

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

Stigmatizace lidí se zkušeností s duševním onemocněním a destigmatizační aktivity

Bakalářská práce

Autor: Mgr. Alena Jahnová
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou
práci v etopedických zařízeních
Vedoucí práce: Mgr. Olga Válková Tarasová
Oponent práce: Mgr. et Mgr. Kateřina Krupková



Zadání bakalářské práce

Autor: Mgr. Alena Jahnová

Studium: P19K0179

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci v etopedických zařízeních

Název bakalářské práce: **Stigmatizace lidí se zkušeností s duševním onemocněním a destigmatizační aktivity**

Název bakalářské práce AJ: Stigma of People with Lived Experience of Mental Illness and Anti-Stigma Activities

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se bude zabývat příčinami vzniku stigmatizace duševně nemocných v České republice a současným stavem. Budou popsány některé druhy destigmatizačních aktivit vznikajících v návaznosti na reformu psychiatrické péče u nás za účelem zmírnění stigmatizace. Pro komplexnější přehled bude pozornost zaměřena i na kampaně v zahraničí. V empirické části budou zpracovány nestandardizované rozhovory vedené s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním. Touto metodou, která je pro cílovou skupinu nejvhodnější, dojde ke shromáždění názorů, připomínek na vybrané kampaně a doporučení. Formou dotazníku s polouzavřenými otázkami bude zjištěno, jak vnímají takové aktivity tzv. "normální" lidé. V závěru práce dojde k vyhodnocení nejvhodnějších přístupů a k případnému navržení podmínek pro efektivní destigmatizační kampaň.

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

GOFFMAN, Erving. Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Most. ISBN 80-86429-21-0.

GAVORA, Peter. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

GAEBEL, Wolfgang, RÖSSLER, Wulf, SARTORIUS, Norman. eds. The Stigma of Mental Illness – End of the Story? Heidelberg, Germany: Springer; 2017. ISBN 978-3-319-27837-7

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Olga Válková Tarasova

Oponent: Mgr. et Mgr. Kateřina Krupková

Datum zadání závěrečné práce: 13.1.2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí práce Mgr. Olgy Válkové Tarasové samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 30. 4. 2022

Poděkování

Mé poděkování patří vedoucí práce Mgr. Olze Válkové Tarasové za odborné vedení a trpělivost. Děkuji své rodině za podporu a respondentům za jejich ochotu sdílet své životní příběhy.

Anotace

JAHNOVÁ, Alena. *Stigmatizace lidí se zkušeností s duševním onemocněním a destigmatizační aktivity*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2022. 71 s. Bakalářská práce.

V první části bakalářské práce je zpracována historie vzniku stigmatizace duševních onemocnění ve společnosti. Strach a nedůvěra, kterou veřejnost pociťuje vůči lidem potýkajícím se s potížemi duševního rázu, přetrvává do dnešních dnů. Reforma psychiatrické péče začala teprve před sedmi lety a aktuálně přináší první pozitivní výsledky a nové metody, které tato práce rovněž nastiňuje. Jsou uvedeny také některé destigmatizační a osvětové kampaně. V páté kapitole jsou představeny destigmatizační kampaně v oblasti duševního zdraví působící na veřejnost v posledních několika letech. Hlavní výzkumný problém, který vyšel z teoretické části, je dostatečná informovanost lidí, které postihne duševní nemoc a také informovanost jejich okolí. Respondenti jsou sami lidé, kteří si prošli nebo prochází duševní nemocí. Byli osloveni informanti různého věku. V zachyceném vzorku lze pozorovat určitý náznak stagnace v přístupu ze strany profesionálů.

Klíčová slova: stigmatizace, duševní nemoc, zkušenost s duševním onemocněním, destigmatizace, reforma psychiatrické péče

Annotation

JAHNOVÁ, Alena. *Stigma of People with Lived Experience of Mental Illness and Anti-Stigma Activities*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2022. 71 pp. Bachelor Thesis.

The first part of the bachelor thesis deals with the history of the stigmatization of mental illness in society. The fear and distrust that the public feels towards people struggling with mental health problems still prevails. The reform of psychiatric care began only seven years ago; nevertheless, it has delivered first positive outcomes and some new methods that are also outlined in this paper. A few destigmatisation and awareness campaigns are presented as well. Chapter 5 presents the mental health destigmatisation campaigns that have been working on the public in the last few years. The main research question that emerged from the theoretical part is whether people have enough information in case they themselves or someone in their immediate environment develop mental illness. The informants of different ages are people who have experienced or are experiencing mental illness themselves. Unfortunately, the selected sample – which captures people in mental health care over a twenty-year period – indicates some stagnation in the approach to mentally ill people by professionals.

Keywords: stigmatization, mental illness, experience with mental illness, destigmatization, reform of psychiatric care

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum: 29. 11. 2022

Podpis studenta:

Obsah

Úvod	10
1 Stigma duševních nemocí ve společnosti	13
1.1 Historie stigmatizace	14
1.2 Stigmatizace dnes	16
1.2.1 Sebestigmatizace	20
1.2.2 Institucionalizace	21
2 Současná situace péče o duševně nemocné v Evropě	22
2.1 Péče o lidi s duševním onemocněním v České republice	22
2.1.1 Reforma psychiatrické péče	22
2.1.2 Jak funguje centrum duševního zdraví	24
2.1.3 Metody pro diagnostiku	25
2.2 Péče o duševní zdraví v dalších evropských zemích	29
3 Realizované kampaně v oblasti duševního zdraví v ČR po roce 1990.....	33
3.1 Týdny pro duševní zdraví.....	33
3.2 Projekt Destigmatizace.....	34
3.3 Zapojení uživatelů v destigmatizaci.....	34
3.3.1 Vida.....	35
3.3.2 Zapojení uživatelů v tréninkových kavárnách a obchodech.....	35
3.3.3 „Blázníš? No a!“	35
3.3.4 „Nevypusť duši“	37
3.4 Zahraniční projekty proti stigmatizaci duševně nemocných.....	37
4 Metodologie předvýzkumu a výzkumu	40
4.1 Předvýzkum.....	40
4.2 Výzkum	41
5 Předvýzkum - působení destigmatizačních aktivit na veřejnost.....	42
6 Výzkumné šetření	48
6.1 Cíl výzkumného šetření.....	49
6.2 Použitá metoda	51
6.3 Výzkumný vzorek	51
6.4 Interpretace zjištěných dat.....	52
6.4.1 Dílčí výzkumná otázka I.....	52
6.4.2 Dílčí výzkumná otázka II.....	54

6.4.3	Dílčí výzkumná otázka III	56
6.4.4	Dílčí výzkumná otázka IV	57
6.4.5	Dílčí výzkumná otázka V	59
6.4.6	Dílčí výzkumná otázka VI	60
6.5	Závěr kvalitativního výzkumu	62
Závěr	64
Seznam zdrojů pro bakalářskou práci:	67
Přílohy:	72

Úvod

V České republice má zkušenost s duševním onemocněním velká část populace. Na webových stránkách Národního ústavu duševního zdraví se hovoří o 21,7 % (NÚDZ, 2022). Česká společnost bohužel duševní choroby vnímá jinak než fyzická onemocnění a těmto nemocem se také věnuje mnohem méně pozornosti. Panuje stále strach z lidí s duševním onemocněním. Pro velkou část společnosti je nepřijatelné, aby někoho takového měli ve své blízkosti, například jako souseda. (NÚDZ, 2022) Lidé si bojí přiznat obtíže tohoto rázu a často ani nevědí, jak takové onemocnění včas rozpoznat. Není ani zvykem požádat o psychologickou či psychiatrickou pomoc. Lidé doufají, že si dokážou pomoci sami nebo že špatné pocity časem odezní.

Hlavním cílem této bakalářské práce je zmapování stigmatizace duševně nemocných a destigmatizačních kampaní, které působí na veřejnost a snaží se prohloubit povědomí o duševních nemocech. Také jsou zpracovány nové přístupy v terapiích podporujících lidi s duševním onemocněním. Najít optimální podobu destigmatizačních aktivit se pokusí předvýzkum této práce. Hlavní výzkum zpracovává pomocí dílčích výzkumných otázek informovanost lidí, které postihne duševní nemoc a také informovanost jejich okolí.

Většina duševních nemocí se začíná projevovat již v dospívání a je důležité, aby již v tomto věku byla mládež dostatečně informovaná o tom, jak takovou nemoc u sebe nebo u spolužáků rozpoznat. Příznaky onemocnění jsou často zaměňovány za neposlušnost a děti s těmito obtížemi jsou trestané, což situaci jen zhoršuje. Velké beznaději propadají i rodiče, po nichž je požadovaná náprava, ale ta bez odborné pomoci není možná. Pokud se duševní onemocnění objevuje v dospělé populaci u každého pátého, může být až pět potenciálně ohrožených žáků v jedné třídě.

Řada neziskových organizací naštěstí nabízí preventivní programy, které pomohou duševním poruchám předcházet. Tyto programy jsou cíleny především na děti, mládež a učitele. Ve spolupráci se školním psychologem či etopedem by mohlo dojít ke dřívějšímu rozklíčování obtíží a dopad minimalizovat. Stejně tak by měla být posílena role školního metodika prevence, a pokud se jí ujmou řadoví učitelé, neměli by

ji vykonávat nad rámec svého učitelského úvazku, ale úvazek by jim měl být zkrácen, aby na činnost metodika měli dostatečnou časovou dotaci. (Kraus, 2014)

V případě, že by člověk dokázal příznaky včas rozpoznat, mohl by oslovit psychologa či psychiatra a dostat se tak do ambulantní péče, která pomůže člověku s jeho stavy pracovat tak, aby neztratil vazby na své okolí a svůj sociální a ekonomický status.

Téma této bakalářské práce je v současné společnosti velmi aktuální. S nástupem reformy psychiatrické péče přichází i snaha o začlenění lidí se zkušeností s duševním onemocněním do běžného života. Institucionální péče začíná být nahrazována péčí komunitní. Vzhledem k dlouhodobému váhavému přístupu ke změnám v oblasti psychiatrické péče se ještě 30 let po změně politického režimu příliš nezměnilo.

Řada duševních nemocí má mnohem vážnější důsledky, pokud nejsou léčené. Lidé, kteří trpí takovou nemocí, nemají často dostatek informací o možných podpůrných systémech péče a na odborníky se obracejí až ve velmi pokročilém stádiu nemoci. V této fázi je již často nařízena dlouhodobá hospitalizace a člověk je odtržen od svého přirozeného prostředí a izolován od vnějšího světa. Taková situace je velmi obtížná jak pro nemocného, tak i pro jeho blízké, kteří často do poslední chvíle nic netušili. Obě strany se s tím těžko smiřují a některé vztahy mohou být po delší dobu narušeny nebo dokonce přetřhány.

V teoretické části této práce je zpracována historie stigmatizace duševních nemocí od antiky až po současnost. Je zmapována také současná situace v některých evropských zemích a nastíněn důvod, proč u nás na rozdíl od většiny evropských zemí začala reforma psychiatrie poměrně nedávno. Blíže jsou také zpracovány nové metody v práci se znevýhodněnými lidmi směřující k posilování jejich samostatnosti a odpovědnosti. Uvedeny jsou i některé destigmatizační kampaně u nás a v zahraničí.

Ve čtvrté kapitole popisují metodologii předvýzkumu a výzkumu. Po zpracování teoretické části jsem se rozhodla z původně druhé části výzkumu vytvořit předvýzkum, jedná se o hodnocení destigmatizačních aktivit veřejností.

Předvýzkum je rozveden v páté kapitole. Na dotazník, který představil čtyři destigmatizační kampaně, odpovědělo 398 respondentů. Tento předvýzkum je hoděn samostatného zpracování, protože takových osvětových akcí je mnohem více a v dotazníkovém šetření je nemožné prezentovat je v celé šíři. Cílem předvýzkumu je představit kampaně, které cílí na veřejnost a prezentují problematiku duševních onemocnění. A na vzorku respondentů zaznamenat tu, která dokáže nezajímavého člověka zaujmout. Zpracovány jsou osvětové akce, které jsou v současnosti (leden-únor 2022) zveřejňovány na sociálních sítích na internetu, v televizi nebo na billboardech. Některé aktivity vytvářejí sami lidé se zkušeností, jiné zase neziskové organizace.

Šestá kapitola se zabývá kvalitativním výzkumem situace lidí, u kterých se duševní nemoc rozvinula v mládí. Lidé se zkušeností s duševním onemocněním byli dotazováni na otázky, které směřovaly ke zjištění faktů o tom, jak byli oni a jejich okolí informováni o duševních nemocech a jaký přístup zažili, jaká možná řešení jim byla navržena a jak se dá s nemocí žít. Ve výzkumu byla také důležitá otázka, jak jsou lidé s duševním onemocněním vnímáni veřejností a co jim v současné situaci chybí, jaké jsou jejich plány do budoucna. Respondenty jsem vybrala z několika věkových skupin, aby bylo možné pozorovat určitý posun v péči o duševně nemocné a jejich postoje ve společnosti.

Ve výzkumném šetření bylo dotázáno pět respondentů, proto z této části nelze vyvozovat žádná obecná zjištění, ale i tak jsou rozhovory přínosné, protože otázky se dotýkají nejen respondenta samotného, ale snaží se obsáhnout celé jeho okolí. Do lékařské péče se respondenti dostávali až při propuknutí nemoci často ve formě akutní ataky. Proto lze vyvodit jasnou potřebu osvěty pro děti a mládež v posledních ročnících základní školy a zejména na středních školách. S narůstajícími nároky na děti je riziko vzniku duševní choroby vyšší. Destigmatizační programy jsou důležité nejen pro člověka ohroženého duševní nemocí, ale také pro jeho blízké, aby i oni dokázali odhalit změny u dotyčného, pokud on sám nemá náhled.

„Stigmatizace je proces, kdy reakce okolí ničí normální identitu.“ (Erwing Goffman)

1 Stigma duševních nemocí ve společnosti

Se stigmatizací duševních nemocí se potýká společnost na celém světě. Hartl s Hartlovou definují v Psychologickém slovníku stigmatizaci jako „*společenský předpoklad vůči někomu, jemuž jsou pak přisuzovány záporné vlastnosti; předem dané záporné hodnocení, které je okolím přisouzeno jedinci, skupině nebo organizaci.*“ (Hartl, Hartlová, 2009, s. 504)

Hovořit o duševním onemocnění je ve společnosti stále tabu, děti mají strach, že budou označeny za „ty divné“ a vyčleněny z kolektivu. Často ani nemají informace, kam se mohou se svými problémy obrátit. Neinformovanost a předsudky jsou hlavní příčinou toho, proč lidé obecně nevyhledávají odbornou pomoc včas.

Dříve byli duševně nemocní považováni za hříšné a hodné odsouzení. V současnosti lze tento jev označit jako heterostereotyp – který obsahuje předsudky o duševně nemocném, jež mají většinou negativní povahu. Stereotypy o duševně nemocných lidech si obvykle lidé vytvářejí už v dětství na základě postojů rodičů a nejbližšího okolí. (Ocisková, 2016)

Dle nedávného výzkumu Národního ústavu duševního zdraví prožije duševní onemocnění v Česku každý rok přibližně každý pátý obyvatel (21,7 %). Téměř 4 % lidí trpí závažnou depresí, více než 7 % prožívá úzkosti, přibližně 1 z 15 (6,4 %) je závislý na alkoholu, u ostatních se objeví psychotické nebo jiné poruchy. Na tuto problematiku globálně upozorňuje Světový den duševního zdraví, který připadá na 10. října. (NUDZ, 2021)

Zásadním problémem pro vnímání duševního onemocnění ve společnosti je stále vysoký počet lůžek v psychiatrických nemocnicích. Nemocnice dostávají od pojišťoven příspěvky za obsazené lůžko, v zahraničí to bývá právě naopak a nemocnice získávají příspěvek za neobsazené lůžko. I to je důvod, proč jsou naše psychiatrické nemocnice stále přeplněny. (Novák, 2022)

„V ranních hodinách dne 20. ledna 2012 zemřela na oddělení 15 Psychiatrické léčebny v Dobřanech oběšením v síťovém lůžku pacientka paní A.. Do síťového

lůžka byla umístěna v noci, když byla pro neklid na oddělení 15 přeložena. Do doby smrti (v čase mezi 8:45 až 9:20 hod.) byla několikrát kontrolována lékařem a velmi často také ošetřovatelským personálem.“ Takto popisuje nešťastnou událost ve svém šetření a ve zprávě pro ministra zdravotnictví Veřejný ochránce práv (Ochránce, 2012).

Již v roce 2004 poukázal ve Velké Británii na hrůzné zacházení s psychiatrickými pacienty v klecových lůžkách v České republice psychiatr Jan Pfeiffer. Díky jeho úsilí se do kampaně proti „mučení“ českých psychiatrických pacientů (jak to sama nazývá) zapojila spisovatelka J. K. Rowlingová. Klecová lůžka v některých nemocnicích zůstala do dnešních dnů. (Hospodářské noviny, 2021)

Tendence udržovat duševně nemocné lidi ve zdravotnických institucích navzdory psychiatrické reformě stále přetrvávají a ambulantní péče nastupuje velmi opatrně. Přijetí lidí s tímto znevýhodněním ve společnosti není stále přirozeným aktem. A povědomí lidí o této problematice je nedostatečné. Způsoby, jak lze oslovovat veřejnost, se zabývá předvýzkum v páté kapitole této práce. Metodou kvalitativního výzkumu budou dotazováni lidé, u kterých si duševní nemoc projevila. Rozhovory se zaměřují na některé oblasti života respondentů, na jejich informovanost o duševních nemocech v době prvních projevů a přijetí v jejich nejbližším okolí.

1.1 Historie stigmatizace

Podle Goffmana uvedli termín „stigma“ v život Řekové. Používali ho k označování lidí, kteří nesli znaky něčeho špatného nemorálního, formou vypalování nebo vyřezávání. Nositeli stigmat tedy byli otroci, zločinci či zrádci. V době křesťanství se pak význam slova stigma rozšířil i na označení tělesných znaků svatosti a v lékařství poukazovalo na tělesné znaky fyzické poruchy. V dnešní době se tento termín vrátil ke svému původnímu významu, jen dochází k posunu toho, co je vnímáno jako hanba, která budí pozornost. (Goffman, 2003)

Známa jsou Kristova stigmata – tak se označují rány po hřebech, jimiž byl přibit na kříž. Za stigmata byla považována také znaménka na těle, jako byly například bradavice, které symbolizovaly zlo v době středověku, kdy probíhaly hony na čarodějnice. Pojem stigma byl také využíván ve spojení s nevyléčitelnými nebo

nakažlivými nemocemi a jejich viditelnými znaky, které na nemoc upozorňovaly a vedly k izolaci jedince. Jednalo se především o onemocnění jater nebo o lepru. (Ocisková, Praško, 2015).

Ve středověku bylo vědecké myšlení zapuzeno a vědu ovládla církev. Ta se snažila vysvětlit podstatu věcí na základě věrouky. Codex Theosianus, vydaný v roce 483, se stal podnětem pro stíhání „posedlých“. Duševní poruchy se staly plně předmětem náboženského hodnocení a z medicíny byly zcela vyloučeny. Duševně nemocní přestali být vnímáni jako nemocní a začali být označováni za posedlé ďáblem nebo zlými duchy. A začalo vymítání ďábla. Duševně nemocní podstupovali mučení, věznění a někteří byli upálení v čarodějnických procesech. Tuto štvanici započal Inocenc VIII. v roce 1484, kdy vydal bulu, kvůli níž zemřely statisíce až miliony nevinných. Ale i v této době se ozývali vzdělání a osvícení lidé, kteří se dokázali proti takovému útlaku a zastrašování postavit a hlásali, že postižení si zaslouží péči doktorů. K těmto lidem patřili například Paracelsus (1493-1541) nebo Reginald Scott (1538-1599), který je autorem knihy, jež pojednává o negativním postoji k pálení čarodějnic. (Ocisková, Praško, 2015)

Profesor Lékařské fakulty v Kolíně nad Rýnem Johannes Weyer významně přispěl k pokroku psychiatrie svým učením, že duševní nemoci mají lékařské příčiny. Toto období bývá nazýváno první revolucí v psychiatrii. První kniha o psychiatrii nazvaná Anatomie melancholie vyšla v roce 1621 a její autor Robert Burton v ní popisuje typické projevy psychických poruch. (Ocisková, Praško, 2015)

Koncem 15. století vznikaly první ústavy pro duševně nemocné. V době jejich založení se péče o pacienty podobala pomoci, ale s postupem času se jednalo spíše o izolaci a byl nastolen spíše vězeňský než nemocniční režim, který přetrval několik staletí. To potom gradovalo tím, že duševně nemocní byli drženi ve věznicích společně s ostatními vězni. Dalším milníkem, nazývaným též druhá psychiatrická revoluce v přístupu k duševně nemocným, byl čin Philipa Pinella, který sundal řetězy padesáti nemocným jedincům a odvedl je z vězení do ústavu, kde jim vytvořil humánnější a léčebné podmínky. Tento čin byl však ojedinělý a nuzné podmínky přetrvávaly až do 19. století. (Ocisková, Praško, 2015)

Podle Michela Foucaulta došlo ke zlomu na přelomu 18. a 19. století, kdy lze hovořit „o onom aktu řezu, o onom zaujetí odstupu, o onom prázdnu nastoleném mezi rozumem a tím, co jím není, a nikdy se přitom plně neopírat o to, zač se rozum vydává.“ (Foucault, 1994, s. 5). Poukazuje na to, že moderní rozumný člověk s šílencem už nekomunikuje, ale posílá k němu lékaře. Ve středověku se rozum a šílenství přijímaly společně, podle Foucaulta spolu dokázaly rozmlouvat. S koncem 18. století dialog ustal a šílenství se označilo za duševní nemoc. (Foucault, 1994)

Pinell i Foucault poukazovali na problémy ostře vymezeného statusu duševně nemocného člověka, který přetrvává až do současnosti. Společenské přijetí odchylek v chování je ovlivněno normativním očekáváním. Lze tedy chybně zařadit osobu, která má určité atributy, na jejichž základě patří do společensky níže stanovené kategorie, i když se později projeví tak, že si uvědomíme, že jsme pracovali pouze s virtuálními představami, jaká by ta osoba měla být, a tyto představy mohou být v zásadním rozporu se skutečnou sociální identitou.

Goffman uvádí jako základní rys životní situace stigmatizovaného problém „přijetí“. Lidé takovému jedinci neprojevují pozornost a úctu v takové míře, jak by očekával, věnují mu jí tolik, kolik by očekávali oni. Dotyčného to může vést k přesvědčení, že opravdu je chyba v něm. (Goffman, 2003)

1.2 Stigmatizace dnes

Pro identifikaci stigmatizace v české společnosti stačí si jen uvědomit, co by se stalo v situaci, kdy byste zavolali rodičům, přátelům nebo kolegům v práci, že jste hospitalizováni v psychiatrické nemocnici. Vyvolala by tato zpráva stejnou reakci jako u hospitalizace na chirurgii?

Goffman vnímá stigma jako „označení pro situaci, kdy je člověk vyloučen z plného přijetí společností, tzv. normální většinou. V důsledku toho dochází k určité formě diskriminace ze strany společnosti. Stigmatizovaní mohou být například trestáni, mohou jim být omezována nebo odnímána práva, mohou být vystaveni posměchu anebo odmítavým reakcím.“ (Goffman, 1963) Goffman dále mluví o tom, že stigmatizace osob

s psychickou poruchou v sobě nese předpoklad o jejich morální slabosti, nebezpečnosti, kontaminaci a vině. Tyto postoje jsou pak používány ve stereotypch myšlení, kterými jsou lidé s psychickou poruchou hodnoceni ve společnosti, v médiích a které odrážejí postoje k nim. Tento proces stigmatizace se také nazývá nálepkování, označování, tzv. labelling. (Nešpor, 2020)

Stigma znamená, že společnost odmítá domnělé nebo skutečné vlastnosti nebo chování, které vybočuje z přijatelné normy. U duševních nemocí toto stigma pramení z nedostatečné informovanosti o duševních nemocech doprovázené předsudky a diskriminací. V historii byli lidé se zkušeností s duševní nemocí izolováni a vyloučeni do institucí, kterým se běžně říkalo a stále říká blázince. Ve společnosti stále panují obavy a strachy notně přizívované institucionální péčí.

V takzvané normální společnosti vzbuzuje pohoršení vše, co se liší od normy. To co se od normy liší směrem nahoru, se většina lidí neodvážá kritizovat, proto se zaměří na ty, co se odchyľují směrem dolů „*Tak se všechna nevyřáďená zlost proti těm nahoře obrátí v agresi proti těm dole. Klanět se těm nahoře a šlapat po těch dole, to tihle šíleně normální umějí dobře.*“ (Lütz, 2017, s. 28)

Ke stigmatizaci přispívají i média, která se často dopouští chybné interpretace a spoluvytváří stereotypní představy. (Hejzlar, 2016) Například analýza německého bulvárního deníku Bild-Zeitung za prvních devět měsíců roku 1997 uvedla, že duševních nemocí se týkalo 186 článků, což tvořilo jen 0,7 % všech otištěných zpráv. Celkově tedy čtenáři těchto novin dostali jen malé množství informací o duševních onemocněních, a z toho 51 % zpráv se týkalo závažných zločinů spáchaných lidmi s duševní nemocí. (Mc Daid, 2007)

Duševní poruchy nejsou spojeny jen se zdravotní stránkou, ale také se stránkou sociálně ekonomickou. Duševně nemocný člověk často přichází o rodinné vazby, razantně se mu snížá počet pracovních příležitostí a často se mu nedostává finančních prostředků na nájem, což může skončit bezdomovectvím. Zdravotní gramotnost je v České republice velmi nízká, duševní onemocnění lidé nepoznají na sobě ani na svých blízkých. (Koubová, 2018)

„Stigma v souvislosti s duševním onemocněním má svá specifika a jeho konceptualizace dle významného britského psychiatra Grahama Thornicrofta zahrnuje tři základní elementy: 1) nevědomost (problém znalostí), 2) předsudky (problém postojů) a 3) diskriminaci (problém jednání). Typickými příklady neinformovanosti, stereotypů, mýtů a zkreslených představ spojených s duševními onemocněními a možnostmi léčby jsou přesvědčení, že lidé trpící schizofrenií jsou násilníci nebezpeční svému okolí a že lidé s depresí jsou zodpovědní za svoji nemoc.“ (Na rovinu, 2021)

Celosvětově trpí duševní poruchou každý sedmý 10–19letý, což představuje 13 % celosvětové zátěže nemocí v této věkové skupině. Deprese, úzkost a poruchy chování patří mezi hlavní příčiny nemocí a invalidity u dospívajících. Sebevražda je čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí mezi 15–19letými. Důsledky selhání při řešení problémů s duševním zdravím dospívajících se rozšiřují až do dospělosti, poškozují fyzické i duševní zdraví a omezují možnosti vést plnohodnotný život jako dospělí. (WHO, 2022)

Mnozí mladiství již mají zkušenost s tím, jaké to je dostat se z duševní rovnováhy. Dospívání je bouřlivé období, kdy vyvstávají tlaky na úspěšnost ve škole s ohledem na budoucí kariéru, těžkosti v prvních partnerských vztazích, náročné vztahy s rodinou, proměna identity dítěte v dospělého, experimenty s drogami a útěk od problémů k závislostem. Všechny tyto aspekty mohou být předpokladem vzniku psychické krize. Lidé s duševním onemocněním se s různými druhy stigmatizace a diskriminace setkávají v mnoha oblastech svého života. Jedná se například o rodinné prostředí, kde se vlivem duševní nemoci rozpadají partnerské a rodinné vztahy. Rodinní příslušníci často neumí duševní nemoc v rodině přijmout. Je pro ně také těžké komunikovat ji navenek, často informace o nemoci tají. Členové rodiny ve svém chování aplikují zažitá stereotypy. Stále nemocného člověka kontrolují, nechtějí na něj přenést zodpovědnost. Důsledkem toho je pak nedostatek důvěry v nemocného člověka. Stává se, že i od užívání medikace jsou uživatelé zrazováni.

Stigmatizace se může projevovat v různých vztahových rovinách. Vztahy s přáteli nabývají dvojí podoby: v první dochází k úbytku přátel po seznámení se s diagnózou, a to opět v důsledku nevědomosti, jak přistupovat k člověku prožívajícímu duševní nemoc, v druhé podobě přátelé fungují jako významný zdroj podpory.

Praktičtí lékaři, s nimiž se uživatelé psychiatrické péče setkávají, často postrádají dostatečné informace o možnostech péče mimo psychiatrické nemocnice, například o komunitních službách, což ovlivňuje jejich postoje, jež jsou proto mnohdy stigmatizující. V některých situacích pak dochází k tomu, že je lidem s duševním onemocněním odepřena odpovídající zdravotní péče a jejich problémy jsou bagatelizovány. V ČR je 86 % psychiatrických lůžek v psychiatrických léčebnách a jen 14 % na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic. Pro duševně nemocné lidi i jejich rodiny je cesta do psychiatrických léčen často velmi vzdálená. Rodiny, které nemají k dispozici auto, nemohou svého hospitalizovaného příbuzného navštěvovat, a tím narůstá odtržení nemocných od reality jejich každodenních životů a prohlubuje se pocit nesounáležitosti. České psychiatrické léčebny jsou také největší co do počtu lůžek v celé Evropě. (Hejzlar, 2016)

V zaměstnání se lidé s duševním onemocněním poté, co se zaměstnavatel dozví o jejich problémech, setkávají s nevlídným přijetím. Takové chování se může projevit například přeřazením na nižší pozici nebo propuštěním. V některých případech se také potýkají se šikanou. Stigmatizační mohou být i některé otázky při přijímacích pohovorech do zaměstnání a zjištění, že uchazeč nějakou formou duševní choroby trpí, bývá důvodem jeho nepřijetí. Silnou stigmatizaci lidí s duševním onemocněním potvrzuje také Slavomíra Pukanová (2022) z Národního ústavu duševního zdraví. Podle jejich dotazníkového šetření by nevadilo bydlet v sousedství člověka s duševním onemocněním jenom 30 % respondentům, zatímco se sousedem s tělesným handicapem nemá problém až 93 % lidí. Pracovat s někým, kdo má duševní onemocnění, by chtělo dokonce jen 25 % běžné populace a kamarádit s někým, kdo se potýká s duševním onemocněním, by nevadilo jen 34 % lidí.¹

Uživatelé psychiatrické péče jsou často mladí lidé školou povinní a se stigmatizujícím jednáním se můžeme setkat i mezi pedagogy. Ti se v některých případech chovají k lidem s duševním onemocněním nespravedlivě a netolerantně, případně je pomlouvají nebo zesměšňují před ostatními žáky a učiteli. Častým jevem pak je neposkytnutí možnosti vytvořit individuální studijní plán.

¹ Informace z osobního rozhovoru ze dne 1. 3. 2022

Stále narůstá poptávka po pedopsychiatrické péči. Přibývá dětí, které trpí poruchami autistického spektra a dalšími neurovývojovými poruchami, častější je i prevalence poruch chování a úzkostných poruch u dětí. Nový a alarmující je trend zvyšování frekvence sebepoškozování a suicidálních pokusů mezi adolescenty (NAPDZ, 2020) „*Nízká populační gramotnost v oblasti duševního zdraví a vysoká stigmatizace vedou ke skrývání nemoci a neochotě vyhledat odbornou pomoc, což v důsledku vede k horší prognóze onemocnění a sníženým šancím na zotavení, což je hluboce osobní, jedinečný proces změny postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí s cílem žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení daná duševní nemocí.*“ (NAPDZ, 2020, s. 14)

1.2.1 Sebestigmatizace

V naší společnosti je stále zvykem lidi se zkušeností s duševním onemocněním izolovat v nemocnicích a přitom jedním z nejdůležitějších faktorů k řešení celé situace je přijmout tyto lidi jako součást společnosti, která je přijme a podpoří. Dříve žily rodiny více mezigeneračně pospolu, a tak společně dokázaly jednodušeji vyrovnat slabé stránky jednoho člena rodiny a podržet ho ve chvílích, kdy mu nebylo dobře. V současné době rodiny bydlí ve městech spíše odděleně, a tak žijí mladí lidé sami nebo jen v nukleární rodině. Rodina často ze strachu, jak by to přijalo okolí, brání člověku s duševním onemocněním získat včas odbornou pomoc. Předsudky o duševních nemocech tak zasahují i do léčby a znesnadňují diagnostiku. (Ocisková, Praško, 2015)

Člověk si v mnoha případech svoji nemoc ani neuvědomuje a nemá na ni náhled. Může ji považovat za svou slabost nebo neschopnost se přizpůsobit povinnostem, které ostatní bravurně zvládají. Lidé jsou si také vědomi silného stigmatu duševních onemocnění ve společnosti a často se odmítají do skupiny nemocných lidí zařadit a doufají, že obtíže časem vymizí. Podle Vágnerové (2008) může být dalším důvodem sebestigmatizace i dlouhodobá hospitalizace, která uvrhne uživatele psychiatrické péče do sociální izolace. Vlivem silných léků dochází i k nepřehlédnutelnému útlumu v důsledku užívání léků často i k přibírání hmotnosti. Dalším problémem může být nedostatečný náhled na nemoc. Dochází pak k odmítání léků, pocitu nedůvěry v léčbu.

„Tento rok (2016) má v Česku nějaký duševní problém čtvrtina lidí, za život si jej zažije ale skoro polovina lidí. Možná si lidé myslí, že problémy samy zmizí. Špatně.

Někdy duševní nemoc trvá měsíce nebo roky, pokud se neřeší. Proč se tedy nejsme schopni podívat tomuto problému do tváře? Lidé tyto problémy skrývají. Nechtějí být známí jako „blázen“, nechtějí, aby je ostatní odsuzovali, nechtějí se cítit jako stereotypní šílená postava z filmu. Proto mlčí. Je to konspirace mlčení.” (Iniciativa Na rovinu, 2021)

1.2.2 Institucionalizace

Velký vliv na posilování stigmatizace lidí s duševním onemocněním měla i skutečnost, že se pro ně postavily velké léčebny a sanatoria na odlehlých místech mimo města a dopravní dostupnost. Léčebny nyní nazýváme psychiatrickými nemocnicemi, a i kdyby v nich byl příjemný personál a vhodné terapeutické programy, nemohlo by to vyvážit fakt, že institucionální péče vytrhává nemocného z jeho prostředí.

Ve výzkumu, který v roce 2016 provedl spolek Dobré místo, z.s., se oslovení odborníci shodli na tom, že potíží při zavádění reformy není ani tak vysoký věk psychiatrů, kteří se naučili pracovat v určitém systému, ale spíše zakonzervovaný model psychiatrické péče, který může zpočátku i mladé entuziastické lékaře frustrovat a časem v důsledku jisté pohodlnosti i dovést k rezignaci. Z odpovědí pacientů vyplynulo, že jsou s přístupem lékařů spokojeni přibližně v 60 %. V mnoha výpovědích přitom zazněla kritika nadužívání léků, a to často jako omezovacích prostředků. (Gabriel et al., 2016).

2 Současná situace péče o duševně nemocné v Evropě

Situace v jednotlivých zemích je odlišná, reformy probíhaly nebo probíhají podle politických a finančních možností každé země. Jediným prvkem, který dělí Evropu na dvě skupiny, je stádium, ve kterém se nachází reforma psychiatrie. Podle něj se odlišují země bývalého východního bloku a ty země, kde nevládl totalitní režim. Druhá skupina zemí začala s uzavíráním psychiatrických nemocnic a ústavů již v 70. a 80. letech 20. století, první bohužel až o téměř 30 let později.

2.1 Péče o lidi s duševním onemocněním v České republice

Reforma psychiatrické péči začala v Česku v roce 2012. Vznikla také vládní strategie a Rada vlády pro duševní zdraví, která reformu koordinuje. *„Český systém psychiatrické péče zdaleka nedosahuje takových kvalit, jakých by měl dosahovat v 21. století. Našim pacientům toho hodně dlužíme. Strádáme v ambulantní péči i v akutní lůžkové péči a stejně tak v péči, které říkáme následná,“* řekl Martin Anders, přednosta Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v diskusi HN, která se uskutečnila v prosinci 2021 v pražském Karlíně. (Reforma psychiatrie, 2021). Chybí akutní lůžka, která by byla dostupná v místě bydliště. V České republice je 200 nemocnic a jen 30 z nich má psychiatrické oddělení. Psychiatrické kliniky jsou jen v Praze, Hradci Králové, Olomouci a v Plzni. Pokud se člověku stane psychotická příhoda v Karlových Varech, bude odvezen do 95 kilometrů vzdálených Dobřan a tam bude hospitalizován. (ČTK, 2021)

O těchto problémech se ví dnes a byly známé již před devadesáti lety, kdy Kafka ve své knize z roku 1930 uvádí že: *„Dislokace ústavů je v Čechách neúčelná, neboť leží mimo kulturní střediska, jsou vzdáleny od nemocnic a často i komunikačně nevýhodny. Těchto vad bude snad ušetřen ústav v Německém Brodě, nyní vybudovaný.“* (Kafka, 1930, s. 81)

2.1.1 Reforma psychiatrické péče

Po reformě psychiatrické péči se volá již od devadesátých let. Její strategie byla schválena ministrem zdravotnictví 7. října 2013 a její první etapa byla podpořena

Evropskými strukturálními a investičními fondy. Psychiatrická péče v ČR nezaznamenala od počátku 90. let 20. století žádné zásadní systémové změny a potýká se s dlouhodobým nedostatkem financí. Strategie reformy psychiatrické péče byla tvořena v souladu s evropskými i národními dokumenty revidujícími koncepci psychiatrické péče obecně. Tyto dokumenty doporučují podpořit rozvoj komunitní a stacionární péče, zvýšit roli primární péče a všeobecných nemocnic, transformovat psychiatrické nemocnice/léčebny a v neposlední řadě podporovat vzdělávání odborných pracovníků. Relevantní součástí reformního úsilí v ČR by tedy měl být posun k léčbě poskytované co nejvíce v přirozené komunitě.

Stigmatizace duševně nemocných lidí je v České republice stále častým projevem chování nejen společnosti jako takové, ale i odborné komunity a rodinných příslušníků. Pro snížení stigmatizace lidí s duševním onemocněním je důležitý návrat těchto lidí z psychiatrických nemocnic do běžné společnosti.

Následkem dlouhých pobytů v nemocnici může být „hospitalismus“. Při dlouhodobém pobytu v nemocničním zařízení je ovlivněna jak duševní, tak i tělesná stránka nemocného. Odloučením hospitalizovaného od vnějšího světa se zužuje rozsah jeho zájmů, zejména pokud nemá nemocný dostatek návštěv a neumí se dostatečně sám zaměstnat například čtením nebo kreslením. Tento problém se týká všech věkových skupin, ale častěji než dospělé postihuje děti. Kvůli horší orientaci v novém prostředí jsou ke vzniku hospitalismu náchylní také staří lidé.

Jednou z důležitých otázek, které Reforma psychiatrie řeší, je také rozvoj a změna systému poskytované péče o děti v riziku nebo s již rozvinutými duševními obtížemi. (NAPDZ, 2020). Součástí reformy a jedním z jejích hlavních pilířů jsou centra duševního zdraví (CDZ). Jedná se o poměrně nový a významný prvek v systému péči o lidi s duševním onemocněním. V první fázi byla vybudovaná centra zaměřena na dospělé klienty s vážným duševním onemocněním. Těžký průběh schizofrenních onemocnění a bipolární afektivní porucha bývá často také označován anglickým výrazem „Severe Mental Illness“ (tzv. SMI), který se používá i v českém prostředí. Jedná se o lidi, kteří jsou nejvíce ohroženi dlouhodobou hospitalizací a vyloučením z běžné společnosti. Centra duševního zdraví budou v budoucnu fungovat také pro

osoby, u kterých se projevuje rané stadium duševní nemoci a včasným zaléčením u nich lze předejít hospitalizaci.

2.1.2 Jak funguje centrum duševního zdraví

Zřizovatelem centra, které autorka bakalářské práce navštívila, je Fokus Praha, z.ú. a Psychiatrická nemocnice Bohnice (dále PNB). Sociální pracovníci centra jsou zaměstnanci Fokusu Praha a zdravotní personál zaměstnává PNB. Centrum duševního zdraví poskytuje lidem se zkušeností s duševním onemocněním zdravotní i sociální služby a usiluje o to, aby lidé dokázali zvládat závažnou duševní chorobu v přirozeném prostředí a nedostávali se do těžko zvladatelných stavů a následně do psychiatrických nemocnic. V současnosti se klientem může stát jen člověk s trvalým bydlištěm v dané spádovosti centra, a který zároveň má závažnou psychiatrickou diagnózu. Slovy vedoucí služeb *„služby centra jsou především určeny těm, kteří z jiných poskytovaných služeb propadávají. Jsou to ti, které si jiné poskytované služby nechtějí nebo nemohou vzít do péče.“*²

Centra duševního zdraví jsou jedním z pilířů reformy psychiatrické péče v ČR. V budoucnu by mělo vzniknout 100 takových center, přibližně jedno na 100 000 obyvatel. Pracovníci centra tvoří multidisciplinární tým – jsou zde zastoupeni sociální a zdravotní pracovníci, peer pracovník a ideálně adiktolog, těch je však v současnosti nedostatek. Těžiště jejich práce spočívá v pomoci a podpoře jejich klientů jak v prostorách centra, tak i přímo u klientů v jejich prostředí – doma, v práci, v kavárně, kde je to klientovi příjemné. Součástí CDZ jsou také dvě akutní lůžka, jež jsou využívána pouze pro klienty, kteří jsou v centru evidovaní. Každý pracovník centra je klíčovou osobou pro jednoho klienta a jeden pracovník funguje jako zástup toho klíčového. Nehledí se na to, jestli je pracovník ze sociální nebo zdravotní oblasti, kde si neví rady, zeptá se. V centru je přítomen také psycholog a psychiatr.

Smyslem center duševního zdraví je neizolovat lidi s problémy s duševním zdravím dlouhodobě a bezdůvodně mimo společnost a umožňovat každému, pokud je to jen trochu možné, vyrovnávat se s onemocněním v místě svého bydliště a žít dál svůj život mezi příbuznými a přáteli s adekvátní podporou terénních i ambulantních služeb.

² Citováno z rozhovoru při osobním návštěvě CDZ, dne 10. 8. 2021

Centrum duševního zdraví pro Prahu 8 (dále jen CDZ8) je otevřeno pro registrované klienty 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. V CDZ8 pracuje 9 zdravotních pracovníků a 9 sociálních pracovníků. Každý pracovní den je v 8.30 porada, kde se pracovníci, kteří budou mít ten den službu, seznamují s aktuálním stavem klientů. Jejím cílem je hlavně to, aby v případě, že dojde ke zhoršení stavu, byli sloužící pracovníci včas informováni a věděli, co se s dotyčným uživatelem služby děje, aby mohlo dojít ke změnám v medikaci, domluvě s rodinou a tak dále. Při těchto denních poradách používají pracovníci tzv. factboard, kde si nastavují denní, týdenní nebo měsíční intenzitu, ve které se jim pak klienti v tomto programu zobrazují v nastavených intervalech.

Začne-li akutní fáze odeznívat, nastaví se na týdenní zobrazování a posléze na měsíční. Každý klient má složku, která by měla obsahovat Dohodu o poskytování zdravotní a sociální pomoci, údaje o tom, komu lze předávat informace, a dále Záznam o uzavření ústní smlouvy o poskytnutí sociální služby. Klíčový pracovník s klientem vyplní také plán časných varovných příznaků, kde společně vyplní, jak takové příznaky vypadají z pohledu klienta. Zaznamenává se také popis, jak takové příznaky vnímají ostatní, co mohou na dané osobě pozorovat, jaké mohou změny v chování. Dále jsou v plánu obsaženy kolonky pro řešení – co má udělat klient sám a co chce, aby udělali ostatní. Ve složce by se mělo v časovém úseku 3–6 měsíců objevit také zpětné hodnocení pomocí metody I.ROC, který je popisán níže.

Dvakrát do roka se pořádá setkání pracovníků a klientů centra. Je to prostor pro nové nápady, například na volnočasové aktivity nebo řešení jiných potřeb, které uživatelé služeb v současném fungování postrádají. Pracovníky zajímá, co by si uživatelé služeb přáli na nových stránkách Centra duševního zdraví mít. Zaznívaly nápady, že by to mohl být rozpis volnočasových aktivit a zápis na ně. Například když bude mít někdo chuť si zahrát fotbálek nebo šachy, aby měl jistotu, že když přijde v danou hodinu, tak nalezne v CDZ někoho druhého do hry. Klienti by také uvítali seznamku.

2.1.3 Metody pro diagnostiku

I.ROC – hodnotící nástroj pro zotavení

Pro zorientování se v silných a slabých stránkách klienta se v některých centrech používá metoda I.ROC, která slouží ke zmapování slabých a silných stránek klienta. Je to metoda převzatá od skotské organizace Penumbra, která je oprávněná ji používat a rozšiřovat. I.ROC je popsán v manuálu pro pracovníky jako ověřený nástroj pro hodnocení individuálního zotavení. Díky němu lze zjistit, jestli má práce s klientem na kvalitu jeho života a zotavení pozitivní dopad. Zotavení podle manuálu nemusí nutně znamenat vyléčení nebo život bez příznaků nemoci, ale znamená to, že člověk má život ve svých rukou, dělá reálná rozhodnutí a má víru v budoucnost.

Nástroj obsahuje dvanáct otázek ze čtyř oblastí, jejichž zkratka v angličtině HOPE znamená naděje. Pracovník klade klientovi ke každé z oblastí několik otázek, které hodnotí na škále 1 – 6. Hodnocení by se mělo týkat období za poslední 3 měsíce.

Tyto čtyři oblasti jsou:

Home (domov) – hodnotí klienta v oblasti duševního zdraví, dovedností běžného života, bezpečí a pohodlí. Příklady pomocných otázek: Cítil jste se doma v bezpečí? Dařilo se vám doma odpočinout? Dařilo se vám domov udržovat čistý a uklizený? Vycházel jste dobře se sousedy? Dodržoval jste pravidelnou osobní hygienu?

Opportunity (příležitosti) – hodnocené oblasti: fyzické zdraví, cvičení a fyzická aktivita, smysluplnost a směřování. Příklady pomocných otázek:

Jedl jste zdravě? Jak účinkují léky? Změnila se vaše váha? Pijete a kouříte stejně/více/méně? Cvičil jste pravidelně? Chodíte pravidelně? Pracoval jste v domácnosti nebo na zahradě? Měl jste pravidelné aktivity?

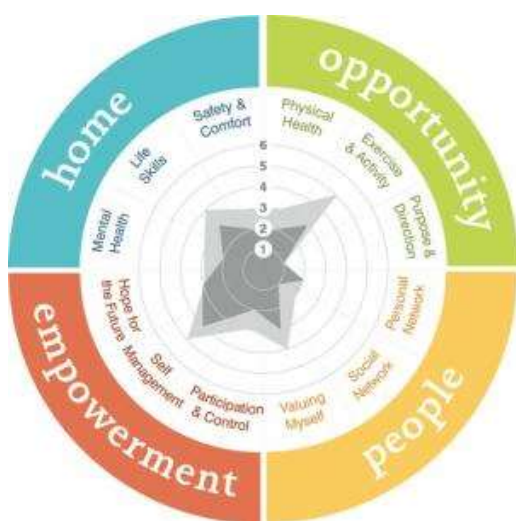
People (lidé) – hodnocené oblasti: sebehodnocení, širší sociální vztahy, osobní vztahy. Příklady pomocných otázek: Měl jste pocit, že máte kolem sebe lidi, na které se můžete spolehnout? Zažil jste s ostatními zábavu/legraci? Patříte do nějaké skupiny/klubu? Účastnil jste se nějaké společenské události? Udělal jste pro sebe něco dobrého?

Empowerment (Zplnomocnění) – hodnocené oblasti: naděje do budoucna, řízení vlastního života, zapojení se a vlivy. Příklady pomocných otázek: Měl jste pocit, že jste zapojen do rozhodování o vlastní péči, podpoře a léčbě? Měl jste pocit, že chcete a že se vám daří vyjadřovat vaše názory? Dařilo se vám vyhnout tomu, co způsobuje, že se

cítíte špatně? Jsou nějaké věci, na které jste se těšil? Stanovil jste si nějaké cíle?
(I.ROC, 2015)

U příkladů pomocných otázek je používán pro zjednodušení mužský rod, otázky jsou však určeny pro všechna pohlaví. Hodnoty z každé oblasti se pak zaznamenají pod každou hodnocenou oblast na hodnotě označené klientem. Po spojení všech hodnot by se ideálně měl zobrazit dvanáctihran s vrcholy na kružnici s hodnotou šest. Člověk s tak ideálními výsledky by však služby centra nepotřeboval.

Obr. č. 1: Metoda IROC – arch pro vyhodnocení jednotlivých oblastí života



Zdroj: <https://irocwellbeing.com/news/How-is-I-ROC-different>

V CDZ8 dokáží se všemi zmíněnými oblastmi klientům pomoci. Psychiatr pomůže upravit léčbu, klienti chodí dle dohody skupinově plavat nebo do posilovny za snížené vstupné (např. 20 Kč), vstupy jsou částečně hrazeny z dotací a darů. Jezdí se na výlety například hrad Houska nebo koupání v zaplavené pískovně u Mělníka. K dispozici má centrum 8místný automobil. Dvakrát ročně se jezdí s dvaceti uživateli služby na čtyřdenní pobyt do Daňkovic. Klienti navštěvují výstavy výtvarného umění. Další možností je společné vaření a také konzultace s nutriční terapeutkou z PNB.

V centru pracuje peer konzultant. Peer je člověk s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Je oporou lidem, kteří se se svou nemocí teprve vyrovnávají. Ti mají pocit, že jim peer opravdu rozumí. Peer pracovníci se také podílí na destigmatizačních programech pro školy.

V rámci CDZ8 je prostor, kterému se říká Obývací. Je to místnost s kuchyňkou, televizí, fotbálkem, počítačem, knihami a deskovými hrami, jsou zde křesla, gauč a konferenční stůl jako ve skutečném obývacím. Do obývací mohou klienti centra docházet každý pracovní den od 7 do 19 hodin. Každý den má Obývací na starost jeden pracovník centra, kromě dalších činností týkající se naplnění odpoledních aktivit, vaří návštěvníkům Obývací kávu za symbolický poplatek.

Model CARE

Model CARE (Comprehensive Approach to Rehabilitation) byl zvolen pro prostředí psychiatrických nemocnic v České republice. Jedná se o přístup, který je v souladu s hlavním cílem reformy psychiatrické péče a zahrnuje oblasti týkající se zotavení, posilování silných stránek, přítomnost. Metodika, jejímiž autory jsou J. P. Wilken a D. den Hollander, se zaměřuje v první řadě na zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním. Přístup funkčně propojuje prvky různých rehabilitačních škol, bostonské školy W. Anthonyho, kalifornské školy R. P. Libermana a kansaský model Ch. Rappa a R. Goshi. Metodiku lze využít jak v nemocnicích, tak i v komunitních službách. (Páv, Pluhaříková Pomajzlová et al., 2017)

Práce probíhá ve třech rovinách vztahu, činnosti a času, v němž se proces odehrává. Zaměřuje se na zvýšení kvality života prostřednictvím podpory při realizaci osobních přání a cílů, vyrovnávání se s vlastní zranitelností a umožnění přístupu k prostředí, které je s osobními cíli jedince v souladu. *„Zásadní je budování a udržování rovnocenného vztahu s člověkem, pomoc při formulaci jeho přání, pomoc při rozhodování, při plánování a uplatňování jeho schopností v činnostech či prostředí dle jeho výběru.* (Páv, Pluhaříková Pomajzlová et al., 2017, s.72)

Model CARE dělí oblasti života do několika osobních a životních kategorií. Tyto kategorie jsou vzájemně provázané a určují směr spolupráce a možné podpory. Klíčovým nástrojem, který tyto domény odráží, je osobní profil. Slouží jako průvodce spoluprací, mapuje přání, silné stránky a zdroje podpory jedince. (Páv, Pluhaříková Pomajzlová et al., 2017)

Centra duševního zdraví jsou jedním ze základních kamenů reformy psychiatrické péče. Ať už používají pro diagnostiku jakýkoliv nástroj, je jejich hlavním cílem rozvíjet jednotlivé oblasti života uživatele péče v centru duševního zdraví. Svým návštěvníkům nabízejí jak volnočasové aktivity, tak odbornou pomoc, případně dohled nad pravidelným užíváním medikace. V mnohých činnostech nahrazují chybějící péči rodiny.

2.2 Péče o duševní zdraví v dalších evropských zemích

Reformy systémů psychiatrické péče se ubírají přibližně stejným směrem ve všech zemích Evropy. Změny jsou nastaveny v zásadních politických dokumentech, které se vyjadřují k rozvoji systému péče o duševní zdraví. Jsou to především Světová zpráva o zdraví (WHO, 2001), Deklarace o duševním zdraví v Evropě (WHO, 2005), Strategický dokument pro duševní zdraví, tzv. Zelená kniha (EU, 2005), a Evropský akční plán pro duševní zdraví (WHO, 2013). Tyto dokumenty jasně stanovují směr, kterým se má rozvoj systému péče o duševní zdraví ubírat. Členské státy se k tomuto diskurzu zavazují.

Důležitým faktorem pro prosazení změny je obrovská společenská zátěž v důsledku duševních onemocnění v Evropě. Některým z duševních onemocnění je v Evropě každý rok zasaženo cca 38,2 % obyvatel. Pouze třetině všech zasažených duševním onemocněním se dostane léčby. (Czémy et al., 2013) V některých státech, například v Itálii, změny nastaly poměrně rychle, někde se nový systém rodil postupně – zde můžeme použít jako příklad Spojené království. *„Každou zemi charakterizuje více či méně jiná mentalita, sociokulturní prostředí, ekonomické možnosti a výchozí podmínky. Co se osvědčí ve Švédsku, ale nemusí platit v Česku a naopak. Diverzita jednotlivých zemí činí jakékoli závěry spekulativními.“* (Muijen, 2008 in Czémy et al., 2013, str. 24).

V Evropě můžeme jak destigmatizační, tak i deinstitucionalizační kroky v oblasti péče o duševní zdraví rozdělit do dvou etap. Rušení velkých psychiatrických nemocnic začalo v některých zemích, které nespádaly do tzv. východního bloku, již v 70. a 80. letech 20. století. O dvacet let později k němu začalo docházet v zemích, kde padl totalitní režim.

Belgie

Změny systému zde probíhají již několik desetiletí. V roce 1990 se první fáze zaměřila na snižování lůžek v psychiatrických nemocnicích. Byly vytvořeny domy s psychiatrickou péčí a chráněné bydlení a v menší míře služby domácí péče. Při využívání těchto služeb je požadována finanční účast uživatele, což bylo částečně shledáno problematickým pro uživatele i jejich rodiny. Druhá fáze se zaměřila na prohloubení spolupráce nemocnic a stále nově vznikajících výše uvedených zařízení, která průběžně z nemocnic odebírala stabilizované pacienty. Ve třetí fázi došlo k přesunu financí z nemocnic do mobilních týmů s cílem snížit lůžka v nemocnicích na minimum. (Czémy et al., 2013)

Itálie

V komunitní péči o duševní zdraví je stále pro mnoho zemí příkladem italský Terst, kde v roce 1973 postavili pacienti psychiatrické nemocnice dnes legendárního koně Marca Cavalla. Byl vyrobený ze dřeva a krepového papíru a uvnitř měl dutý prostor, do něž pacienti vložili svá přání. Společně nesli koně ulicemi města v čele procesí poskytovatelů služeb, pacientů, umělců a dalších lidí. Tak se tento modrý kůň stal symbolem touhy všech hospitalizovaných po svobodě. (Muusse, 2019) Významnou roli zde sehrál psychiatr Franco Basaglia.

Na počest této akce vznikla ve Fokusu Praha, který je největším poskytovatelem komunitních služeb pro duševně nemocné v ČR, knižní edice Marco Cavallo, která vydává zahraniční literaturu se zkušenostmi z evropských zemí s komunitní péčí. Díky reformě došlo k přesunu z nemocniční péče do komunitního modelu psychiatrie. V letech 1978–1987 došlo ke snížení počtu hospitalizovaných o 53 % a poté k uzavření psychiatrických léčeben. Poslední léčebna byla uzavřena v roce 2000. V současnosti je péče lidem s duševním onemocněním poskytována ve 211 odděleních duševního zdraví geograficky rozložených po celé Itálii. Vznikají také soukromá zařízení, ale jejich rozmístění je nerovnoměrné, objevují se hlavně v bohatších regionech. V těch chudších se o duševně nemocné stará rodina. (Czémy et al., 2013)

Maďarsko

V Maďarsku se komunitní sociální služby začaly rozvíjet až po roce 2000. Neměly však žádné propojení se systémem zdravotní péče, a tak bylo pro některé uživatele nemožné dosáhnout na podporu. Výzva pro deinstitucionalizaci a rozpočtové otázky byly připraveny Národním institutem psychiatrie a neurologie spolu s představiteli psychiatrických profesí. Tyto návrhy však nebyly politickou reprezentací přijaty.

Czémy popisuje (2013), že Maďarsko zahájilo nejvýznamnější změny zdravotnického systému od pádu komunismu v roce 2012. Na základě slibů politiků očekávají uživatelé i odborníci nastavení nového efektivního systému péče o duševně nemocné a financování péče a výzkumu včetně nových technologií. Velkým problémem, který Maďarsko řeší, je odliv mozků za hranice země. Většina mladých lékařů zažádá o certifikát, který je nutný pro práci v zahraničí.

Německo

Stejně jako v ostatních západoevropských zemích začala péče o psychiatrické pacienty směřovat ke komunitní péči o duševní zdraví v sedmdesátých letech. Tehdy byla psychiatrická péče s důrazem na lůžkovou péči označena jako nedostatečná, stejně jako vzdělání pečovatелů. Druhým průlomem bylo sjednocení východního a západního Německa v roce 1990, kdy bylo nutné spojit dva zcela rozdílné přístupy. I dnes jsou však patrné rozdíly. V Německu dále zůstává rozdělené financování zdravotní a sociální péče, což vedlo k vytvoření komplikované sítě různých poskytovatelů služeb, mnoha nepřehledných pravidel a nařízení. Dochází k oddělení psychiatrické péče v nemocnicích a služeb sociální rehabilitace. Systém postrádá celostátní koordinaci. Na psychoterapeutickou konzultaci se v Německu čeká průměrně 12,5 týdne, naproti tomu je zde husté pokrytí lůžkovou a ambulantní péčí pro psychicky nemocné. (Czémy et al., 2013)

Velká Británie

Ve Velké Británii reforma odstartovala změnami národní zdravotnické služby. V rámci tohoto systému jsou služby poskytovány zdarma. V osmdesátých letech došlo k velkému nárůstu managementu a administrátorů Národní zdravotnické služby z 1000 pracovníků v roce 1986 na 26 000 o 10 let později. Přesun z nemocniční péče do péče komunitní byl ustanoven v dokumentu Bílá kniha „Working for patients“, který byl

publikován v roce 1989. V letech, kdy začala fungovat národní zdravotnická služba, existovaly jen psychiatrické léčebny, jejichž úkolem bylo nejen provozovat léčbu, ale také poskytovat ubytování a stravování.

Když byl vytvořen systém sociálních a bytovacích služeb, důchodového systému a sociálního zabezpečení, začaly se měnit i požadavky na léčebny. V šedesátých letech 20. století byly bohužel podnětem k vybudování komunitní péče hlavně skandály v léčebnách a vývoj efektivnější medikace. S padesátými lety minulého století došlo také k radikálnímu snižování lůžek – ze 154 000 v roce 1954 na 32 400 lůžek v letech 2003–2004 a v roce 2008 to už bylo jen 27 000 lůžek. (Czémy et al., 2013).

Velká Británie je v současnosti charakteristická systémem zdravotnictví financovaným z daňových výnosů a využívá se zde plánování zdravotnických služeb v rámci malých územních celků prostřednictvím nižších organizačních jednotek systému Národní zdravotní služby (National Health Service) v závislosti na složení populace, zdravotním stavu a dalších ukazatelích. (Barták, 2009) *„Všechny služby jsou nyní poskytovány v komunitách, které jsou rozděleny podle geografických oblastí, a každou má na starosti multidisciplinární tým. Mnohé služby rehabilitace a dlouhodobé péče jsou poskytovány charitativními organizacemi.“* (Czémy et al., 2013, s. 49)

Každá z uvedených zemí řeší specifické problémy. Jediným rozdílem, který lze jasně pozorovat, je zpoždění postkomunistických zemí v reformě psychiatrické péče. Ke snižování lůžek ve velkých psychiatrických nemocnicích dochází zpravidla až po roce 2000, v případě České republiky je to ještě později.

3 Realizované kampaně v oblasti duševního zdraví v ČR po roce 1990

Aktivity, které směřují k informovanosti širší veřejnosti o problematice duševního zdraví a nemoci v české společnosti, započaly s pádem železné opony. Komunitní služby, které se od devadesátých let věnovaly lidem v jejich přirozeném prostředí, v roce 2020 oslavily výročí 30 let.

3.1 Týdny pro duševní zdraví

Tato celorepubliková kampaň vznikla již v roce 1990 ve spolupráci Fokusu Praha a Unijazzu a trvá do současnosti. Každoročně se od 10. září do 10. října konají na mnoha místech v ČR koncerty, happeningy, výstavy výtvarných děl, kulaté stoly a workshopy. Organizují je neziskové organizace, které se zaměřují na péči o lidi s duševním onemocněním, ale také pacientské organizace či sociální podniky. Akce mají většinou neziskový charakter, případně potenciál získat finanční prostředky na podporu lidí se zkušeností s duševním onemocněním, formou služeb nebo potravinové pomoci.

Hlavním cílem aktivit je působit proti stigmatu a předsudkům ve společnosti vůči lidem s duševním onemocněním. Návštěvníci takových akcí mohou jednoduše získat informace o duševním zdraví a nemoci nebo o službách pro lidi s duševním onemocněním. Týdny duševního zdraví a kulturní akce pořádané v rámci těchto týdnů zohledňují regionální či lokální kontext akce a potřeby místní komunity. Mají jasně definovanou cílovou skupinu a respektují její specifika.

Při pořádání těchto Týdnů se zapojují lidé se zkušeností s duševním onemocněním do plánování, realizace či vyhodnocování akce. Dalším cílem těchto akcí je podporovat zdravý způsob života, nabízet pozitivní alternativy v péči o duševní zdraví, využívat aktivní zapojení účastníků akcí a interaktivní prvky. Důsledně se uplatňuje nestigmatizující přístup a jazyk orientovaný na člověka v jeho sociálním kontextu, nikoliv na diagnózu.

3.2 Projekt Destigmatizace

Projekt pod hlavičkou Národního ústavu duševního zdraví byl zahájen v roce 2017 a skončil v srpnu 2022. (Na rovinu, 2022) Jeho cílem je snížení stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním a zlepšení přístupu lidí k duševnímu zdraví. Jednou z aktivit v rámci tohoto projektu je vyvinout plán destigmatizace lidí s duševním onemocněním a psychiatrické péče v České republice. Tento projekt zajišťuje přednášky a besedy o duševním zdraví, nemoci a zotavení pořádané po celé republice. Osvětové akce jsou cíleny nejen na uživatele služeb, ale také na rodinné příslušníky, zdravotníky a úředníky státní správy. Mezi zajímavé besedy patří třeba „*Moje jméno není diagnóza*“, která zprostředkovává setkání s lidmi s duševním onemocněním a možnost vyslechnout si jejich příběh a zeptat se i na to, na co by dříve neměli odvahu.

Koordinátorka projektu Destigmatizace Slavomíra Pukanová (2022) vidí jako příčinu stigmatizace a diskriminace duševně nemocných nedostatečné povědomí veřejnosti o oblasti duševních problémů. Například v roce 2020 mělo psychické obtíže přibližně 30 % dospělých, ale více než polovina z nich nevyhledala odbornou pomoc. Osvětu je nutné provádět již ve školním věku. Dětem by měl být umožněn v rámci školního vzdělání přístup k informacím o problémech duševního zdraví, a to poutavou formou v bezpečném prostředí, kde mohou děti promluvit o svých zkušenostech bez zábran a bez strachu z jejich zneužití. (Pukanová, 2022)

3.3 Zapojení uživatelů v destigmatizaci

Pro účinné působení destigmatizace je nutné zapojení samotných uživatelů služeb, tedy lidí s duševním onemocněním. Existují projekty, které jsou podmíněny účastí lidí se zkušeností. Úřad práce finančně podporuje zaměstnávání lidí se znevýhodněním, tedy i lidí trpících duševním onemocněním. Neziskové organizace hledají způsoby vhodného zapojení těchto lidí a také sami uživatelé zakládají spolky a vedou osvětové kampaně.

3.3.1 Vida

Uživatelé psychiatrických služeb sami podávají potřebné zasvěcené informace o léčbě a životě, dělí se o své zkušenosti při řešení rozličných náročných situací. Takové rady jsou o to víc ceněné, když je poskytuje někdo, kdo si podobnými obtížemi sám prošel a ví mnohdy lépe než profesionál, co v určité situaci může pomoci. Poradenství probíhá v deseti městech České republiky, centra jsou umístěna na veřejně frekventovaných místech tak, aby byla lehce dostupná. Pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním, kteří poskytují tuto pomoc, je to smysluplná práce a zároveň rehabilitace. Spolek Vida také napomáhá aktivizovat uživatelské hnutí. (Vida, 2020)

3.3.2 Zapojení uživatelů v tréninkových kavárnách a obchodech

Uživatelé psychiatrických služeb se dostávají do kontaktu se širší veřejností jako obsluha či prodavači. Jedna z nejznámějších provozoven je Cafe Na půl cesty v Praze na Pankráci, které existuje již od roku 1997. Lidé se zkušeností s duševním onemocněním zde mohou získat pracovní návyky i sebevědomí pro další osobnostní a kariérní rozvoj. Pracovní pozice jsou zde odstupňované podle náročnosti. Stále přítomný pracovní konzultant pracovníky podporuje a dává jim zpětnou vazbu. Pracovníkům kavárny po ukončení pracovní rehabilitace pomáhají tito konzultanti najít i pracovní místo na volném trhu práce (Green Doors, z.ú., Práh z.ú., Lomikámen, z.ú., ESET-HELP z.s., Fokus Vysočina, z.ú.).

3.3.3 „Blázníš? No a!“

Jedná se o vzdělávací, zážitkový a interaktivní program primární prevence pro pedagogy, třídní kolektivy, žáky a studenty ve věku 15–20 let. Běží v České republice od roku 2005 pod hlavičkou organizace Fokus Praha, z.ú. a dalších partnerů s jasným konceptem, který byl převzat z Německa. Projekt je zaměřen na prevenci v oblasti duševního zdraví a destigmatizaci duševně nemocných lidí. Pravidelně se provádí v 16 městech České republiky a každým rokem se rozšiřuje o další města (Praha, Nymburk/Kolín, Mělník, Brno, Mladá Boleslav, Liberec, Beroun, Plzeň, Karlovy Vary, Chomutov, Jeseník, Opava, Písek/Sušice, České Budějovice, Jindřichův Hradec).

Projekt „Blázníš? No a!“ má za cíl naučit společnost zacházet s duševními poruchami právě tak otevřeně jako s nemocemi fyzickými. Tento program je zacílen na mladistvé, protože právě pro ně je otázka smyslu života a vlastní identity důležitým tématem. Mnozí z nich již také zažili, jaké to je, dostat se z duševní rovnováhy.

Hlavním poselstvím projektu je, že krize jsou těžké, ale patří k životu a mohou i posílit. Nemoc se dá nejen překonat, ale lze s ní žít i plnohodnotný život. Po absolvování projektu si studenti rozšiřují znalosti z oblasti duševního zdraví, dozvídají se, jak o své duševní zdraví pečovat, jak se zachovat v krizových situacích, a především se setkají tváří v tvář s osobním příběhem člověka se zkušeností s duševním onemocněním.

U žáků se rozvíjejí dovednosti, znalosti a postoje v oblasti péče o duševní zdraví. Program dodává odvalu vypořádat se s lidským životem komplexně. Studentům se otevírají obzory, jak přemýšlet a hovořit o vlastních problémech. Mají možnost se více dozvědět o duševním zdraví a nemoci. Dalším důležitým cílem programu je také to, aby žáci uměli objektivně nahlížet na informace v médiích a dokázali k nim mít kritické otázky. Pro společnost je perspektivní schopnost respektovat odlišnosti, uplatňovat otevřenost a porozumění v lidských vztazích.

Tým moderátorů (odborníci z oblasti psychoterapie) a expertů (lidé se zkušeností s psychiatrickou nemocí a péčí, kteří mají svůj příběh zpracovaný a jsou ochotni se o něj podělit) chodí na střední školy a se studenty si o tématech týkajících se duševního zdraví a nemoci otevřeně povídá. Kurzem provázejí 2 průvodci. Na dvě ze čtyř částí se přidává průvodce s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Preferuje se průvodce, u kterého se duševní onemocnění projevilo na střední škole, a proto tomu může sdílet osobní zkušenost s tím, co mu ve vztahu s pedagogy a spolužáky pomáhalo a co naopak ne.

Proběhl pilotní vzdělávací interaktivní kurz pro učitele, který nabízí učitelům a dalším zaměstnancům škol základní informace o nejčastějších duševních onemocněních. Radí jim, jak si udržet duševní zdraví a jak o něj pečovat, případně kde hledat odbornou pomoc. Účastníci kurzu se naučí rozeznávat signály žáků, které mohou

predikovat počátek duševní krize, a vhodně komunikovat s žákem, třídou, rodiči a spolupracovníky.

3.3.4 „Nevypust’ duši“

Spolek „Nevypust’ duši“ založila Marie Salomonová, která vystudovala neurovědu na prestižní škole v Anglii a zároveň má vlastní zkušenost s duševním onemocněním. Spolek zajišťuje osvětu a prevenci v péči o duševní zdraví a organizuje programy pro studenty a učitele. Během pěti vyučovacích hodin proložených přestávkami jeho členové představují ve školách pro maximálně 35 studentů workshop, ve kterém boří mýty o duševním zdraví a nemocech, vysvětlují, jaké jsou hlavní principy duševní hygieny a jak se o duševní zdraví starat. Také sdílí příběhy o tom, jaké je to žít s duševní nemocí, a seznamují studenty s relaxační technikou mindfulness.

V průběhu setkání dávají praktické tipy, jak zvládat školní stres a jak na zdravé copingové strategie. Předávají také kontakty pro případ, že by se žáci potřebovali na někoho obrátit s žádostí o pomoc a chtěli by vysvětlit, jak služby fungují a co od nich lze očekávat. Na svých webových stránkách také uvádějí také řadu doporučení pro učitele, jak pracovat s atmosférou ve třídním kolektivu. Je doporučeno psát s celou třídou deník vděčnosti, dělat pravidelná dechová cvičení, vést s ohroženými žáky podpurný rozhovor či vytvářet prostor pro sdílení a vyjádření emocí a potřeb a také předat žákům kontakty na Linku bezpečí. (Nevypust’ duši, 2021)

3.4 Zahraňní projekty proti stigmatizaci duševně nemocných

Time to Change – Let’s end mental health discrimination

Tento projekt byl zahájen v Anglii v roce 2007 a jeho cílem je změnit způsoby myšlení a chování vůči lidem se zkušeností s duševním onemocněním. Projekt sice na konci března 2021 skončil, ale jeho webové stránky nabitě informacemi a příběhy lidí jsou stále dostupné. Do projektu bylo zapojeno 7500 lidí s vlastní zkušeností, 1500 zaměstnavatelů a 3500 vysokých a středních škol. Kampaň „Čas na změnu“ se v roce 2018 spojila s výrobcem automobilů Ford ve Velké Británii, aby společně zahájili národní osvětovou kampaň. Cílem těchto aktivit bylo povzbudit lidi, aby otevřeněji hovořili o duševním zdraví a nacházeli bezpečné, nekonfliktní prostory k rozhovoru.

Přibližně jeden ze čtyř lidí ve Spojeném království má problémy s duševním zdravím a zejména mladí muži byli označeni za zranitelnou skupinu. Pouze třetina mužů (34 procent) by otevřeně mluvila o svých pocitech, zatímco necelá třetina (31 procent) mužů uvedla, že by se styděli vyhledat pomoc s problémem duševního zdraví. (Time to change, 2021)

Open the doors

„Otevřete dveře“ byl jeden z největších mezinárodních projektů, který byl zahájen v roce 1996 a zahrnoval 26 zemí (Rakousko, Brazílie, Kanada, Chile, Česká republika, Egypt, Německo, Řecko, Indie, Itálie, Japonsko, Maroko, Polsko, Slovensko, Španělsko, Švýcarsko, Turecko, Spojené království a USA). Každý ze zapojených států si stanovil výbor, který měl zjistit regionální požadavky a palčivá místa ohledně stigmatizace ve společnosti. Stigma spojené s duševními chorobami a psychiatrií a z toho vyplývající diskriminace lidí s duševními poruchami jsou hlavními překážkami včasné a úspěšné léčby.

Destigmatizační program „Otevřete dveře“ Světové psychiatrické asociace byl zaměřen na snížení stigmatu spojeného se schizofrenií a diskriminace nemocných. Od roku 1999 program probíhal v sedmi projektových centrech v Německu. Informační programy pro veřejnost a opatření zaměřená na specifické cílové skupiny, doufejme, zlepšily znalosti o příčinách, podstatě a možnostech léčby schizofrenních poruch, a díky tomu do budoucna odbourávají předsudky a negativní postoje a usnadní tak sociální rehabilitaci postižených.

Mad in America

Posláním tohoto projektu je podpořit změny psychiatrické péče ve Spojených státech, protože současné paradigma péče v americké společnosti selhalo. Vědecký výzkum, stejně jako zkušenosti těch, kterým byla diagnostikována psychiatrická porucha, potvrzují nutnost změny. Iniciativa vydává webzine www.madinamerica.com, který poskytuje odborné zpravodajství, ale slouží také ke sdílení zkušeností a životních příběhů. Vyrábí také podcasty MIA Radio, kde si lze poslechnout rozhovory s výzkumníky i aktivisty, kteří podobně zkoumají témata související se změnou psychiatrie. Pořádají rovněž online kurzy o nových přístupech, které by měly sloužit

k nastavení nového paradigmatu v přístupu psychiatrické péče – méně medikace a více psychosociálních služeb. (Mad in America, 2021)

4 Metodologie předvýzkumu a výzkumu

V teoretické části byl zmapován přístup k lidem s duševním onemocněním, jejich přijímání či odmítání v různých historických etapách. Zmapována byla i situace v některých zemích a u nás. Reforma psychiatrie je u nás ve srovnání se západními zeměmi téměř o 30 let zpožděna z důvodu nedemokratického politického zřízení u nás, které přetrvávalo až do roku 1989. Bohužel ani po tomto datu nedošlo v psychiatrii k žádné radikální změně v oblasti péče ani informovanosti společnosti.

V předvýzkumu je využita kvantitativní metoda, jejíž pomocí budou zjištěny reakce veřejnosti na různé destigmatizační kampaně. Hlavní empirická část využívá formu kvalitativního výzkumu.

4.1 Předvýzkum – působení destigmatizačních aktivit

Předvýzkum byl realizován kvantitativní metodou. V dotazníku byly představeny čtyři destigmatizační kampaně neziskové organizace Fokus Praha, která se podpoře lidí s duševním onemocněním věnuje již od roku 1990. Byla vybrána kampaň zacílená na odbornou veřejnost. Studio 27 tvoří novináři se zkušeností s duševním onemocněním – zejména schizofrenního okruhu. Druhá aktivita je cílená na učitele, pedagogické pracovníky a žáky posledních ročníků základních škol a na žáky středních škol. Třetí kampaň z pera PR oddělení oslovuje veřejnost – formou nálepek na hlavách duševně nemocných a poukazuje na mýty o duševních nemocech. Poslední a také nejnovější kampaň získala tvář pro některé známého herce Miroslava Hanuše, který promlouvá skrze billboardy a televizní spoty k veřejnosti.

Pro předvýzkum je zvolen dotazník, kde jsou uvedeny a představeny destigmatizační kampaně s fotografií, která kampaň charakterizuje. Dotaz uvedený pod každou prezentací je zaměřen na jasnost sdělení. V dotazníku byla možnost těchto odpovědí: Ano – Spíše ano – Spíše ne – Ne – Nevím

Při tvorbě dotazníku se nabídla další možnost výzkumu a to získávání více informací o respondentech dotazníkového předvýzkumu. Sledovaným rysy může být věk, gender a vzdělání. Tyto faktory mohou být zaměřeny na vnímání předloženého materiálu různými demografickými skupinami lidí. Například lidé s vyšším vzděláním mohou preferovat novinářské studio, lidé starší mohou lépe reagovat na herce, který se

objevuje na televizních obrazovkách už několik dekad. Ale to už by bylo na samostatný výzkum.

V předvýzkumu této práce se podaří oslovit stovky lidí prostřednictvím emailových žádostí a zpráv na messengeru všem přátelům na Facebooku a získat tak 254 vyplněných formulářů.

4.2 Výzkum

Pro výzkum byl vybrán kvalitativní výzkum. Obecně se rozumí kvalitativní výzkumnou metodou taková, která výsledků dosahuje jinými prostředky než statistickým sběrem dat. Jsou to především hloubkový nebo polostrukturovaný rozhovor. Těmito metodami nelze získat zobecnitelná kritéria aplikovaná na určitý vzorek společnosti, jak je tomu u metody kvantitativního výzkumu. Kvalitativní přístup je proces, který zkoumá jevy a problémy v autetickém prostředí. Získaný celistvý obraz jevů je založený na specifickém vztahu výzkumníka s účastníkem výzkumu. „*Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytváření sociální realitu.*“ (Švaříček, 2007, s.17)

Pro výzkum v této bakalářské práci byl zvolen polostrukturovaný rozhovor se sadami otázek, které se zaměřily na určitou oblast života. Jednalo se o oblast – rodiny, přátel, školy, zkušeností s pracovníky v pomáhajících profesích nebo vlastní seberealizace. Výběr respondentů nebyl pro výzkumníka obtížný, protože sám lidi s duševním onemocněním zaměstnává. Všichni oslovení lidé s rozhovorem souhlasili. Rozhovory ve čtyřech případech probíhaly doma u výzkumníka. Jeden rozhovor byl realizován telefonicky. Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon a pak přepisovány do počítače. Po té si výzkumník zvolil barvy, které charakterizovaly jednotlivé oblasti života. Každá oblast dostala svoji barvu. Například odpovědi týkající se rodiny, jsou označeny zeleně, propuknutí nemoci žluté a podobně. Toto označování bylo při zpracování nutné, i když otázky jsou tematicky odděleny, nezdá se, že respondent v rámci propuknutí nemoci mluvil i o přátelích či rodině. Rodina často spolupracovala se školou a tak se odpovědi vzájemně prolínaly. Kódování velmi usnadnilo orientaci v několika stránkových prepisech rozhovorů.

5 Předvýzkum - působení destigmatizačních aktivit na veřejnost

Řada organizací, které poskytují komunitní služby pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním, usiluje o osvětu pro veřejnost v oblasti duševního zdraví a snaží se tak odbourávat stigma duševních nemocí ve společnosti. Pro účely předvýzkumu byl vytvořen odpovědní formulář, kde jsou představeny různé formy destigmatizačních kampaní neziskové organizace Fokus Praha, z.ú. Působí jimi na veřejnost a usiluje o zvýšení povědomí o problematice duševních onemocnění. V odpovědním formuláři tohoto doplňkového šetření výzkumník popsal několik kampaní, které různými způsoby seznamují veřejnost s problematikou duševních nemocí v posledních letech.

Původně byly vybrány dvě aktivity, na kterých se podílí lidé se zkušeností, a dvě z tvorby PR oddělení neziskových organizací. Ovšem při bližším prozkoumání aktivit bylo zjištěno, že kampaně vznikají často ve spolupráci obou těchto skupin nebo že marketingovými odborníky jsou i sami lidé se zkušeností. Proto toto dělení nebylo aplikováno a byly vybrány různé způsoby osvětových aktivit – některé jsou určeny více pro odbornou veřejnost, jiné zase pro mládež neb o tu část společnosti sledující televizní program.

Studio 27 – Zaostrěno na duši

Tato publicistická redakce byla založena v roce 2016 a hned v následujícím roce získala cenu Social Marie. Žurnalistický spolek je složen z lidí, kteří se potýkají se závažným duševním onemocněním. Jejich životní příběhy mají společné to, že duševní nemoc se u nich projevila při studiu na vysoké škole jako následek psychického tlaku a u některých také v kombinaci s užíváním psychotropních látek. Jsou příkladem nejen toho, že duševní nemoc potkává často lidi, kteří studují a jsou vystaveni určitému psychickému nátlaku, ale také toho, že diagnózou duševní nemoci život nekončí a je možné si i navzdory nemoci plnit své cíle. Členové skupiny natáčejí rozhovory se známými lidmi a uznávanými osobnostmi, například s Lorenzem Toresinim, který byl u toho, když se v Itálii začaly zavírat psychiatrické nemocnice, s doktorem Filipem Španielem o příčinách a léčbě schizofrenie, s Táňou Fischerovou o sounáležitosti.

Obr. č. 2: Uvodní strana webových stránek Studia 27



Zaostřeno na duši

Jíme skupinu kreativních lidí s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Poradíme a natáčíme Besedy, rozhovory a reportáže se zajímavými lidmi nejen o našem duševním zdraví.

HOME AKCE Články VEDA #PETERPOMNÍK KDO JEME CO NAJÍŽME DOKUMENTY EDIAT

O nás - Studio 27 - zaostřeno na duši

Jíme obyčejní lidé, lidé jako každý jiný. Jako třeba vy. Zabýváme se v životě věci, co nám mnoho dává a také hodně bere. Očeká se od nás, že bychom měli být šťastní, že bychom měli být úspěšní, že bychom měli být zdraví. Ten nátlak je však často jen fikce, váš bytostný, ten, zůstáváte si také touhy z něj uniknout. A právě proto máme pocit, že máme co sdělit ostatním a že i naše činnost může přispět k odbourání stigma lidí s duševním onemocněním.

Studio 27 - zaostřeno na duši je skupina kreativních lidí s vlastní zkušeností s duševním onemocněním (především ze schizofrenního spektra). Poradíme a natáčíme besedy se zajímavými lidmi nejen na téma duševního zdraví. Hlavně videa můžete shlédnout na našem youtube kanále [youtube.com/studio27zaostreno.naduši](https://www.youtube.com/channel/UCk1Qm1L1111111111111111) Kromě besed tam můžete najít i různé naše reportáže či rozhovory s lidmi z různých věcí. Stejně mají k duševnímu zdraví co říci. A můžeme se tam přivítat také s tím, že si odcítíme i sami se sebou udělat práci.

Naše Studio 27 také získalo v roce 2017 první cenu za nejlepší sociálně-inovativní projekt prestižního mezinárodního ocenění SozialMarius.



Výběr redakce



Studio 27 - Konference Slyšení hlasů - 1. blok - Rachel Waddingham, Paul Baker, Dirk Corstens

18. listopadu 2017 18:22:00
Mezinárodní konference Slyšení hlasů s podtitulem Ztracenou myslí svěřte na špacírův radnici v Praze přední představitelí komunitní organizace. Máte zájem? Svědomní skupiny, které organizují dobrovolníky a tohoto roku na mnoha místech ČR. Inspirovali se zahraniční příslušníci na rány komand Paul Baker, psychiatr a nekdejší předevše intervace Dirk Corstens a slyšíme hlasů Rachel Waddinghamová.

Zdroj: <https://www.studio27.cz/>

Odpovědi zaznamenané dotazníkovým šetřením s úvodním textem:

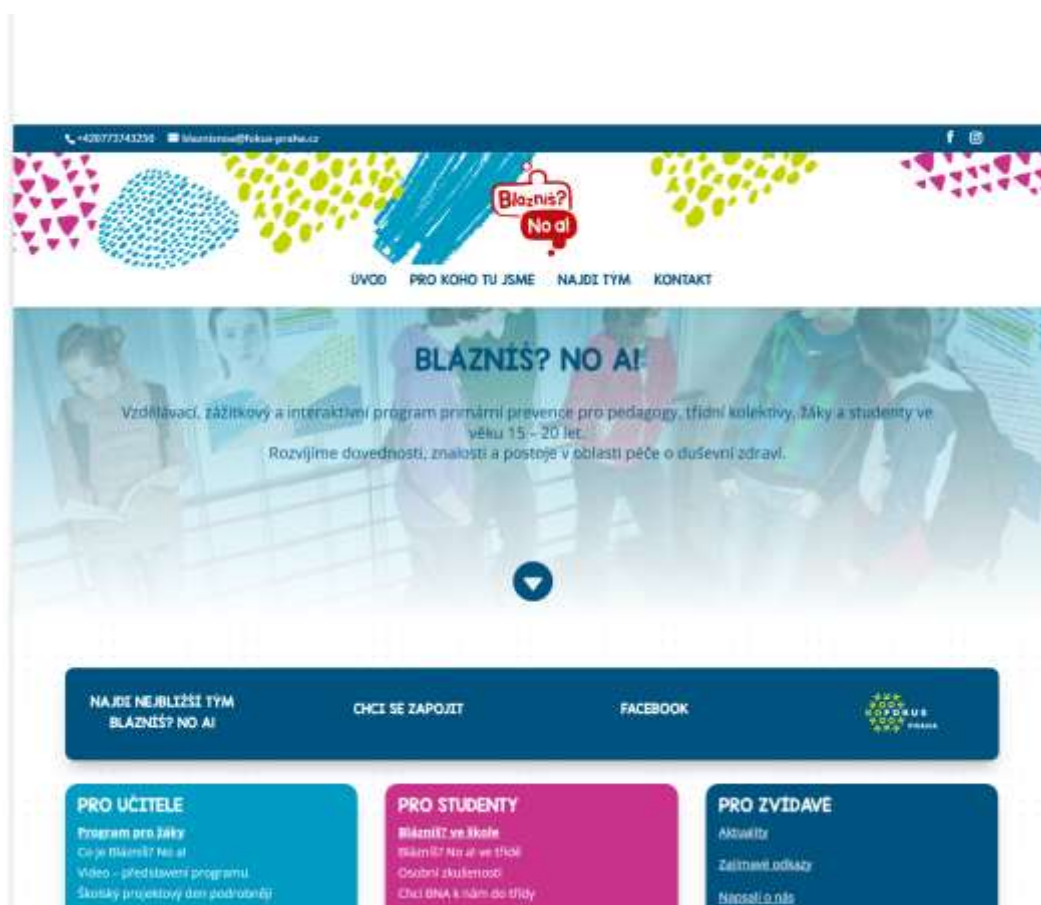
Studio 27 - novináři s vlastní zkušeností s duševním onemocněním natáčí rozhovory se zajímavými osobnostmi na téma duševního zdraví

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím
Má projekt jasné sdělení?	156	87	7	3	1

Blázníš? No a!

Destigmatizační a osvětová aktivita „Blázníš? No a!“ byla již podrobně popsána výše. Tento program pro školy předkládá studentům duševní nemoc v její každodenní podobě a aktivně studenty zapojuje. Závěr programu nabízí studentům překvapivý moment a dokáže se jim tak zapsat do paměti, jak také potvrdila respondentka č. 2 z kvalitativního výzkumu, pro kterou byl tento program díky svému nečekanému vyústění nezapomenutelným.

Obr. č. 3: Vzhled webové stránky kampaně „Blázníš? No a!“



(Zdroj: <https://www.blaznis-no-a.cz/>)

Odpovědi zaznamenané dotazníkovým šetřením s úvodním textem:

Blázníš? No a! - Vzdělávací, zážitkový a interaktivní program primární prevence pro pedagogy, třídní kolektivy, žáky a studenty ve věku 15 – 20 let, který zprostředkovává setkání s člověkem s duševním onemocněním

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím
Má projekt jasné sdělení?	82	24	114	31	3

Destigmatizační kampaň „Nálepkování“

Symboliku zelené stuhy tvůrci-zaměstnanci PR oddělení Fokusu Praha nejen jako symbol duševního zdraví vůbec dle vzoru World Health Organization, ale i pro novou destigmatizační kampaň proti předsudkům vůči lidem s duševním onemocněním. Během medializace, která kvůli protipandemickým opatřením probíhala primárně na internetu, byly použity nejčastější nálepky, jež jsou lidem s duševním onemocněním přisuzovány. Ve vizuálu se proto pracovalo se skutečnými nálepkami umístěnými na

čela figurantů. Materiál s podtitulem O duševním zdraví otevřeně a bez předsudků, který byl představen veřejnosti u příležitosti Světového dne duševního zdraví (10. říjen) a postupně byl zveřejňován prostřednictvím jednotlivých stigmat/nálepek, zhlédlo na sociálních sítích Facebook a Twitter téměř 6,5 tisíce uživatelů.

Obr. č. 4: Ukázka banneru kampaně „Nálepkování“



(Zdroj: <https://m.facebook.com/Fokus.Praha>)

Odpovědi zaznamenané dotazníkovým šetřením s úvodním textem:

Billboardový destigmatizační projekt proti "nálepkování" lidí s duševním onemocněním.

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím
Má projekt jasné sdělení?	17	23	88	126	

Televizní spoty a billboardy „Svoboda uzdravuje“

Dva televizní spoty a 30 billboardů v ulicích Prahy se známou tváří Miroslava Hanuše oslovily řadu lidí v televizi i na ulicích. Kampaň měla a má veřejnost podpořit v odvaze mluvit o duševním zdraví otevřeně. Má ale také poukázat na to, že vyhledat odbornou pomoc není projevem slabosti, že je to normální. Svoboda v názvu kampaně navíc odkazuje na skutečnost, že z duševních potíží se člověk nejlépe zotaví mezi svými nejbližšími, rodinou, přáteli, tedy tam, kde se cítí dobře, a nikoliv v prostředí odosobněných institucí typu velkých psychiatrických nemocnic. (Fokus Praha, 2022)

Obr. č. 5: Ukázka billboardu kampaně „Svoboda uzdravuje“



(Zdroj: <https://fokus-praha.cz/Otevrene-o-dusevnim-zdravi>)

Odpovědi zaznamenané dotazníkovým šetřením s úvodním textem:

Televizní spot o duševní nemoci, jehož tváří je herec Miroslav Hanuš, který se sám přiznává ke zkušenosti s duševní nemocí?

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím
Má projekt jasné sdělení?	103	87	37	27	

Celkové hodnocení:

Projekty/odpovědi	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím
Studio 27	136	87	27	3	1
Blázníš! No a?	82	24	114	31	3
Nálepkování	17	23	88	126	-
Miroslav Hanuš	103	76	48	27	-

Nejlépe hodnoceným projektem je Studio 27. Je možné, že pozornost přitáhla fotografie evokující vítězství, spojení duševní nemoci a úspěchu může být něco nového, co neznají. Přínosná může být i informace, že lidé trpící vážnou duševní nemocí mohou pracovat zastávat profesi novináře. Dalším projektem s dobře čitelným sdělením jsou dva spoty s Miroslavem Hanušem. Z toho může vyplývat, že na veřejnost přesvědčivěji působí veřejně známé osobnosti. Pro mnohé lidi je překvapivé, že známý herec byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici.

Je však pravda, že mnoho známých osobností se do kampaní týkajících se duševního zdraví příliš nezapojuje. Jak již z teoretické části víme, každého pátého člověka v České republice potká v jeho životě zkušenost s duševním onemocněním, a to se týká i známých osobností. To je jen potvrzením toho, že stigma je stále silné, a svědčí o tom i příběhy lidí, kteří se naopak stanou známými díky tomu, že o svém problému promluví. Pro veřejnost je to obvykle nové a šokující. Z tohoto doplňujícího výzkumu lze vyvodit, že největší pozornost vzbuzují výpovědi známých a uznávaných osobností veřejného života o duševních nemocech. Vincenta van Gogha koneckonců jako jediný příklad neustále využívat nelze.

6 Výzkumné šetření

Výzkumy slouží k opravám či potvrzení názorů. Podmínky i fakta se mění, proto je dobré některé výzkumy postupem času opakovat. „*Mohou sloužit i jako kontrolní prostředek. Mohou poznatky potvrzovat, ale také mohou odhalit jejich chybovost.*“ (Gavora, 2000, s. 17)

Ve formě kvalitativního výzkumu byli dotazováni respondenti, kteří celý svůj život bydlí v Praze a potýkají se s duševním onemocněním od svých studií. Otázky směřovaly na podmínky, které doprovázely první projevy či propuknutí nemoci, a dále na reakce rodiny, přátel a učitelů. Výběr lidí probíhal z okruhu spolupracujících kolegů z neziskové organizace výzkumníka, která podporuje právě lidi se zkušeností s duševním onemocněním formou zaměstnávání. Rozhovory se odehrávaly v domácnosti výzkumníka. Otázky byly směřovány na zkušenosti respondentů s léčbou a chování lidí ve všech základních oblastech jejich života.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jestli se informace o duševních nemocech dostávají do různých okruhů společnosti, a to zejména do škol a do rodin. Edukace a podpora vlídného přístupu k problematice duševního zdraví je u mladistvých velmi důležitá, protože z odborných zdrojů víme, že přibližně polovina duševních onemocnění začíná ve věku kolem 14 let, 75 % pak začne do 20. roku života. (Kim-Cohen, 2003)

Respondenti byli dotazováni na to, jak se nemoc projevila, co o duševních nemocech věděli a jak reagovalo jejich okolí. Původně plánovala dotazovat se respondentů na různé destigmatizační aktivity, co si o nich myslí, zda podle nich plní své poslání a ukazují lidi s duševním onemocněním v důstojném světle. V průběhu zpracování teoretické části a tvorby rozhovorů výzkumník uvědomil, že nejdůležitější destigmatizační činnost je právě to, aby se tito lidé v co největší míře zapojili do života ve společnosti a byli vnímáni opět jako její přirozená součást a ne jako ti, kteří patří do ústavů a léčeben. Proto byl výzkumný cíl změněn a destigmatizační aktivity a jejich působení na veřejnost byly zpracovány pouze doplňkově v kapitole číslo 4.

6.1 Cíl výzkumného šetření

Cíl výzkumného šetření navazuje na hlavní cíl práce, kterým je zmapování míry informovanosti o duševních nemocech lidí se zkušeností s duševním onemocněním a jejich okolí. Pro získání těchto dat byl využit kvalitativní způsob výzkumného šetření. Šetření bylo zrealizováno formou polostrukturovaných rozhovorů s pěti vybranými lidmi, kteří se potýkají s vážnými potížemi v oblasti duševního zdraví.

Hlavní výzkumná otázka:

Jaká je informovanost lidí, které postihne duševní nemoc a jejich okolím?

- DVO I. *Jakým způsobem se nemoc projevila?*
 - TO 1. V jakém věku se u vás duševní nemoc projevila?
 - TO 2. Dokázal jste projevy nemoci rozpoznat včas?
 - TO 3. Měl jste nějaké informace o tom, co se vám děje?
 - TO 4. Bylo jednoduché vyhledat pomoc?

- DVO II. *Jakým způsobem reagovala rodina?*
 - TO 5. Jak reagovali rodiče?
 - TO 6. Zajímali se o problematiku duševních nemocí?
 - TO 7. Pomáhali vám najít odbornou pomoc?

- DVO III. *Jak reagovali učitelé a spolužáci?*
 - TO 8. Jak reagovali spolužáci?
 - TO 9. Jakým způsobem reagovali učitelé, třídní učitel?
 - TO 10. Dalo se zvládat učení?
 - TO 11. Byl vám umožněn individuální plán?

- DVO IV. *Jak reagovali vrstevníci a přátelé?*
 - TO 12. Jak přijalo vaše nejbližší okolí to, že se léčíte z duševní nemoci?
 - TO 13. Podpořili vás přátelé?

- DVO: *Jaká vám byla poskytnuta zdravotní a sociální péče?*
 - TO 14. Jaká pomoc vám byla nabídnuta?

- TO 15. Byl jste hospitalizován?
- TO 16. Jak se k vám choval zdravotnický personál?

➤ DVO: *Myslíte, že kdybyste věděl dříve o duševních nemocech více, mohlo by to mít význam při řešení?*

- TO 17. Udělal byste teď s odstupem něco jinak?
- TO 18. Co by vám tenkrát pomohlo?

Tabulka č. 1: Transformace výzkumného cíle do výzkumných otázek

Hlavní výzkumná otázka	Dílčí výzkumné otázky (DVO)	Indikátory	Tazatelské otázky (TO)
Jaká je informovanost lidí, které postihne duševní nemoc a jejich okolím?	<i>Jakým způsobem se nemoc projevila?</i>	Období projevení nemoci	V jakém věku se u vás duševní nemoc projevila?
		Projevy nemoci	Dokázal jste projevy nemoci rozpoznat včas?
		Informace o nemoci	Měl jste nějaké informace o tom, co se vám děje?
		Možnost pomoci	Bylo jednoduché vyhledat pomoc?
	<i>Jakým způsobem reagovala rodina?</i>	Reakce rodiny	Jak reagovali rodiče?
		Informovanost rodiny	Zajímali se o problematiku duševních nemocí?
		Vyhledání pomoci	Pomáhali vám najít odbornou pomoc?
	<i>Jak reagovali učitelé a spolužáci?</i>	Reakce spolužáků	Jak reagovali spolužáci?
		Reakce učitelů	Jakým způsobem reagovali učitelé, třídní učitel?

		Možnost učit se	Dalo se zvládat učení?
		Jiné možnosti studia	Byl vám umožněn individuální plán?
<i>Jak reagovalo vaše okolí, přátelé na vaši diagnózu?</i>		Přijetí okolí	Jak přijalo vaše nejbližší okolí to, že se léčíte z duševní nemoci?
		Pomoc přátel	Podpořili vás přátelé?
<i>Jaká vám byla poskytnuta zdravotní a sociální péče?</i>		Možnosti pomoci	Jaká pomoc vám byla nabídnuta?
		Hospitalizace	Byl jste hospitalizován?
<i>Myslíte, že kdybyste věděl dříve o duševních nemocech více, mohlo by to mít význam při řešení?</i>		Jiné možnosti	Udělal byste teď s odstupem něco jinak?
		Názor s odstupem	Co by vám tenkrát pomohlo?

6.2 Použitá metoda

Pro tento výzkum byl zvolen kvalitativní způsob výzkumu, který je považován za pružný typ výzkumu. Pružný typ je takový výzkum, v jehož průběhu vznikají nové výzkumné otázky nebo nová rozhodnutí. Výzkumník pak analyzuje a vyhledává jakékoliv informace, které použije k vysvětlení výzkumných otázek. Sběr dat a jejich analýza jsou časově náročné.

6.3 Výzkumný vzorek

Respondenty jsou lidé z různých věkových skupin. Pro pozorování, jestli se situace v průběhu let zlepšuje, nás zajímá hrubé rozdělení věku.

Protože u všech dotazovaných se nemoc projevila mezi 17. a 20. rokem života, lze z výpovědí srovnat období před dvaceti lety, deseti lety a v nedávné minulosti, případně současnosti.

Tabulka č. 2: Přehled respondentů

Označení respondenta	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Profese	Diagnóza
R1	Muž	20 let	ZŠ	popelář	ADHD s depresemi
R2	Žena	19 let	SŠ	Bez práce	Porucha osobnosti s depresemi
R3	Žena	36 let	VŠ	Chráněné zaměstnání	Bipolární porucha
R4	Žena	32 let	VŠ	Chráněné zaměstnání	schizofrenie
R5	Žena	41 let	SŠ	květinářka	Porucha osobnosti

6.4 Interpretace zjištěných dat

6.4.1 Dílčí výzkumná otázka I

DVO I. *Jakým způsobem se nemoc projevila?*

TO 1. V jakém věku se u vás duševní nemoc projevila?

U většiny dotazovaných se nemoc projevila při studiu na střední nebo vysoké škole. U dvou respondentů v průběhu střední školy a u dvou na vysoké škole. U R2 se úzkosti projevily v dětství. R4 popsala projev nemoci takto: „*Projevila se v době, když jsem měla stres na vysoké škole ve zkuškovém období. A v podstatě jsem ztratila kontakt s realitou.*“ R5 nastoupila do zaměstnání, ale bylo pro ni velmi těžké si ho udržet z důvodů vtíravých myšlenek, byla unavená a pohybovala se jen mezi prací a domovem. Svoji situaci popisovala takto: „*Po tom snu s duchy jsem zavolala své sestře, ona je lékařka a ta mně řekla, že to asi není úplně dobrý.*“

TO 2. Dokázal jste projevy nemoci rozpoznat včas?

Respondenti ani jejich rodiče nedokázali projevy nemoci rozpoznat dostatečně včas, aby zabránili hospitalizaci. R1 se projevoval spíše poruchami chování a psychiatr mu předepsal léky na zklidnění. Pediatr však matce důrazně podávání těchto léků nedoporučil. Jen maminka R2 již v dětství označila některé chování jako úzkostné. R2 však pochází z velmi nestabilního zázemí a v průběhu dospívání užívala léky. Ačkoli se v rodině R3 daly očekávat psychické obtíže a rodina byla dostatečně informovaná, respondent nebyl schopný svůj stav dostatečně reflektovat a odmítal jakoukoli pomoc. R4 a R5 byli ve stavu, kdy situaci nezvládli, hospitalizováni.

TO 3. Měl jste nějaké informace o tom, co se vám děje?

V odpovědích na tuto otázku všichni respondenti uvedli, že netušili, co se s nimi děje. Jen u R3 trpěl otec depresemi, ale ani toto vědomí nepomohlo zamezit stavům, které se následně dostavily „...*my to máme v rodině, táta taky trpěl depresemi, asi bipolární poruchou, ale asi nikdy neléčenou, starší bratr taky. Takže se to u mě tak trochu čekalo, ale já jsem byla úplně v háji, vůbec jsem netušila, co se děje. Úplně se mi zhroutil svět.*“

TO 4. Bylo jednoduché vyhledat pomoc?

Tři respondenti se s psychiatrickou péčí setkali poprvé současně s hospitalizací. R1 na popud své přítelkyně navštívil RIAPS (Regionální Institut Ambulantních Psychosociálních Služeb), kde mu předepsali dočasně léky, a pak začal vyhledávat dlouhodobější péči. R1 popsal, že na krizové centrum s přítelkyní šli, protože cítili, že to krizová situace je, i když dlouhodobá. Potřeboval pomoc, nemohl to už dál vydržet. Věděl, že se musí začít něco dít, nebylo to už takhle možné. Dokázala to rozpoznat jeho přítelkyně, on ve svých stavech žil už dlouho, netušil, že to může být jinak, že to není normální. R2 a R3 popisují shodně, že v čase, kdy se u nich projevila první ataka nemoci, byly ve stavu, kdy vůbec netušily, co se s nimi děje, a rodina zavolala záchrannou službu. Následně byly hospitalizovány.

Když se potíže objevily u R4, rodiče ji vzali do krizového centra, kde jim lékař doporučil hospitalizaci. „*Takže jsem věděla, že jsem nemocná, že něco není v pořádku, ale co mi přesně je, jsme nevěděli.*“

V první dílčí výzkumné otázce z odpovědí vyplývá, že respondenti z poloviny věděli některé informace o duševních nemocech a hlavně o jejich počátečních projevech. V případě R3, kde otec trpěl silnými depresemi, se čekalo, že u některého z dětí se deprese také projeví. Sice se jí dostalo péče, ale chyběl jí nadhled, a proto léky i pomoc odmítala. R3 byla stejně vystavena atace bez předchozího zmírňování příznaků. Stejně tak byly úzkosti identifikovány u R2, jejíž maminka byla drogově závislá, a tedy se také očekávaly psychické obtíže. U R1 se psychické potíže projevovaly poruchami chování, rok strávil na ulici a pak svoji situaci začal řešit.

6.4.2 Dílčí výzkumná otázka II

DVO II. *Jakým způsobem reagovala rodina?*

TO 5. Jak reagovali rodiče?

Asi nepřipravenější byla rodina R3, kde se bipolární nemoc objevila u otce. Respondentka měla dva starší sourozence, kteří se společně s matkou snažili pomoci, dovést ho k lékařům, ale R3 pomoc i medikaci odmítala. Svoji těžkou situaci popisuje takto: *„Hlavní roli v tom hrál ten táta, vlastně když mi bylo dvacet, on spáchal sebevraždu. Skočil z okna, takže jsme si ani nějak nevyřešili ten vztah. ...furt mi říkali, přijmi, že máš depresi.“* V této rodině byly poznatky asi nejširší, R3 dokázala později překonat i ataku doma bez hospitalizace. R1 nedokončil střední školu: *„Rodiče mě rok po tom, co jsem nebyl schopný udržet si práci, pokud jsem nějakou měl, požádali, abych odešel z domu...“*

TO 6. Zajímali se rodinní příslušníci o problematiku duševních nemocí?

Rodiče R1 měli informace o duševních nemocech, již v jeho dospívání navštěvovali psychology na žádost učitelů, kterým se nelíbilo respondentovo chování. To však nikam nevedlo, péči mu pomohli vyhledat znovu až o několik let později. Určité příznaky dokázala identifikovat matka R2 již v raném dětství respondenta. Nejvíce informovaná byla rodina R3, která kvůli depresím otce již nějaké zkušenosti a kontakty na odborníky měla. Pomoc rodiny popsala respondentka takto: *„A pak jsem jich měla ještě několik dvě nebo tři velké manické ataky, a to jsme zvládli doma. Doktor mi dal injekci a zůstala*

jsem doma a nebyla jsem hospitalizovaná. Vždycky se u mě střídali sourozenci a hlídali mě.“ Velmi dobře dopadla situace u R4, jejíž rodiče využili nabídky psychiatrické nemocnice a navštěvovali setkání pro rodinné příslušníky, kde se dozvěděli, jak potvrzuje výpověď respondentky, to nejdůležitější a to, jak informovat okolí respondenta, aby byl jeho návrat pro něj co nejméně ohrožující. Maminka R5 chodila do podpůrné skupiny, když R5 byla hospitalizovaná. Takže tam posbírala nějaké informace. A dozvěděla se ten základní problém a také, jak na to ostatní reagují. „...v podstatě jsem v tom měla štěstí, protože to moje rodina vzala dobře a otevřeně. Že se to třeba nezamlčelo před příbuznými.“

TO 7. Pomáhali vám rodinní příslušníci najít odbornou pomoc?

Podle výpovědí respondentů rodiče pomohli vyhledat odbornou pomoc ve třech případech. R2 stejně jako R1 navštívili jednorázově psychologa mezi 13. a 15. rokem života bez významnějšího efektu. *„V patnácti jsem byla poprvé u psycholožky s tím, že mi to zařídili rodiče, ale bylo to k ničemu, protože ta ženská mi absolutně nic neřekla. A nepomohla mi vlastně s problémem, se kterým jsem tam šla.“* R5 popisuje nepochopení ze strany rodičů ve chvílích, kdy jí bylo nejhůř: *„Asi jo, nevím, jestli rodiče byli schopný to úplně pochopit. Rodiče si mezi sebou řešili věci. Taký se měli rozvádět a byl tam vždycky tenhle ten boj. Byla tam vždycky nerovnost něčeho.“*

Rodiny dotazovaných byly spíš neinformované. Rodiče R4 dokázali informace o nemoci celkem rychle přijmout a připravit sebe a okolí na přicházející změny spojené s nemocí jejich dítěte. Tato „příprava“ ulehčila R4 návrat po hospitalizaci k rodině, ke studiu i k přátelům. Nemocnice jim poskytla dostatečné množství informací. Podobně tomu bylo u R3, jejíž nemoc rodina očekávala, a ačkoli nedokázala zabránit prvotním hospitalizacím, našla posléze způsob jak akutní stavy překonávat doma. Rodina dokázala spolupracovat, R3 podporovat a nemoc pochopit. U nejmladších respondentů lze také identifikovat určitou otevřenost rodiny k tématu duševních nemocí, ale problémem zůstává včasná pomoc, která by zamezila zhoršování stavu. Nejhorší situaci měla R5, u které se nemoc projevila před dvaceti lety, a rodiče nedokázali dceru pochopit. V rodině převládal autoritářský přístup, který R5 situaci značně ztěžoval, netušila, co se jí děje, a neschopnost vymanit se z požadavků rodiny ji svazovala o to více.

6.4.3 Dílčí výzkumná otázka III

DVO III. *Jak reagovali učitelé a spolužáci?*

TO 8. Jak reagovali spolužáci?

R1 žádné změny ze strany chování svých spolužáků nepociťoval, kontakty udržuje s některými spolužáky i po vyloučení s učiliště. R2 cítila ze strany spolužáků spíše nepochopení, do školy často zaspávala a někdy nepřišla vůbec podle svého stavu, takové podmínky měla se školou domluvené. Se spolužáky přátelské vazby nenavazovala.

R3 popisovala reakce svých spolužáků pozitivněji „...*Spolužáci byli hodní, taky nechápali moc, co se děje, ale jako v pohodě.*“ Měla jen jednu špatnou zkušenost, kdy spolužačka připravovala oslavu a respondentce řekla, že oslava se zrušila a ta později zjistila, že to není pravda, protože tuto informaci sdělila jen jí. „...*, takže tohle mě jako dost sebralo, taková reakce. Taky mi přede všema řekla, že jsem chudák.*“ R4 popsala, že její rodiče ještě v průběhu hospitalizace seznámili rodinné příslušníky, spolužáky i přátele s informacemi kolem stavu respondentky. Po jejím návratu z nemocnice bylo okolí dostatečně informované ale také zúžené, ne všichni dokázali s respondentkou komunikovat, někteří se báli.

TO 9. Jakým způsobem reagovali učitelé, třídní učitel?

U R1 třídní učitelka dovolila opakovat jednu první ročník, ale kvůli tomu, že respondent dostatečně nekomunikoval, nebylo jeho žádosti o druhé opakování prvního ročníku vyhověno. U většiny respondentů učitelé jejich obtíže respektovali obdobným způsobem jako u R2. „*Škola mi vyšla vstříc, mohla jsem si rozdělit ročník do dvou let a zvládnout tak ten ročník i s hospitalizací.*“

TO 10. Dalo se zvládat učení?

R1 moc učení nezvládal, popsal, že neviděl důvod, v té chvíli ho to nezajímalo, nevěděl, co se s ním děje, a to také po svém pochopili učitelé a on byl ze školy

vyločen. Popisuje způsob, jak vnímal své dospívání, některé věci prostě nestíhal pochopit „... první stupeň tuůůůů, druhý stupeň a pak diametrální skok, buď dospělej, a přitom ti nikdo neřekne, co je to být dospělej na té škole. Protože oni chtějí po tobě něco, o čem ty vlastně vůbec nic nevíš.“ R2 svá studia na střední škole zvládala díky dobrým vztahům s učiteli, kteří tolerovali její docházení do školy. Působením léků nebylo vždy možné se probudit včas.

TO 11. Byl vám umožněn individuální plán?

Jak již bylo zmíněno ve dřívějších výpovědích, pouze R1 byl vyloučen z učiliště. Všem čtyřem zbývajícím respondentům byly poskytnuty dobré podmínky pro dokončení studia. Respondentka č. 3 zpočátku do školy chodila, ale pak už docházku nedokázala dodržet a zůstávala doma ležet v posteli. „...a máma mi domluvila individuální plán. Když se mi pak na Vánoce udělalo líp, tak jsem tam nějak začala chodit a dohnala jsem to zpětně.“ R4 měla také individuální plán, který ji umožnil dokončit vysokoškolská studia. „Z toho standardního, bakalářské studium jsem studovala čtyři roky namísto tří a magisterský studium tři roky namísto dvou. Takže mi vyšli vstříc na studijním oddělení.“

Školní prostředí bylo podle respondentů schopno jejich novou situaci přijmout ve čtyřech z pěti případů, a pokud se podaří spolupráce s rodinou a odborníky, tak je možné nastavit podmínky pro zdárné dokončení školy. R3 s R5 se potýkaly s vysokými nároky ze strany školy nebo rodičů. R2, R3 a R4 škola vyšla vstříc a bylo jim umožněno vzdělání ukončit. R1 školu nedodělal. Projevy jeho nemoci byly na učilišti identifikovány jako nevěle se přizpůsobit a byl vyloučen. Určitě by bylo možné najít rozdíly ve vnímání duševních nemocí u dívek a chlapců a také na středních školách a učilištích.

6.4.4 Dílčí výzkumná otázka IV

DVO IV. *Jak reagovali vrstevníci a přátelé?*

TO 12. Jak přijalo vaše neblíží okolí to, že se léčíte z duševní nemoci?

R1 popsal reakci jako překvapení, ale o žádné diskriminaci se v jeho případě nedalo mluvit. Jeho potíže byly však diagnostikovány až několik let po ukončení studia. Ve škole se projevy jeho psychiky definovaly jako porušování kázně. „... .. *když řekneš v práci... mám úzkosti a deprese, tak ti řeknou, ale co děláš? Ty jsi úplně normální kluk, ty nejseš nemocnej, nepotřebuješ psychiatra.*“ Dále R1 popisuje, že takový lidé vidí jen dalšího kolegu v práci a vůbec netuší, co se mu honí v hlavě a to, že člověk chodí do práce a hýbe nohama a rukama neznamená, že je v pořádku.

U R2 si projevů nemoci všimla sestra, která se také psychiatricky léčí. V rodině se duševní nemoc objevuje často, především ve formě závislostí na omamných látkách, včetně matky, která se ukrývá před českými zákony ve Francii, tak nikdo nebyl překvapen. U R4 veškeré okolí informovala rodina, řekli, že R4 je v současné chvíli hospitalizována v léčebně s psychickými problémy, dostala prášky, ty jí zabraly, a nakonec je požádali, aby ji po návratu maximálně podpořili. Také ji domluvili, ještě v rámci hospitalizace setkání s kamarádkou v zahradě nemocnice. „*A vlastně jsem zůstala v kontaktu s těma nejúžšíma přáteli.*“ *Ne, vlastně jediný problém, co byl, tak ve společnosti, že když nepiju alkohol, tak ne vždy to všichni chápou a mají tendenci mě přemlouvat.*“

TO 13. Podpořili vás přátelé?

Přátelé u R1 nepoznali nic, nikdo to nevěděl, stejně jako on, bylo vidět jen jeho chování, ale co se odehrávalo v hlavě, nikdo nedokázal rozpoznat. R2 ztratila většinu kamarádů jsem kvůli tomu. R3 popsala své okolí jako prostředí, kde se duševním onemocněním nikdo netajil a spousta kamarádů ji chtělo pomoci, jen ona pomoc v té době naprosto odmítala. R5 popsala jako příklad reakce i svého prvního přítele: „*řikal, že jsem zvláštní, divná. A ten to tak bral, že až budu chtít, tak ať odejdu, ten mě měl přečtenou.*“

Většina dotazovaných byla ze strany svých přátel částečně pochopena. V některých případech se okruh přátel zúžil pouze na ty nejbližší. Saša, které se potkala u některých přátel také s nepochopením a některé přátele ztratila. Vrstevníci dotazovaných měli pro jejich potíže ve většině případů pochopení, možná také proto, že zažívali mnozí z nich něco velmi podobného. Dospívání je obdobím, kdy se většina

duševních nemocí projeví, a právě nepříznivé podmínky jsou často spouštěči těchto problémů. Možná proto se přátelé a vrstevníci dokázali nejvíce ztotožnit s dotazovanými. Skupina přátel se jeví jako nejvíce tolerantní, otevřená přijímat nové skutečnosti, které vybočují z normálu.

6.4.5 Dílčí výzkumná otázka V

DVO: *Jaká vám byla poskytnuta zdravotní a sociální péče?*

TO 14. Jaká pomoc vám byla nabídnuta?

R1 poprvé ve dvaceti letech dochází pravidelně k psychiatrovi a pravidelně užívá léky. V době, kdy byl jeho stav nejhorší, navštívil krizové centrum, kde mu předepsali několik tablet Neurolu.³R2 měla dobrou psychoterapeutku z programu Cestou necestou, což je pěstounský program, kde poskytují zdarma psychoterapii lidem do 18 let.... *„Já jsem k ní pak začala chodit soukromě, a ona mi dala takovou symbolickou cenu, protože ví, že na tom nejsem nejlíp, a ta je tak úžasná.“* R3 byla pomoc nabídnuta, byla i u psychiatra, který ji předepsal léky, ale ona byla přesvědčena, že jí nic není a odmítala medikaci přijmout.

TO 15. Byl jste hospitalizován?

Všichni respondenti kromě R1 byli hospitalizováni. U tří respondentů byl pobyt v nemocnici doporučen lékařem při prvním výrazném projevu nemoci - atace. U R2 k hospitalizaci došlo až po několika letech, kdy se situace kolem Vánoc v rodině byla vyhrocená. Tuto situaci zhoršil fakt, že všichni konzumovali alkohol do brzkých ranních hodin. Respondentka se stala nebezpečnou sobě i okolí. Její přítel zavolal záchrannou zdravotní službu a policii.

R3 popisuje okolnosti svého přijetí na psychiatrickou kliniku takto: *„Takže mi zrovna přeskočilo, když jsem byla v tý škole, na tý žurnalistice, a tam na mě zavolali záchranku a odvezli mě na Karlák. Podobný způsob probíhal i u zbývajících respondentů, v nezvladatelném stavu či stavu nepříčetnosti byli odvezeni příbuznými na*

³ Přípravek na zvládání akutních úzkostných stavů, návykový

krizová centra nebo do ordinace psychiatra a po té do spádové psychiatrické nemocnice, kde strávili několik týdnů.

TO 16. Jak se k vám choval zdravotnický personál?

Jak už v předchozí tázací otázce někteří z respondentů odpověděli, byli nejprve zklidnění zvýšenými dávkami léků, což je v psychiatrických nemocnicích běžná praxe. R3 komentovala své pobyty v nemocnici takto: *Tak jsem byla šest týdnů na Karlově, tam mě zpráškovali do bezvědomí, to bylo příšerný. Pak jsem byla ještě měsíc v Bohnicích.* R4 popsala, že když se dostala do nemocnice, tak první týden vůbec netušila co se děje a proč tam vlastně je. Dostávala jsem prášky, ale nikdo mi nevysvětlil z jaké důvodu. R5 se o zdravotnickém personálu zmiňovala, jen v souvislosti s podáváním léků, které ji „úplně uzemnilo. A vlastně to bylo pro mne temno.“ Také popsala nepříjemný zážitek s tím, že byla v prosklené místnosti, kde ji pozorovala skupina mediků-studentů.

Většina informantů byla hospitalizována a vzpomínky na pobyt v nemocnici nebyly, což není divu, pozitivní. Některé vzpomínky citované z rozhovorů však byly až dramatické. Největším kamenem úrazu je vůbec to, že musí přicházet situace, kdy není v silách lidí s duševním onemocněním svůj stav ustát bez pomoci. U většiny dotazovaných se na nemoc přišlo až právě ve stavu, kdy byla nutná hospitalizace. Ta je často spojována se ztrátou důstojnosti v důsledku stereotypizace chování zdravotnického personálu a nadužívání medikace pro utlumení akutního stavu. Chybí dostatečná informovanost o duševních nemocech, hlavně o jejich četnosti. Pokud by lidé věděli, že je takové obtíže mohou podle statistik pravděpodobně potkat, dokázali by je dříve identifikovat a zabránit dlouhodobé hospitalizaci.

6.4.6 Dílčí výzkumná otázka VI

DVO: *Myslíte, že kdybyste jste věděl dříve o duševních nemocech více, mohlo by to mít význam při řešení?*

TO 17. Udělal byste teď s odstupem něco jinak?

Například R1 se domnívá, že kdyby byl o psychických stavech dříve více informován, mohl svým unáhleným reakcím zabránit. Také si myslí, že kdyby tušil, co se v něm odehrává, že by se více otevřel a svěřil rodičům a učitelce. R3 je spíše přesvědčena, že by tu situaci tenkrát nic nezměnilo a že si to prostě musela prožít. *„Léky jsou podle mě k ničemu. A všechno se to nasčítalo. Tehdy by mi pomohlo.... No nevím, myslím, že jsem si to musela protrpět, asi mi nebylo pomoci.“* R4 je přesvědčena, že více informací by určitě začátek usnadnilo. Ale jinak se její nemoc v čase proměňuje a to, co na ni platilo dříve, už dnes nezabírá. *„A je to takový nekončící běh na dlouhou trať, kdy se mi ty příznaky trochu mění a trochu se musí aktualizovat ty zbraně proti nim. Někdy něco funguje, někdy něco odezní a objeví se něco nového.“*

TO 18. Co by vám tenkrát pomohlo?

R4 považuje za důležité si vytvořit náhled na svou nemoc a dokázat okolí vysvětlit, jak to je a co je tím problémem, co může dělat a co naopak ne. Také zjistila, že když se cítí špatně a přichází na ni psychotické stavy, pomáhá jí studený obklad nebo opláchnutí studenou vodou. A je si také jistá, že kdyby dostala prášky dříve než při hospitalizaci, nemuselo by k ní vůbec dojít. R4 označuje soužití se svojí nemocí jako nekončící běh na dlouhou trať, protože příznaky se mění a musí aktualizovat zbraně proti nim. *„Někdy něco funguje, někdy něco odezní a objeví se něco nového.“* R1 se domnívá, že kdyby dříve věděl víc, asi by se více otevřel rodičům, mohlo by to dopadnout lépe. Je si jistý, že kdyby se o duševních nemocech více mluvilo, mohl tušit, co se mu děje, ale takhle to nešlo. R5 se domnívá, že kdyby rodiče nebyli tak nároční na výsledky jejího studia a měla by více času pro sebe, dalo by se některým obtížím předejít. *„... já si myslím, že v dětství rodiče na mě měli hodně velký nároky. Chtěli ze mě vykřesat víc, než jsem byla schopná. A přitom v určitém věku spoustu dětí bylo rádo, že mají klid a nemuseli nic dělat“.*

V závěru rozhovoru byli informanti dotazováni na to, co by mohlo jejich situaci zlepšit, kdyby před propuknutím nemoci měli takové množství informací o duševních nemocech, jaké mají teď. Názory se rozcházely. R3 si byla jistá, že by nebylo možné se atakám a hospitalizacím vyhnout. R4 byla zase přesvědčená, že kdyby věděla již tenkrát

víc, mohla se začít léčit včas a nemoc by se nemusela rozvinout do tak nezvladatelných stavů. R1 se domníval, že kdyby dokázal své stavy dříve identifikovat, požádal by o pomoc rodinu a dokončil by studium.

6.5 Závěr kvalitativního výzkumu

Z výsledků dílčích výzkumných otázek je patrné, že kvalita informovanosti má kolísavou úroveň a je založena spíše na individuální vůli se o problematice něco dozvědět. Podle výpovědí je nejproblémovější fází propuknutí nemoci, kdy člověk málokdy tuší, co přichází. Také záleží na rodinném zázemí, ze kterého mladý člověk pochází. Stabilní rodinné prostředí dokáže přítomnost duševní nemoci mnohem lépe absorbovat a nemocného podpořit. V případě, že rodina stabilní není, snaží se objevující se náznaky ignorovat a doufá, že negativní jev pomine. Kromě toho může být nestabilní rodinné prostředí i jedním ze spouštěčů psychických obtíží. V tomto ohledu bylo množství informantů nedostatečné, ale vzhledem k obtížnosti tématu a nedostatku zkušeností výzkumníka s vedením takových to rozhovorů a s případnou intervencí nebylo možné tento počet navýšit.

Lidé s duševním onemocněním jsou součástí naší společnosti, jen se obávají o svých problémech hovořit, bojí se přiznat duševní nepohodu, což často vede ke zhoršení stavu. Zlepšení přinese, když lidé s duševním onemocněním nebudou izolováni v psychiatrických nemocnicích a zapojí se více do aktivit běžného života. Díky centrům duševního zdraví se naučí ve spolupráci s psychology a psychiatry zvládat svoji nemoc do takové míry, že nebudou potřebovat několikátýdenní hospitalizace. Dostatek informací o prvních příznacích, průběhu nemoci a možnostech péče společně se snižováním lůžek v psychiatrických nemocnicích je nezbytným krokem k nastavení zotavovacího procesu péče o duševní zdraví.

Společnost si zvykne na přítomnost lidí se zkušeností s duševním onemocněním v běžném životě. Osvěta by měla začít na základních a středních školách, kdy se nemoci tohoto rázu projevují. Dospívající by dlouhodobější nepohodu měli včas rozpoznat a svěřit se. Lidmi, kteří ho budou v léčbě podporovat, mohou být nejen jeho rodiče, ale také kamarádi. Oporu mu samozřejmě poskytne školní psycholog, třídní učitel nebo školní metodik prevence. Dalším prostředkem pro zlepšení situace je zajištění

dostatečného počtu psychologů pro děti a mládež v bezplatné formě, kteří by zajistili návaznou péči na doporučení školy nebo pedagogicko-psychologické poradny.

Závěr

V bakalářské práci je věnována pozornost stigmatizaci duševních nemocí a destigmatizačním aktivitám v této oblasti. V první části je zpracována historie vývoje psychiatrické péče a vnímání psychických poruch společností. V průběhu vývoje došlo k několika událostem, které byly jednou z příčin silné stigmatizace jak lidí trpících duševním onemocněním, tak tohoto lékařského odvětví. Stigma ve společnosti přetrvává až do dnešních dnů. Nastíněna je také situace ve vybraných evropských zemích.

Před několika lety byla v České republice zahájena Reforma psychiatrické péče, která má za cíl snížit stigma této problematiky a zkvalitnit péči o duševní zdraví. Zaměří se také na primární prevenci, jejímž prostředkem je zejména osvěta o duševních onemocněních napříč generacemi. Důležitou úlohu v tomto procesu hrají centra duševního zdraví, která vznikají po celé republice, a součástí bakalářské práce je také podrobný popis činností jednoho z center. Zpracovány jsou také metody, se kterými pracuje model zotavení.

Ve čtvrté části bakalářské práce jsou představeny metodologické postupy pro předvýzkum a výzkum této bakalářské práce. Předvýzkum prezentuje čtyři destigmatizační kampaně, které se v nedávné době šířily po sociálních sítích, billboardech a také na televizních obrazovkách.

Hlavní empirickou částí práce je kvalitativní výzkum, kde byla v polostrukturovaných rozhovorech zkoumána informovanost pěti lidí se zkušeností s duševním onemocněním v oblasti duševního zdraví. Respondenty jsou lidé, u nichž se duševní nemoc projevila v mládí. Popisují situace, které provázely propuknutí jejich duševního onemocnění v různých oblastech života. V rozhovorech zazněly výpovědi, které přibližují situace, jež provázely propuknutí nemoci. Někteří respondenti věděli o možnosti, že podobná nemoc může přijít. Popsáno bylo také, jak přítomnost duševní nemoci u svého člena přijala rodina, jak se zachovali pedagogové, spolužáci, přátelé a jaké zkušenosti mají respondenti s psychiatrickou nebo psychologickou péčí.

První výzkumná otázka se zaměřuje na propuknutí nemoci, kde se čtyři respondenti shodli na tom, že kdyby věděli více, nemuseli by prožít extrémní stavy duševní poruchy a mohli se vyhnout hospitalizaci. Jen jeden se domnívá, že si vším musel projít, že nebylo vyhnutí.

Společným závěrem se dají shrnout dílčí výzkumné otázky, které se týkaly přístupu rodiny, přátel a školy. Ačkoli informovanost nebyla téměř žádná, nemocného okolí podpořilo a pomohlo dotyčnému se s nemocí vyrovnat. Čtyři respondenti připustili ztrátu některého z vrstevníků, důvodem byla spíše nejistota, jak k duševně nemocnému přistupovat. Ve čtyřech případech střední škola umožnila i navzdory dlouhé hospitalizaci dokončení studia. Jen R1 byl z učiliště vyloučen.

Dílčí výzkumná otázka číslo V byla zaměřena na zdravotnický personál a pobyt v psychiatrické nemocnici. Hospitalizováni byli čtyři z respondentů a nemají dobré vzpomínky. Ve třech případech bylo příčinou těchto vzpomínek silné zapráškování, jedna respondentka uvedla k tomu ještě násilí a dehonestující zacházení a ke stávajícím duševním problémům přibylo ještě trauma.

V poslední šesté dílčí otázce, zda by něco mohlo být jinak, čtyři respondenti se domnívají, že by jejich situace mohla být lepší, kdyby se jejich nemoc podchytila již po prvních příznacích. Většina dílčích otázek byla hodnocena negativně a vylepšila by je větší informovanost v oblasti duševních nemocí, jak zdravotnického personálu, tak nejbližšího okolí včetně lidí, které duševní onemocnění potkalo.

Cílem práce bylo zmapování stigmatizace duševně nemocných a zjistit u dotazovaného vzorku lidí s duševním onemocněním do jaké míry byli informováni o tom, co se jim děje a jak reagovalo jejich okolí. Vedení rozhovorů s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním bylo náročné, protože duševní nemoc je vážná a dlouhodobá záležitost, často spojená s traumaty, která se v průběhu rozhovorů v některých případech odkrývala. V odpovědích výzkumného vzorku, jež ve výzkumu zazněly, lze tušit, že informovanost v problematice duševního zdraví se v posledních letech zlepšila jen nepatrně. Nízká informovanost může být jednou z příčin stále silné stigmatizace v oblasti duševních nemocí v České republice. Nezbývá než doufat, že Reforma psychiatrické péče bude dokončena ve prospěch komunitních a ambulantních služeb.

Důležité je, aby lidé, kteří se potýkají s duševním onemocněním, měli příležitost se zapojit do běžného života ve společnosti, která je bude v jejich začlenění podporovat. Prostředkem proto může být podporované nebo chráněné zaměstnávání, komunitní služby a centra a také dostatek psycho-sociálních péče. Lepší informovanost dokáže zamezit plnému propuknutí nemoci a umožnit včasné zaléčení, jak je v zahraničí zvykem. Díky dostatku informací bude veřejnost vědět, že lidé s duševním onemocněním nejsou nebezpeční a přijme je zpět do komunity.

Seznam zdrojů pro bakalářskou práci:

BARTÁK, Miroslav a DLOUHÝ, Martin. *Ekonomické aspekty péče o duševní zdraví ve vyspělých zemích*. In *Revizní a posudkové lékařství*. Praha: 2/2009. ISSN 1214-3170

FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1994. Edice 21. ISBN 80-7106-085-2.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Most (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-21-0.

HEJZLAR, Petr, SKORUNKA, Viktor a ŠŤASTNÁ Dana, ed. *Stigma duševní nemoci v současné společnosti: sborník příspěvků z konference*. Pardubice, 1. března 2016. Pardubice: CEDR, o.p.s., 2016.

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

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. akt. vyd. Praha: Portál, 2016. 437 stran. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOLLANDER, Dirk den a WILKEN, Jean Pierre Lambert. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 978-80-260-9945-1.

KAFKA, František. *O duševně chorých v lidské společnosti*. Praha: Masarykova sociologická společnost. 1930

KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0643-9.

LÜTZ, Manfred. *Kdo je tu vlastně blázen?: Zábavný úvod do psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1203-4.

McDAID, David (2008) *Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe*. European Commission, Luxembourg.

MUIJEN, M. (2008). *Mental Health Services in Europe: An Overview*. Psychiatric Services, MUUSSE, Christien a van ROOIJEN, Sonja. *Svoboda především: analýza zkušeností s komunitní péčí o duševní zdraví v italském Terstu a její význam pro Nizozemsko*. Praha: Fokus, 2019. Marco Cavallo. ISBN 978-80-902741-7-4.

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

RAGINS, Mark. *Cesta k zotavení*. Přeložili Jan RŮŽIČKA, Martin FOJTÍČEK. Praha: Fokus, 2018. Marco Cavallo. ISBN 978-80-902741-1-2.

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

TORESINI, Lorenzo a MEZZINA, Roberto, ed. *Za zdmi: deinstitucionalizace v evropských příkladech dobré praxe*. Praha: Fokus, 2017. Marco Cavallo. ISBN 978-80-902741-0-5.

Online zdroje:

ANDERS, M., *Na pomoc psychiatra se čeká i několik měsíců*. [online]. Česká tisková kancelář. 2021 [cit. 2021-03-15]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=wa8GVQK9vQw>

ANDERS, M. a kol., *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030*, [online] Reforma psychiatrie, 2020. [cit.2022-03-020] Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2020-12/Národní-akční-plán-pro-duševní-zdraví-2020-2030.pdf>

CSÉMY, Ladislav, JANOUŠKOVÁ, Miroslava, KREJNÍKOVÁ, Linda, ŠPANIEL, Petr a WINKLER, Petr. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. [online] Psychiatrické centrum Praha, 2013. 69 s. [cit. 2022-03-08] ISBN 978-80-87142-21-9 Dostupné z: https://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pecce.pdf.

DRAGOMIRECKÁ, E. a POUR, M. *Stigmatizace lidí s duševním onemocněním a předsudky*. [online] XXXV. Konference sociální psychiatrie 2018. Dostupné z: http://site67.lukassykora.cz/sites/default/files/Dragomirecka%2CPour_Stigmatizace%20lid%C3%AD%20s%20du%C5%A1evn%C3%ADm%20onemocn%C4%9Bn%C3%ADm.pdf

GABRIEL, J. et al. (2016). *Problémy a potřeby lidí s duševním onemocněním*. Dobré místo, z.s., Projekt „Informační aktivity“ CZ. 11/ MGS/004 podpořený z Norských fondů. Dostupné z: www.lidemezilidmi.cz

FOKUS PRAHA, *Svoboda uzdravuje*. [online]. Fokus Praha. 2022[cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://fokus-praha.cz/vzdelavame/11-vzdelavame/452-svoboda-uzdravuje>

I.ROC. *Wellbeing*. [online]. Penumbra. 2022[cit. 2022-03-10]. Dostupné z: [online]. Fokus Praha. 2022[cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://irocwellbeing.com/>

KIM-COHEN, J., et al. (2003). „*Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental followback of a prospective-longitudinal cohort*.“ Archives of general psychiatry 60(7): 709-717.

KEMÉNYOVÁ, Z., *Dva a půl tisíce pacientů se už díky reformě dostalo z léčeben domů*. [online]. Reforma psychiatrie. 2021[cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://reformapsychiatrie.cz/clanek/dva-pul-tisice-pacientu-se-uz-diky-reforme-dostalo-z-leceben-domu>

KOUBOVÁ, M., *Gramotnost v oblasti duševního zdraví je v ČR malá. Mnozí na sobě nepoznají ani vážnou nemoc, říká ředitel NÚDZ Winkler* [online]. Zdravotnický deník.

2018 [cit. 2021-08-15]. Dostupné z: <https://www.ceska-justice.cz/2021/08/gramotnost-v-oblasti-dusevniho-zdravi-je-v-cr-mala-mnozi-na-sobe-nepoznaji-ani-vaznou-nemoc-rika-reditel-nudz-winkler/>

MAD IN AMERICA. [online]. Mad in America. 2018. Dostupné z: <https://www.madinamerica.com/>

MARKOVIČ, J. *Snad se dožiju toho, že klecová lůžka z Česka zcela vymizí.* [online]. Hospodářské noviny. 2021[cit. 2022-03-14]. Dostupné z: <https://archiv.hn.cz/c1-66871740-snad-se-doziyu-toho-ze-klecova-luzka-z-ceska-zcela-vymizi>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Strategie Reformy psychiatrické péče.* [online]. Ministerstvo zdravotnictví. 2013[cit. 2022-10-14]. Dostupné z: <https://reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

NEŠPOR, Z. *Sociologická encyklopedie.* [online]. Sociologický ústav AV ČR. 2020. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Labeling>

Time to change. [online]. Timetochange. 2020. Dostupné z: <https://www.time-to-change.org.uk/>

Tisková zpráva, NÚDZ, *Světový den duševního zdraví: duševní onemocnění prožije v Česku ročně každý pátý člověk.* [online]. NÚDZ. 2021. [cit. 2022-03-16]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/files/pdf/tz-dus-evni-onemocne-ni-proz-ije-v-c-esku-roc-ne-kaz-dy-pa-ty-c.pdf>

OCISKOVÁ, Marie. *Možné souvislosti mezi internalizovaným stigmatem, osobností a efektivitou léčby u úzkostných poruch* [online]. Olomouc, 2015 [cit. 2022-04-07]. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Vedoucí práce prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc. Dostupné z: <https://theses.cz/id/rfa4mv/>

PÁV, M., POMAJZLOVÁ PLUHAŘÍKOVÁ, J. (2017). Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici. *Psychiatrie pro praxi* 2017, 18(2): 69-74.

Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/02/05.pdf>

THORNICROFT, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., Henderson, C. *Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination*. *Lancet*. 2016 Mar 12; doi: 10.1016/S0140-6736(15)00298-6.

STIGMA A DISKRIMINACE – narovinu.net. *narovinu.net – Iniciativa Na rovinu* [online]. Dostupné z: <https://narovinu.net/stigma/>

STIGMATIZACE V ČESKÉ REPUBLICE. [online] Výzkumná zpráva. NÚDZ, 2016. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR_zprava_NUDZ.pdf

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. [online]. Ochránce. 2021[cit. 2022-03-14]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/4-2012-NZ_-_sankce.pdf

WHO. *Adolescent mental health*. [online] World Health Organization. 2021. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

WINKLER, P., a kol. *Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace*, *Psychiatrie* 2/2014. [online] *Psychiatrie*. Ročník 18, č. 2, 2014. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2014/02/02_winkler_psych_2-14.pdf

Osobní rozhovory:

NOVÁK, Pavel, koordinátor Reformy psychiatrické péče pro Prahu, MZČR, rozhovor ze dne 20. 1. 2022

PUKANOVÁ, Slavomíra, projekt Destigmatizace, NÚDZ, rozhovor ze dne 12. 1. 2022

Přílohy:

Příloha č. 1

Rozhovor s R3

V jakém věku se u tebe duševní nemoc projevila?

V 16 letech.

A dokázala jsi rozpoznat, co se ti děje?

Takhle, my to máme v rodině, táta taky trpěl depresemi.

Asi bipolární poruchou, ale asi nikdy neléčenou, starší brácha taky. Takže se to u mě tak trochu čekalo, ale já jsem byla úplně v háji, vůbec jsem netušila, co se děje. Úplně se mi zhroutil svět.

A pomohli ti teda nějak rodiče?

Ujala se mě ta ségra starší a začali mě brát k různým doktorům a na terapie a tohle. Ale já jsem to odmítala, vždycky když jsem někam došla. Nějaké prášky na mě zkoušeli, ale já jsem se zavírala doma v posteli a odmítala jsem komunikovat.

A jak s tím šla škola?

To bylo v sextě, jako na konci léta, to byly povodně, takže škola začala o dva týdny později. Já jsem chodila týden do školy, ale pak už jsem to nedávala, už jsem zůstávala v posteli. A nechodila jsem do školy a máma mi domluvila individuální plán. Když se mi pak na Vánoce udělalo líp, tak jsem tam nějak začala a dohnala jsem to zpětně.

A jak to dokázali přijmout spolužáci?

Spolužáci byli hodní, taky nechápali moc, co se děje, ale jako v pohodě. Ale bylo to blbý.

A nějaký kamarádi dokázali to pochopit?

Jo, z toho mého okolí má nějaký zkušenosti s tím, ale spousta kamarádů se mi snažilo nějak pomoci, ale já jsem odmítala všechno. Ale tím, že mám to dvojče, které chodilo do školy, tak mi nosila sešity a já jsem doháněla látku a díky ní jsem se pak zase zapojila zpátky. Ale bylo to strašný.

Takže jste chodily do stejné třídy?

Ano.

A u ní se žádná psychická nemoc neprojevila?

Ne, ona pak v tom období, kdy u mě začaly deprese, tak zase začala hubnout a měla takovou lehkou anorexií. Tak to řešila, jinak byla psychicky v pořádku. Byla taky v háji, ale nehroutila se.

Na střední jste neměli nějaký program, kde by vám něco říkali o duševních nemocech?

Ne, vůbec to ne.

A ty si chodila na jaké gymnázium?

Arcibiskupské.

A v jakém roce?

2002.

A co ti pak zabralo, co ti pomohlo se vypořádat s nemocí?

No, jako nezabíralo nic, já jsem se pak vrátila do školy a v podstatě to odeznělo. A překlopilo se to do takové lehké mánie, euforie, pak jsem byla necelý rok v pohodě a pak zase přišla deprese. A už jsem věděla, že nesmím zůstat doma, tak jsem nepřestávala chodit do školy, ale měla jsme depku. Pak to pominulo, zas euforie a za rok zas další deprese.

Takže je to takový pravidelný cyklus?

No, tak přibližně, někdy to trvalo osm měsíců, bylo mi dobře, někdy míň, někdy víc.

A ta deprese trvá třeba měsíc?

Ne, ta trvá třeba až půl roku, několik měsíců, sem tam se to zkracovalo, ale spíš tak.

A bereš nějaké léky?

Já jsem začala chodit k psychiatrovi, když mi bylo dvacet. A to jsem začala brát léky od těch dvaceti.

A teď se cítíš dobře?

Teď se cítím relativně dobře. Takhle, já jsem začala brát ty léky ve 20. A měla jsem takový klidný ty fáze, ale ve 26 jsem začala chodit na vysokou, a pak jsem se ještě přihlásila na vyšší odbornou školu a do toho jsem ještě pracovala a neměla jsem zase peníze, a to jsem se zase zhroutila, to bylo na mě moc. Pak jsem se ještě s někým rozešla, to byla taková nešťastná láska. Takže mi zrovna přeskočilo, když jsem byla v tý škole, na žurnalistice, a tam na mě zavolali záchranku a odvezli mě na Karlák. Tak jsem byla šest týdnů na Karlově, tam mě zpráškovali do bezvědomí, to bylo příšerný. Pak jsem byla ještě měsíc v Bohnicích. No a pak jsem se z toho nějak dostala postupně, vždycky se mi to vrátilo, když jsem byla nešťastně zamilovaná nebo když jsem měla nějaký stres v práci.

A po tom propuštění měla si nějakou následnou péči?

Chodila jsem potom na Karlov na stacionář, to bylo úplně příšerný. Pak nějaký terapie. Chodila jsem čtyři roky k jednomu terapeutovi, to bylo dobrý. Ale furt jsem brala ty

prášky, který podle mě nemají žádný efekt. To je úplně zbytečný, teďka beru jen minimální dávku.

A vyzkoušela si jich víc?

Ano, zkusila. Lithium, a tyhle ty věci. Pak jsem měla ty dvě hospitalizace a pak jsem měla asi dvě nebo tři manické ataky. Jednou jsem skončila na psychiatrii Na Karlově a v Bohnicích. A pak jsem jich měla ještě několik, dvě nebo tři velký, a to jsme zvládli doma. Doktor mi dal injekci, zůstala jsem doma a nebyla jsem hospitalizovaná. Vždycky se u mě střídali sourozenci, hlídali mě, vždycky jsem někomu psala praštný zprávy, ale jako nedělala jsem žádný hlouposti, co by mě nějak poškozovaly, jako že někdo nakoupí 300 kg mouky. Já jsem spíš byla taková euforická, že jsem zastavovala lidi na ulici. A děly se mi strašný náhody, že jsem třeba potkala na ulici v jeden den deset lidí, který znám. Měla jsem vize podivný, to ještě bylo na té žurnalistice, ten ředitel zná celou naši rodinu, tak ten dokonce říkal, že jsem asi prožila nějaké osvětlení. A takové věci.

A tu žurnalistiku si tedy nedodělala?

Rok jsem udělala, ale pak mi bylo blbý se tam vrátit. Ještě to bylo placený, mě to strašně bavilo, jako v pohodě, ten ředitel jako ještě pak volal, jestli to nechci jít studovat ... Ale to se nedalo. Ale nedělala jsem žádný kraviny, spíš to bylo takový úsměvný. Rozeslala jsem pár praštných esemesek, ale jsem taková neškodná. Jen mi pak z toho bylo trapně. (smích)

Ani teď by ses tam nechtěla vrátit? Po letech?

Jo, my jsme si psali, on mi volal v létě, nabízel mi nějaký kurz, ale nechci už studovat, mě to stresovalo, i ta vysoká škola, to bylo takový zbytečný. Jsem ráda, že mám pokoj.

A ta žurnalistika to byla střední?

To byla vyšší odborná, v Opatovické.

A myslíš, že by ti pomohlo něco, kdybys více věděla, než se projevíly ty první příznaky?

No, věděla, sestra byla zlatá, furt mi říkali, přijmi, že máš depresi. Já jsem byla prostě úplně v háji, připadala jsem si, že prostě nic nezvládám, že nejsem na světě správně a takové věci. Jako náctiletá jsem byla taková hubená, šikovná, všechno mi šlo, a jak jsem začala dospívat, jsem ztloustla, ve škole toho bylo hodně, prostě jsem to nezvládla a zhroutila se. A ta moje sestra, to dvojče, taková krasavice blond'atá, krásně hubená a já jsem tloustla a táta byl náročný do toho....

A všechno se to nasčítalo. Tehdy by mi pomohlo.... No nevím, myslím, že jsem si to musela protrpět, asi mi nebylo pomoci. Byla jsme ve stresu, nic jsem nezvládla. Asi hodně v tom měl vliv táta.

Měl velký očekávání a on byl hodně úspěšný v tom, co dělal. A tohle. Ne, že by to vyloženě říkal nahlas, ale byla taková atmosféra doma, a s mámou se hádali. A máma je silná, všechno, ale táta ji podváděl celý život, a ještě i ta starší sestra na co šáhne, to jí jde. Prostě je to takový komplikovaný.

A bylo teda těžké si najít nějaké svoje místo, v čem by si byla spokojená.

No přesně, a ještě to léto s tou nešťastnou láskou, prostě se to nasčítalo. Ale asi jsem si tím musela projít. Jen se to vlekle, trvalo to dlouho. Vlastně od těch 16 do 30 let. I když mezi tím jsem taky měla dobré období, byla jsem v pohodě. Ale pak jsem spadla to té depky a zas začínala od začátku. Právě ta ségra úspěšná, vždycky byla dva kroky přede mnou a kluka a tohle. (smích).

Hlavní roli v tom hrál ten táta, vlastně když mi bylo dvacet, on spáchal sebevraždu. Skočil z okna, takže jsme si ani nějak nevyřešili náš vztah.

Jako, že byla dokonaná?

Ano, bylo to takové těžké.

A jak si zvládala střední školu?

Ten gympl byl super, ten byl kvalitní, byli tam super kamarádi, ale byl to na mě šílený stres. Takže jsem si říkala, kdybych měla dát někdy dítě na školu, tak určitě ne na osmiletý gympl. Přijde mi to zbytečný. Bylo to náročný, stresující, fyzika nebo chemie, to si nepamatuju nic. To jsem podle mě mohla využít jinak. Byl to humanitní gympl, byl to dril a byl to stres.

A co ostatní spolužáci, viděla jsi i někoho jiného, že na něj nějak působil ten stres?

Ano, jedna, té se spustila epilepsie, taky s tím tam lidi bojovali, ale asi ne tak jako já. Spolužáci byli hodní, i učitelé. Ale na maturitu jsem došla jen díky sestře, která mě tam vyloženě dovedla. Jinak bych tam nedošla.

Pomáhala ti připravovat se?

To jako ne, byly jsme na svaťáku spolu na chalupě u kamarádky, já si pamatuju, jak jsem do toho koukala a měla jsem úplně vygumováno. A pak jsem tam jak mrtvola opakovala něco, co jsem si pamatovala z dřívějšíka, takže jsem to nějak udělala. Maturovala jsem z angličtiny, z francouzštiny, ale měla jsem kliku na otázky. Ale byl to strašný zážitek. Ale odmaturovala jsem.

A jaké to bylo, když ti ta nemoc propukla, bylo to na tobě poznat?

No jo, strašně, jsem vůbec nevycházela ven, byla jsem taková opuchlá, přejídala jsem se.

Takže sestra i máma ti pomáhaly?

Jo, ta sestra ne, ta byla jakoby nejdřív proti mně, ale pak z toho vyrostla. Pak už to bylo dobrý. Ale na tom gymplu mě moc nepodporovala. To moje dvojče. Jinak sourozenci byli hodní.

Takže pomoc jsi našla relativně snadno, akorát jsi ji nedokázala moc přijmout a brát ty léky.

Léky jsou podle mě k ničemu.

Takže učitelé byli teda v pohodě?

Jako jo, jenom jeden blbec se mi vysmíval.

My jsme měli ve škole nějaké programy, ale na tohle vůbec.

Ani žádní přátelé se od tebe neodvrátili?

Ne, jenom s jednou kamarádkou, nebo to nebyla ani kamarádka, že měl být večírek a ona mi napsala, že ho zrušila. A přitom to nebyla pravda. Tak ta to nedávala, takže tohle mě dost sebralo, taková reakce. Taky mi přede všema řekla, že jsem chudák. Ale nebyla to moje kamarádka.

A teď si dlouho žádnou depresi neměla?

No naposledy, to jsou dva roky. To bylo předloni o Vánocích. A mánii taky dva a půl roku. Myslím, že u mě to byl vždycky nějaký spouštěč, ten otec, škola pak třeba stresy z práce. Asi...těžko říct.

A u otce se deprese nějak projevovaly už dříve?

On byl profesor a filmový kritik, nikdy se neléčil pořádně, protože strejda je doktor, tak chodil k němu. Psal mu léky, jak si řekl, a rval do sebe prášky.

A kolik mu bylo let?

54.

A máma, ta měla nějaké předpoklady?

Ne, máma je stabilní. Myslím, že je to tím, že měla skvělého otce, se kterým měla skvělý vztah. Měla velké sebevědomí. I když můj táta ji celý život deptal, že není dost dobrá a tak. Ale jinak ta je v pohodě.

Myslíš si, že na tu nemoc má velký vliv rodinné zázemí, a čím člověk prochází?

No, to jo.

Příloha č. 2:

Rozhovor R4

Jak se u tebe projevila duševní nemoc, se kterou se potýkáš? A v kolika letech?

Projevila se v době, když jsem měla stres na vysoké škole ve zkouškovém období. A v podstatě jsem ztratila kontakt s realitou. Takže jsem byla hospitalizovaná a v nemocnici mi nasadili prášky a ty hned zabraly.

Věděla jsi, co se ti děje?

Nevěděla. Rodiče mě vzali do krizového centra. A lékař mi doporučil hospitalizaci. Takže jsem věděla, že jsem nemocná, že něco není v pořádku, ale co mi přesně je, jsme nevěděli.

A to bylo v prvním ročníku vysoké školy?

Ne, ve druhém.

No a měli tvoji rodiče nějakou zkušenost s tím nebo informace o tom, co se ti děje?

Já si to období zas tak moc nepamatuju, ale rodiče potom dostali pomoc od léčebny, kdy maminka chodila do podpůrné skupiny během doby, co jsem byla hospitalizovaná. Takže tam posbírala nějaké informace. A dozvěděla se ten základní problém a v čem to spočívá a jak na to ostatní reagují. A v podstatě jsem v tom měla štěstí, protože to moje rodina vzala dobře a otevřeně. Že se to třeba nezamlčelo před příbuznými.

A neodrazovali tě od léků?

Ne, to vůbec ne, spíš mě podporovali a měla jsem v nich spíš podporu.

Ve vaší rodině nikdo předtím neměl takovouhle zkušenost?

Nikdo, kdo by měl potvrzenou diagnózu, nebyl.

Jak k tobě přistupovali na té vysoké škole, byl problém to zvládat?

Musela jsem si rozložit ročník do dvou let, abych zvládla studijní povinnosti.

Takže to jsi ubrala z toho standardního množství studovaných let?

Z toho standardního, bakalářské studium jsem studovala čtyři roky namísto tří a magisterský studium tři roky namísto dvou. Takže mi jako vyšli vstříc na studijním oddělení. Že jsem mohla rozdělit ročník do dvou let a zvládnout ten ročník i s hospitalizací.

No a říkala jsi o tom spolužákům?

No, vlastně spolužáci, s těma jsem to nijak neřešila, protože jsme ztratili kontakt v momentě, kdy jsem začala opakovat ten ročník, chodila jsem s jinou skupinou. Takže

tam to nebyl problém. No, a co jsem měla známé, tak věděli, že jsem dlouhodobě nemocná. Ale co mi přesně je, jsem neříkala.

No a kamarádi se dozvěděli, co ti je? Nebyl to problém někomu vysvětlit?

To v podstatě zařídila moje rodina, že řekli, Lenka je nemocná, je teď v léčebně, má takové a takové problémy, prášky jí zabraly, a až se vrátí, tak ji prosím podporujte. Nebo něco takového.

No, tak to je skvělý.

No, třeba když jsem byla na vycházce, ještě v rámci hospitalizace, tak se vlastně domluvilo setkání s mojí kamarádkou, se kterou jsme šly venčit psa. A vlastně jsme zůstala v kontaktu s těmi nejbližšími přáteli.

Takže jsi nezažila, někoho, kdo by se tě třeba začal bát? Nebo měl nějaké nejisté chování, jak k tobě přistupovat?

Ne, vlastně jediný problém, co byl, tak ve společnosti, že když nepiju alkohol, tak ne vždy to všichni chápou a mají tendenci mě přemlouvat. A je potřeba ty lidi naučit, že já opravdu si nedám, že mi to opravdu nedělá dobře, a to jsem vysledovala, způsobem pokus omyl, že mi to skutečně zhoršuje stav. Že mi to nějakým způsobem ruší léky, které beru.

A máš na to nějakou formulku, kterou používáš?

Já můžu pít birell nebo nealkoholické víno. Takže pokud je toto v nabídce, tak si dám tohle, ale vím, že více jak dva birelly už není bezpečná míra.

Mě zajímalo to, jestli třeba přiznáváš, že nepiješ, protože máš nějaké ty psychiatrické léky, anebo jenom říkáš, že ti to nedělá dobře.

Většinou říkám, když se moc pátrá po důvodu, tak říkám, že se mi to nesnáší s prášky, které beru dlouhodobě. Většinou to takhle stačí.

A na střední škole, když jsi studovala, měli jste nějaký program, který by vám tuto problematiku nějak osvětlil?

Co jsme měli, tak jediné seznamovací kurz, kde jsme to brali jako dobrou zahálku od výuky, ale moc nám to nedalo. My jsme ten kurz začali až v říjnu a mezitím jsme se už stačili skamarádit. A to třída už fungovala.

A ty jsi studovala gymnázium?

Ano, gymnázium.

A byl tam někdo, kdo měl třeba nějaké problémy duševního rázu, protože to studium je dost náročné

Byla tam kamarádka, u které se projevily až později duševní problémy, a ona vlastně jediný problém, který byl viditelný, když měla mluvit a byla zkoušená, tak nevydala ze sebe ani hlásku.

Pomáhali jí učitelé to překonat?

Učitelé se z ní snažili něco vypáčit nějakými otázkami, ale problém to byl v angličtině, kdy je to postavené na konverzaci, tak to pro ni bylo náročné. Už jako to studium, ona nebyla studijní typ, šla na to gymnázium, že asi rodiče si přáli, ale neplánovala studium na vysoké škole a v podstatě pak neudělala ani maturitu. A to už se u ní zřejmě projevily příznaky té duševní nemoci. Myslím, že se neuměla učit, a jednak neměla tu koncentraci, protože se tam ta nemoc už začala projevovat.

A jak na ni reagovali spolužáci? Přijímali to? Nebo nebyla mimo vyučování taková?

Ano, mimo to vyučování se neprojevovала nějak divně a vnímali ji prostě takovou, jaká je. A ten kolektiv to v podstatě bral. Měli jsme dobrou partu. A dodnes je se spoustou lidí v kontaktu. A možná se spíš do toho kolektivu zařadila až po té maturitě, kdy vlastně byla taková spojka, která udržovala kontakty.

Ne, že by přímo organizovala sraz, ale iniciovala setkání nás pár kamarádek, že jsme šly třeba na bowling. A měly jsme sraz i jenom my dvě na kafe, kdy jsme probíraly náš přístup k nemoci, protože já jsem tomu docela otevřená, co říct ostatním, a ona všechno jakoby uzavírá do sebe. Že když potřebuje pomoc, tak si potřebuje říct a neřekne a je těžké do ní vidět a vědět, co se v ní odehrává.

A ty máš diagnostikované nějaké deprese?

Schizofrenii.

A to se u tebe projevuje jakým způsobem? Máš hlasy?

Jednak bludy a paranoi. A i jsem měla hlasy, ale ty vlastně se díky medikaci neprojevují. A měla jsem i pocit, že někdo slyší moje myšlenky, a takové paranoidní představy a mám to kombinované se sklony k depresím a úzkostem. Takže vlastně z nemocnice jsem odcházela s akutní psychotickou poruchou, což je jednorázový projev. A postupně se zjistilo, že to je schizofrenie a že to přetrvává, a vlastně se mi to vrátilo po třech nebo čtyřech letech zrovna v době, kdy jsme s panem doktorem zkusili vysadit prášky – Olanzapin. A nedělalo to dobrotu, tak jsme to zas nasadili zpátky.

A ten Olanzapin je...

Je na psychotické stavy, ale zjistili jsme, že mi tenhle prášek zrovna funguje, ale měl dopad na moji váhu, protože jsem přibrala 25 kilo od začátku léčby. Tak během 2,5 roku.

Takže ty se s tím potýkáš jak dlouho? Takže to ti bylo 20 let.

No, tak přes 10 let.

Podářilo se ti to stabilizovat poměrně rychle, že ten Olanzapin měl ..

Stabilizovalo se do díky Olanzapinu, byla jsem už stabilizovaná, když už jsem byla propuštěna z nemocnice. A pak jsem chodila do Baobabu na přípravný kurz program Student, byla to taková přípravná fáze na koncentraci a jak se učit, jak zacházet s tou nemocí, když je člověk trošku hendikepovaný, a jak na to vyžrát.

Ale v komunikaci se školou ti ta nezisková organizace nepomáhala?

To mi pomáhala moje maminka, která vlastně se mnou probrala, co je potřeba říct, a vlastně mě podporovala moje rodina. Takže jsem nepotřebovala doprovod, ale byla jsem schopná si to vyřídit sama, na studijním byli chápaví.

A u té spolužačky to také byla schizofrenie?

Já vlastně nevím, neznám její přesnou poruchu a myslím si, že má deprese ještě s něčím kombinované. Ale vzhledem k tomu, že o tom nemluví ani se svou rodinou, takže jakoby bylo pro ni obtížné říkat, co jí přesně je, nebo mluvit o tom, tak jsme spíš řešily to, co nám funguje, ty triky, třeba ohledně toho nepítí alkoholu, že vlastně jsme si sdílely, co všechno zhoršuje náš stav, jako že existují i nealkoholizovaná vína a vlastně může se najít schůdná cesta, jak si může komunikovat svůj bezpečný prostor.

No a tebe nezajímalo více se věnovat osvětě, nebo dělat nějakého konzultanta v téhle sféře?

No, jako třeba dělat peera mě nikdy moc nenapadlo, protože jsem měla úplně hladký průběh, díky tomu, že mně léky hned zabraly. Takže nemám tu zkušenost s tím, kdy člověk jako tu nemoc nezvládá. A co bych mohla sdílet, je to, co mi funguje. Jak si udržet formu.

Přijde mi fajn, že o tom tak otevřeně mluvíš s lidmi, kteří to pro sebe neumí tak vyjádřit.

Takže ve tvém případě bylo jednoduché najít pomoc, rodiče zavolali.

Rodiče mě vzali na to krizové centrum.

Byl to RIAPS?

Ano.

A tam si tě nechali, nebo tě doporučili k hospitalizaci Ke Karlovu?

Byla jsem v Bohnicích hospitalizovaná. Takže to tam doporučili, nevím, jestli to přímo domluvili nebo to byli moji rodiče. Ale přiznám se, že to mám nejasné, tu realitu jsem moc nevnímala. Ale ještě ten den nebo ten následující den jsem se ocitla v nemocnici.

Takže rodina tě velmi podporovala, pomáhali ti sžít se s duševní nemocí a doteď tam ta podpora je.

Ano, doteď tam je.

A myslíš, že kdybys víc věděla dříve v mládí o duševních nemocech, že by to něco zjednodušilo, nebo by to bylo jiné?

Myslím si, že bych dostala diagnózu dřív, že jsem jako měla určité příznaky nemoci, než se plně projevila ta ataka. Že bychom to možná podchytili dříve.

A jaké příznaky jsi měla?

Třeba jsem byla na té střední škole, taková depresivní, měla jsem stavy úzkosti, které jsem neuměla definovat. A celkově když se dívám zpátky, tak si myslím, že už během toho studia na vysoké škole se to začalo zhoršovat a myslím si, že to nemuselo úplně nutně propuknout v tu ataku, kdy jsem ztratila kontakt s realitou. Že jsme v podstatě věděli, že se něco děje, ale nevěděli jsme co.

A čekali jste na nějaký větší impuls...

A já jsem pořád říkala, nenenene, mně se nic neděje. Jenom mi teď není dočasně dobře a zítra to bude lepší a ono to pochopitelně nebylo.

Třeba ty jsi tam byla měsíc?

Já jsem tam byla šest týdnů.

To je asi úplně ta nejkratší doba při zahájení léčení, ty léky mají delší nájezd.

Ano, Olanzapin má také delší nájezd. Takže vlastně první týden v nemocnici jsem pořád ještě nevěděla, o co jde. Věděla jsem, že jsem v nemocnici, že dostávám prášky a že jsem nějak nemocná. A myslím si, že kdybych dostala prášky dřív, tak jsem mohla předejít té hospitalizaci.

Jak myslíš, že je pro zvládnání nemoci důležité okolí?

Určitě je strašně důležité si vytvořit náhled a pak to vysvětlit svému okolí, co mi dělá problém, co můžu dělat a co naopak nemůžu. A když se cítím špatně, tak mi třeba pomáhá studený obklad proti těm psychotickým stavům. Prostě si opláchnu obličej studenou vodou, a to je ten psychotický stav schopný nějakým způsobem zarazit. To je snad i jako doporučovaný proti psychóze. Můžeš použít ledovou vodu. A je to takový nekončící běh na dlouhou trať, když se mi ty příznaky trošku mění a trošku musím

aktualizovat ty zbraně proti nim. Někdy něco funguje, někdy něco odezní a objeví se něco nového.

Ale ten Olanzapin pořád funguje?

Ano, ale mám k němu ještě další dva léky, ten Olanzapin mi drží ty psychotické stavy, abych neztrácela kontakt s realitou. Občas mívám nějaké bludné představy, které jsou takové jako nějaké spiknutí, a nějakým způsobem jsem do toho zamíchaná já.

Ale víš o tom?

Ano, vím, že to pravděpodobně není pravda.

A potom po čase to zanikne?

To se mi třeba objeví, když jdu kolem nějakého plakátu, že je to nějaké znamení a že to něco znamená a že je to předzvěst nějaké zlé věci, která se stane ve světě, a že ta paranoia tam funguje tímhle způsobem.

A nevidíš tam nějaké spojení s tím, že máš ráda ty fantaskní světy?

To mi naopak pomáhá to zvládat, protože občas tam hrdinové řeší kuriózní případy, třeba jak zvládat ty svoje nabyté schopnosti, jak to ustát a že ty příběhy mi spíš pomáhají, než by mě to nějak zhoršovalo.

Nezaplétá se ti to do tvých představ?

Jakoby mám nějaké jádro, ten blud, který si myslím, že je pravda. A od něho se odštěpují nějaké menší přesvědčení, ale jakoby na většinu toho mám náhled, že to pravděpodobně není reálný. Je to takový racionalizovaný blud. Že dokážu odlišit, co pravděpodobně je už v mojí psychice nebo je to už normální objektivní realita.

A ověřuješ si to nějak?

Docela mi pomáhá sociální rehabilitace, na kterou docházím, kde tyhle ty střety s realitou mi pomáhají komunikovat.

A to docházíš kam?

Do Bony. Tak to mi hodně pomáhá v tom fungování s rodinou, přáteli v běžném životě, zvládat práci, osobní život, najít v tom nějaký ten balanc.