Maxdorf-Jessenius, 1996, 504 s. ISBN 80-85800-33-0.

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

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd., Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 9788073674144.

VESELÁ, J. *Sociologický výzkum a jeho metody*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita, 2002. 92 s. ISBN 80-7194-466-I.

VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1997. 295 s. ISBN 8086123022.

VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada (Psyché), 2008, 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

VYSOKÝ, Hynek. *Ottův slovník naučný: Ilustrovaná encyklopedie obecných vědomostí*. Praha: J. OTTO, 1906. Dvacátý čtvrtý díl (Staroženské – Šyl).

ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1997, 192 s. ISBN 8071844942.

Periodika

HOLCNEROVÁ, Petra; ADÁMKOVÁ, Tereza et al. Obraz duševních poruch v tištěných médiích. *Psychiatrie*. 2010, 14(2), 85-90. ISSN 1211-7579. Dostupné také z:

http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2010/02/06_holcnerova_2_2010.pdf

OCISKOVÁ, Marie et al. Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Česká a Slovenská psychiatrie: Časopis Psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrické společnosti SLS*. Praha: Galén, spol. s r. o., 2014, 110(5): 250-258. ISSN 1212-0383.

Elektronické zdroje

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. *Stopstigma* [online]. 2015 [cit. 2016-03-16]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/>

Česká asociace pro psychické zdraví [cit. 14. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.capz.cz/onas/poslani-vize>

Česká televize/čt24 . *Němeček: V roce 2017 budeme mít 30 center duševního zdraví*. [online]., 2015 [cit. 15. 2. 2016]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1503410-nemecek-v-roce-2017-budeme-mit-30-center-dusevniho-zdravi>

PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace u psychogenních poruch* [online]. 2001 [cit. 11. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2001/01/07prasko.pdf>

Psychiatrická nemocnice Bohnice [cit. 11. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.bohnice.cz/aktivity/>

World Health Association [cit. 3. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.who.cz/zaklinfo.html>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Destigmatizační aktivity v České republice.....	I
Příloha 2 - Tazatelské otázky.....	II
Příloha 3 - Přepis rozhovoru s respondentem č. 1	IV

Příloha 1 - Destigmatizační aktivity v České republice

Právě konkrétní aktivity a projekty, zaměřené proti stigmatu duševního onemocnění, jsou velmi důležité pro lepší pochopení této problematiky. Níže uvádím alespoň několik aktivit, které působí v České republice.

V areálu psychiatrické léčebny v Bohnicích se již tradičně od roku 1991 koná festival *Mezi ploty*. Festival je zaměřen na oblast duševního zdraví, se kterým souvisí i celá řada přednášek, workshopů, hudebních i divadelních vystoupení. Právě takovéto aktivity mají velký význam pro odbourávání předsudků vůči lidem s duševním onemocněním a souvisí i s jejich sociálním začleňováním do společnosti (Psychiatrická nemocnice Bohnice [online], 2016). Za přínosné také považují vystoupení známých osob, které také postihlo duševní onemocnění např. herec Tomáš Hanák, který se v Bohnicích léčil se závislostí na alkoholu. Lidé si poté lépe uvědomují, že duševní onemocnění si nevybírá.

Dále bych ráda zmínila Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, které informuje společnost o problematice duševního onemocnění, ale zejména pomáhá duševně nemocným lidem. Centrum vytvořilo stránky věnující se právě problematice stigmatu duševního onemocnění (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, [online], 2016). Cílem organizace je především změna postojů veřejnosti, profesionálů ale i lidí s duševními potížemi. Na stránkách se nachází dokonce internetová stopstigma poradna, kde je možná konzultace s odborníky (psychiatři, psychologové, sociální pracovníci), či s *peer* pracovníky (lidmi, kteří, mají vlastní zkušenosti s duševním onemocněním).

Také Česká asociace pro psychické zdraví se zaměřuje na destigmatizaci lidí s duševním onemocněním. Své poslání vidí ve vytváření podmínek pro plnohodnotný život lidí s duševními poruchami a jejich rodin. Asociace vytváří prostor pro důstojné soužití a vzájemné porozumění mezi lidmi s duševním onemocněním, jejich blízkými, odborníky z pomáhajících profesí a veřejností. Dále realizuje programy péče o duševní zdraví a destigmatizační kampaně (Česká asociace pro psychické zdraví, [online], 2016).

Příloha 2 - Tazatelské otázky

1. Kolik Vám je let a jak dlouho trpíte duševní poruchou?
2. Změnilo se Vaše běžné chování po vypuknutí psychické poruchy, jak?
3. Jaká byla reakce okolí na změnu Vašeho chování?
4. Jaká psychická porucha Vám byla diagnostikována?
5. Cítíte se být znevýhodněný/á vlivem duševní nemoci, která Vám byla diagnostikována, čím konkrétně?
 - Jak vnímáte mediální obraz psychicky nemocných?(prezentace v TV, filmy, tisk)
 - Máte pocity méněcennosti, studu, proč?
 - Máte obavy o možnost uplatnění se v životě (zaměstnání, rodina)?
 - Jste raději sám/a, vyhýbáte se společnosti?
 - Bojíte se mluvit o své nemoci mezi svými blízkými, protože by nemuselo být pochopeno?
 - Pokud někteří lidé nevědí o Vašem onemocnění, myslíte si, že by Vás začali přijímat jinak, kdyby se o Vašem onemocnění dozvěděli? Jak?
6. Můžete říci, že se příznaky Vašeho onemocnění zhoršovaly či zlepšovaly, kdy?
7. Změnil se Váš názor na odbornou pomoc před a po první návštěvě? Jak?
8. Byl/a jste ochotný/á sám/a vyhledat odbornou pomoc, co bylo podmíněm?
10. Jaký je Váš názor na psychofarmaka, pomáhají Vám (pokud je užíváte)?
11. Máte nějaké vedlejší účinky, jaké?
12. Co vám pomáhá, pokud se začnete cítit špatně?

13. Jste rád/a že jste vyhledal odbornou pomoc, proč?

14. Co by podle Vás vedlo společnost k lepšímu pochopení problému duševního onemocnění?

Příloha 3 - Přepis rozhovoru s respondentem č. 1

1. Takže otázka číslo jedna: kolik je ti let a jak dlouho trpíš duševní poruchou?

Je mi 38 let a poprvé mě to teda propuklo intenzivně, kdy se to řešilo pobytem v psychiatrický nemocnici, tak to byl rok 2012. Takže tři roky, čtyři. Ale jinak já jsem od dětství takovej smutňák, že jsem měl ty deprese, ale tak nějak jsem to neřešil, myslel jsem, že to mají všichni ostatní. Ale neměl jsem ty manický části no. Jsem to v sobě dusil, a pak to možná právě díky tomu vybuchlo.

2. Tak otázka číslo dvě: Změnilo se tvé běžné chování po vypuknutí tvé psychické poruchy a jak?

Určitě se změnilo, protože nejsem ten samej člověk, kterým jsem byl. Můžeš doplnit tu otázku, třeba v jaký oblasti ty změny?

Celkově, klidně jako ve vztahu k oblasti zaměstnání, nebo v rodině, vztahový problémy nebo jak se to projevovalo, jako když to srovnáš s tím, jak si fungoval před tím a jak po tom co...

Já jsem změnil úplně svůj život, takže se jako určitě změnilo. Jsem se honil za těma penězi, za kariérou.

Jako před vypuknutím?

Před vypuknutím hodně jsem pil, flámoval, všechno jsem utratil, žil jsem tak jako kdyby neměl být zítřek, no a teď se to opravdu změnilo, prostě dělám landart, takže jsem většinu dne někde v přírodě a tvořím, jsem jako vždycky chtěl být umělcem a nikdy jsem nemohl, tak právě teď díky ty nemoci jim byt můžu no. V tý rodině je to mnohem lepší, ty vztahy, i když teďka bohužel musím bydlet u rodičů...

Takže po tom co vypukla ta psychická porucha, tak jak se změnilo to chování, když před tím bylo to flámování a tak, a tak po tom co to vypuklo?

No tak rozhodně neflámuju už, trošku se o sebe starám, začal jsem teda meditovat, cvičit, sportovat, i když to je třeba těžší, protože pod vlivem těch léků se člověk cítí jako

zombie prostě, taky nemůže dělat všechno prostě, nedovedu si představit, že bych byl třeba někde u nějakýho lisu, to bych asi přišel o ruce. Mám změněný ty léky, ale po tom prvním návratu z blázince jsem jich měl asi pět a po tom jsem měl halucinace třeba jo, jel jsem autem, jako spolujezdec teda a říkal jsem ségře ať zabrzdí, protože tam běžela kočka a ona tam žádná nebyla jo, je mi blbě po tom a tak, to se mi jako nelíbí, jako jak se cejtím fyzicky, to je fakt horší no, proto sem začal cvičit, meditovat že jo, ty rodinný vztahy se teda vylepšili, kdybych měl ještě práci, tak by to bylo super, teď bydlím v mamahotelu, tak to špatně nesu, že jo, ale máme k sobě tak nějak blíž.

3. Jaká byla reakce okolí na změnu tvýho chování? Jak reagovala rodina, přátelé?

Užili si peklo se mnou teda, velký teda, když to propuklo, než jsem byl poprvý hospitalizovanej, ta manická část byla teda příšerná jo, já jsem tomu nevěřil do té doby, že to mám, než mě pustili z nemocnice a doktorka mi dala brožurku o tý nemoci, a já jsem si projel těch 15 bodů, který to charakterizujou, a já jsem jich 13 splňoval, třeba sem rozdál úplně všechnen majetek, nezáleželo mi na tom, já nic nemám teď, ani si nic nepořídím. Peníze jsem utratil, jezdil jsem autem, tak že jsem třeba naboural, jezdil jsem hrozně rychle, koho jsem potkal, toho jsem přefíkl, prostě nářez, přesně jak to specifikuje ta brožurka, tak to bylo, rodina si semnou zažila fakt jako peklo, to byl zlo. Mezi přáteli, který mi zůstali, mezi těmi opravdovými, kterejm to je úplně šumafuk, ty to brali, že jsem prostě nemocnej, tak mezi nimi mám takovou záchrannou síť, takže když blbnu, tak mi to dají najevo a to je super, to bych doporučil každému, kdo tou chorobou jako trpí. A změnilo se, jak na mě koukají lidé, kteří mě potkávají různě v těch hospodách, na koncertech, jsem dělal kameramana, tak jsem byl v tom městě docela známej, tak jako koukají skrz prsty, spousta lidí se s tebou ani nebaví, že jo, prostě to nechápou. Já jsem jako fakt vyváděl, to není, jako že bych jen utratil ty peníze.

A jak se to dozvěděli jako?

Je to malý město, tak asi si o tom pověděli.

To je fakt.

Já jsem poslal jednou pohled z Ameriky, nebyl ještě internet že jo, ať mi máma pošle recept na guláš nebo na svičkovou, že budu pracovat na rybářské lodi jako kuchař, že jo a když jsem se vrátil do Trutnova, tak tu běžela fáma, že vařím na zaoceánském parníku, tak nevím, jestli pošťačka vykecala, že,...

4. Tak jaká psychická porucha ti byla diagnostikována?

Maniodepresivní psychóza se tomu dřív říkalo, teď se to jemněji nazývá bipolární porucha.

5. Tak pátá otázka, cítíš se být znevýhodněn vlivem duševní poruchy, která ti byla diagnostikována? A čím konkrétně?

Tak třeba nepracuju, ale žiju z důchodu, kterej je fakt jako nízkěj, jo a najít práci je těžký, když dojde řeč na tu chorobu, takže buď člověk musí lhát, že je jako zdravěj a to se v malým městě moc nedá, nebo má smůlu no, lidi se na tu chorobu koukají skrz prsty, protože nic nevědí, takže prostě mají strach zaměstnat někoho takhle nemocnýho, což chápu no, lhát jim nechci no a třeba v Praze bych práci našel jako kameraman, ale mám strach, že bych zklouznul do toho starýho života. Tady jsem v tý přírodě a to je fajn, s tím co dělám, a bojím se abych se nevrátil do těch zajetých kolejí no, mám strach no, jinak se už nebojím ničeho.

Takže to znevýhodnění v oblasti toho zaměstnání?

Dalo by se říct no, pak ta kvalita toho života prostě není taková no, ale já jsem se znevýhodněl sám jo, jsem se dostal do téhle pozice, tak nemůžu nikoho vinit, ale jako určitý znevýhodnění tam samozřejmě je no, to pracovní je asi nejmarkantnější no.

Tak sám ses do toho asi nedostal úplně, že jo tak.

Asi úplně ne no.

No... Jak vnímáš mediální obraz psychicky nemocných, jako je prezentace v televizi, filmy, tisk?

No je to dost špatný, není to lichotivý, používají zkratky, zjednodušují to, ale díky bohu třeba jak si Kurt Cobain ustřelil hlavu nebo Iveta Bartošová skočila pod vlak, protože tyhle ty mediálně známý lidi na to můžou upozornit, ten obraz není dobrej, ale myslím si, že je lepší než v minulosti, jako za minulýho režimu, kdy se o tom vůbec nemluvilo, že jo, teď je dobře, že se o tom točej filmy a dokumenty a tak, ale mohlo by to bejt lepší no.

Tak to určitě no. Máš pocity méněcennosti, studu? A proč když tak?

Já určitě nemám pocit studu nebo méněcennosti, protože trpím tou chorobou, to je jako kdybych se na někoho díval skrz prsty, že má chřipku. Ale rozhodně se stydím za některý věci, který jsem prostě udělal, že jo, následkem toho, že jsem měl manickou část, takže bych za to mohl třeba nějak mnohdy, když mě třeba napadl někdo, že si dělám z lidí legraci, nebo opilci, to nevydržej a chtějí vás mlátit, a to já se nenechám, takže jsem mnohdy někoho seřezal tak, že bych ho takhle za normálního stavu jako neseřezal, za to se stydím.

Máš obavy o možnost uplatnění se v životě? Zaměstnání, rodina? Tak to zaměstnání si říkal, tak ta rodina?

Mám, mám, ale zase děkuju bohu a tý nemoci, že přišla, protože mi to otevřelo nový obzory, začal jsem se věnovat umění, a jako po dvou třech letech jsem v tom oboru uměleckým, kterej dělám mezi špičkou, ještě bych to potřeboval začít prodávat a bylo by to úplně super jako, teď to dělám jako koníčka a mám z toho fakt radost a baví mě to no.

Takže sis z toho vzal to dobrý?

To určitě, dá se říct, že se řídím takovým heslem, udělej si z nedostatku přednost, po městě nebo po okolí města stavím ty svý sochy a hodně často mi to lidi bourají, protože to neznají, zase si dělám z toho nedostatku přednost, můžu to postavit znova, vypadá to líp, je to rychlejší, takže se tím fakt jako učím, vždycky si člověk musí najít pozitiva nebo měl by.

A co se týče tý rodiny?

Tak ta není úplně spokojená, mám bližší vztah se svou...

Já myslím, že ty by sis založil svou vlastní rodinu?

Tak to já určitě nechci, protože ne úplně, to byla taková poslední kapka, zjistil jsem, že ta moje choroba dědičná není, i když já si myslím, že je, a já bych tomuhle tomu rozhodně nechtěl vystavit své děti, takže už teďka vím, že děti mít nechci a nebudu. Ale není to úplně vina té nemoci, já sem to tak měl nějak vždycky a tohle byla poslední kapka.

Jsi raději sám? Vyhýbáš se společnosti?

To určitě, já už i špatně artikuluju jo, já jsem přestal úplně mluvit s lidma, když už jsem v kontaktu ať už v práci nebo třeba s přáteli v hospodě, tak mám občas problém artikulovat, abych se vymáčknu, já jsem byl kecálek vždycky.

Jo? Bojíš se mluvit o své nemoci mezi svými blízkými, protože by to nemuselo být pochopeno?

Nebojím se o tom mluvit, protože když se o tom mluvit nebude, tak to ty lidi nepochopěj nikdy.

Pokud někteří lidé nevědí o tvém onemocnění, myslíš, že by tě začali přijímat jinak, kdyby se o tvém onemocnění dozvěděli? A jak?

No samozřejmě v Čechách to tak je, já to tak mám, prostě to je přirozený no, když někdo popotahuje a vy si říkáte, že má tu chřipku, tak vám to taky vadí, protože ji nechcete chytnout třeba.

6. Takže můžeš říct, že se příznaky tvého onemocnění zhoršovaly či zlepšovaly? A kdy?

Ta moje nemoc má dvě fáze, že jo, tu depresivní, takže v mém případě to bývalo tak, že máte 11 měsíců jako depresi a ten dvanáctej se to úplně obrátí a ten člověk je jakoby, tak já do té doby těch 11 měsíců ležel někde v posteli nebo tak ...

Ještě jednou?

Skoro jsem nevylezl z postele, a pak jsem vyšel ven, utratil jsem všechny prachy, nespal jsem, mám rekord asi 7 dní bez spánku, což je podle mě už nebezpečný z fyziologického hlediska.

To už tři dny no.

Zvládal jsem třeba rozhovor s 5 lidma najednou, jim odpovídat, asi tak teda, jaká byla otázka?

Jestli můžeš říct, že se ty příznaky toho onemocnění zlepšovaly nebo zhoršovaly? A kdy? Takže záleželo na tom, jaká to byla ta fáze tí nemoci.

Jo, ale někteří lidé, kteří mají tuto chorobu, tak se jim to střídá, jeden den mají depresi a druhý den blázněj, a já jsem to měl tak, že fakt jedenáct měsíců relativně pohodová deprese, a pak jsem teda vyváděl no a zhoršovalo se to.

A kdy to tak bylo? Na začátku?

Ta poslední ataka byla asi úplně nejhorší, protože tu si nepamatuju, co sem tam dělal jako jo, ale já jsem to do tí doby vždycky jako věděl jo, a co bylo zvláštní, že jsem to měl jakoby stabilizovaný a deprese jako ustoupila a bylo to jako v pohodě, a pak přišla ta ataka a byla fakt jako obrovská, jo.

A to bylo třeba, to byla ta poslední ted'kon?

Jo, ale z ničeho nic ted'ka, dřív to přicházelo, člověk pak nespal nebo začal kalit, nebo sem držel pětidenní půst, držel očistu, sem se tak vcajku cejtil a pak najednou mě to prásklo přes hlavu a zareagoval jsem jako hodně hodně špatně no, ale zase jako napadl mě kamarád, co šel okolo, já jsem mu řekl, že mě dluží peníze, že mě podvedl, že bych s nim rád o tom hodil řeč, zatočil za roh, já jsem si tam na dvorečku kouřil, zavřený oči a on ke mně přiběhl a začal mě mlátit, prostě byl opilej a tak a v tu chvíli jsem to teda neunesl, že člověk, že já jsem mu nic neudělal, a kterej má tu chuť a ještě mě jako okradl a pak mě napadne ještě jo, to jsem ho jako seřezal jako moc no.

A to byla ta ataka?

Jo to byla ta poslední no.

7. Změnil se tvůj názor na odbornou pomoc před a po první návštěvě? Jak?

Změnil. Já si myslím, že mi to nepomáhá. A rozhodně nesouhlasím s tím systémem, že jsou lidi zavíraný do těch blázinců, jako chápu, že má někdo chorobu, je tam na speciálním oddělení, se stejnýma lidma, co mají stejnou chorobu, ale já jsem byl na takovým příjmu, kde jsou prostě opilci, schizofrenici, vrazi jo, prostě výkvět společnosti a tam jsem byl zavřenej tři měsíce a ládovali do mě ty léky takovým stylem, že se člověk pomalu ani nenajedl a šoupal nohy po tý chodbě, jako strašný, zažil jsem to, že mě připoutali na týden na lůžko za nic, že jsem prudil, že se mi něco nelíbí, dokonce mě mlátili, když jsem ležel přivázaný, a myslím že těma lékama se to dá vyřešit u spousta lidí, co vím z té zkušenosti, prostě s nima stačilo promluvit jo, protože tam byli lidi po těžký životní zkušenosti, že měli nějakou zkušenost, já nevím třeba rozvod, nějaká nevěra partnera, nebo přišli o peníze, tak to psychicky neunesli, no ale zavřeli je tam na dva měsíce a cpali je těma jedama, to si nemyslím, že je správnej přístup, třeba o mě se říká, že když, je to anonymní?, když vynechám ty léky, u lidí co mají stejnou chorobu, tak prostě přijde ta ataka a vezou se znova, já už dva roky předstírám, že beru léky a neberu je a vždycky před tou kontrolou 14 dní beru, mi berou krev, že jsem pořádku, a žiju si svůj život, protože jsem prostě nežil plnohodnotnej život, ty lidi jsou tou léčbou spíš vystrčený na okraj ty společnosti, než to, než tou chorobou. Hnízdil o tom mluvil. Jsem četl nějaký rozhovor s doktorem Hnízdilem, cvokař, hrozně chválí, že zdravotnictví je na vysoké úrovni, všechno fajn a léky super, ale nedoporučuje to úplně každému, dneska každý člověk, kdo se sesype a přijde ke cvokaři, tak ho narvou lékama, spousta lidí podle mě nepotřebuje vůbec psychiatra, ale spíš psychologa, a o tom problému si pohovořit.

8. Byl jsi ochotný sám vyhledat odbornou pomoc a co bylo tím podnětem?

Ne nikdy, nikdy, mě zavřeli do blázince, když jsem vyváděl moc a já tam nechtěl, když jsi blázen, tak to nevíš, že jsi blázen a moc tě to baví jako.

9. Jaký je tvůj názor na psychofarmaka? Pomáhají ti?

Ne, na to jsem odpověděl v minulé otázce.

Ano.

Ještě k tomu doplním, pomohly mi starý drogy, používal jsem lithium karbohydrátum, nebo tak, starej stabilizátor nálady, pomohlo mi to úplně nejvíc, takže když pominu nějaký kožní problémy, třesavku a bolesti hlavy, tak to bylo moc fajn, ty nový léky to je takovej driják, že prostě to mění člověk víc než ta choroba si myslím a třeba úplně to nejhorší, co jsem s tím zažil jo, já jsem měl takový sny, že jsem to prostě kvůli tomu přestal brát, jak to se člověk 5x za den zpotí, jsem se musel převlíknout jako komplet postel, byl jsem úplně propocenej, no fakt hrozný a den co den se zdály furt dokola, teď mám sen s kobrou, teď to zase беру před tou krevní zkouškou, tak mojí ségru napadá obří kobra, hodiny s ni bojujeme a vždycky když ji mlátíme, tak po nás zas jde, jako moc fajn když moji ségru napadá. Nebo přijdu domů, rozsvítím si v bytě, kde jsem nikdy nebyl ale vím ze je můj, přijdu do kuchyně všude tma, rozsvítím, zima tam je a tam ve vaničce sedí úplně modrý asi roční zmrzlý dítě, vím, že je moje, že jsem na něj jakoby zapomněl, vypnul jsem topení a šel jsem pryč a vrátil jsem se a nechal jsem zmrznout dítě, a jdu na ulici a všichni jsou zmrzlý prostě, chci si dát cigáro ho zapálit a ten prst je úplně modrej, no hrozný,

Co na to tvůj doktor?

No nikdy neposlouchaj, jako já bych si nechal upravit léky, chtěl jsem je snížit, chtěl jsem je změnit, ale neposlouchají mě, tak jsem si to prostě upravil podle sebe a je ti v pořádku, no já mám teda předepsanou soudní léčbu, takže já je musím brát, takže si nemůžu moc vyskakovat, kdybych mohl tak už dávno měním doktora nebo tam nechodím, že jo.

10. Máš nějaké vedlejší účinky?

To je ty kožní problémy, jako hrozný, záda, mám jak puberták bradu, to jsem nikdy neměl, klepavka, hrozný migrény, to je jako zlý no, bejvá mi hodně špatně od žaludku

jako na zvracení, občas to jako i vyzvracím, když se nenajím jo, když to jim na lačnej žaludek, tak to je jako pak peklo no, ale teď už ani nevím , protože to neberu.

11. Jsi rád, že si vyhledal odbornou pomoc?

Nejsem rád, já bych to zvládnul, bylo by to divoký a asi bych skončil pod mostem, ale zvládnul, ale tím zase jako nechci říct, že spousta lidí ji potřebuje, tak at' ji jako vyhledaj jako, že spousta lidí má i strach tu odbornou pomoc vyhledat, což je právě jako špatně, oni se právě jako styděj, to je ta stigmatizace, jak se na ně skrz prsty dívá pak ta společnost že jo, se styděj před partnerem, před zaměstnavatelem, dusej to v sobě a pak je to mnohem horší no.

To je pravda no.

12. Co ti pomáhá, pokud se začneš cítit špatně?

Já se snažím, abych se nezačal cítit špatně, tak ta medikace nějaká trochu pomáhá, a občas, teď jsem teda dlouho neměl, ale tak jednou za měsíc si dám malýho jointa.

13. Co by podle tebe vedlo společnost k lepšímu pochopení problému duševního onemocnění?

Kdyby to chytla, no chytla, kdyby tou chorobou onemocněl někdo, koho mají moc rádi a řešilo se to v médiích, nějaká celebrita, to by jako dost pomohlo, že by to přišlo do povědomí, a pak asi dost dobrý, když onemocní někdo z rodiny nebo někdo blízký prostě, spíš rodina než partner, na toho partnera se taky můžete dívat skrz prsty ale rodina je prostě rodina , toho se člověk nezbaví no, nebo třeba děti jo, rodiče, ...

A společnost jako celkově, tak myslíš jenom jako, kdyby to byla nějaká celebrita, tak že by to viděli ostatní ale ten obraz, toho?

Ještě jednou jak byla ta otázka?

Co by podle tebe vedlo společnost k lepšímu pochopení problému duševního onemocnění?

To nevím, na to nemam odpověď jako, to netuším, prostě musí se o tom mluvit, to je vždy důležitý, nejdůležitější ta komunikace, to je jedno jestli to je partnerskej život nebo byznys, když se nemluví nebo komunikuje se špatně, tak je to vždycky zlo a stojí to za nic.

A je ještě něco co by si chtěl doplnit nebo říct?

Asi nic, nevím,

Dobře, tak děkuji moc.