UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

# DIPLOMOVÁ PRÁCE

Stigmatizace osob s duševními poruchami v České republice

Bc. Romana Faltýnková

Obor: Sociální pedagogika – Specializace výchovné poradenství

Olomouc 2024 Mgr. Michaela Pugnerová, Ph.D.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci Stigmatizace osob s duševními poruchami v České republice vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Olomouci dne 15. 06. 2024 ……

Bc. Romana Faltýnková

## Poděkování

Ráda bych poděkovala za pomoc s vypracováním této diplomové práce Mgr. Michaele Pugnerové, Ph.D. Její podněty k práci a vstřícný přístup pro mne byly při psaní práce velmi důležité a inspirativní.

# Anotace

| | |
|---|---|
| **Jméno a příjmení:** | Bc. Romana Faltýnková |
| **Katedra:** | Katedra psychologie a patopsychologie |
| **Vedoucí práce:** | Mgr. Michaela Pugnerová, Ph.D. |
| **Rok obhajoby:** | 2024 |

| | |
|---|---|
| **Název práce:** | Stigmatizace osob s duševními poruchami v České republice |
| **Název práce v angličtině:** | Stigmatization of people with mental disorders in the Czech Republic |
| **Zvolený typ práce:** | Výzkumná |
| **Anotace práce:** | Hlavním předmětem této diplomové práce je stigmatizace osob s duševní poruchou v ČR. Teoretická část popisuje základní terminologii související s tématem – stigma a jeho druhy, proces stigmatizace, pojmy související s duševními poruchami. Dále zkoumá příčiny a faktory stigmatizace a stejně tak i jeho dopady nejen na pacienty, ale i na jejich rodiny a okolí. Zabývá se dále i aktuálními destigmatizačními snahami, které probíhají v ČR. Výzkumná část má za úkol zjistit, jaká je míra veřejné stigmatizace ze strany osob v období mladší dospělosti (18 až 30 let). Je realizována formou dotazníkového šetření. Výzkumnou část doplňují strukturované rozhovory se čtyřmi osobami trpícími duševní poruchou, jejichž cílem je poskytnout náhled na situaci z jiného úhlu pohledu a zjistit jak vnímají stigma oni sami a jak se sebestigmatizují. |
| **Klíčová slova:** | Stigmatizace, sebestigmatizace, předsudky, psychická porucha, nálepkování, diskriminace |
| **Anotace v angličtině:** | The main topic of this thesis is the stigmatization of people with mental disorder in the Czech Republic. The theoretical part explains the basic terminology connected to the topic – stigma and its forms, factors, and the process of stigmatization, as well as other terms connected to mental disorders. Causes of stigmatisation and other factors are also explained in this part along with the consequences it can have on people with mental disorder and their loved ones. This part also describes the current destigmatization campaigns have been or are currently implemented inthe Czech Republic. The research part of this work has the task of finding out what is the level of public stigmatization by people in the period of younger adulthood (18 to 30 years). It is implemented in the form of a questionnaire survey. The research part is complemented by |

| | |
|---|---|
| | semistructured interviews with four people suffering from a mental disorder, the aim of which is to provide an insight into the situation from a different point of view and to find out, how they perceive stigma and their level of self-stigmatization. |
| **Klíčová slova v angličtině:** | Stigmatization, self-stigmatization, prejudices, mental disorder, labelling, discrimination |
| **Přílohy vázané k práci:** | |
| **Rozsah práce:** | 156 s. |
| **Jazyk práce:** | Čeština |

# Obsah

Úvod ..... 10

Teoretická část ..... 12

1 Úvod do problematiky stigmatizace duševních nemocí ..... 12

1.1 Základní terminologie ..... 12

1.2 Historický vývoj pojetí duševních poruch ..... 15

2 Typologie stigmatu ve společnosti ..... 20

2.1 Typologie dle E. Goffmana ..... 20

2.2 Stigma dle úrovně ..... 21

2.3 Oborová stigmatizace psychiatrie ..... 22

2.4 Jiné typy stigma ..... 23

3 Teorie vzniku stigma duševně nemocného a jeho činitelé ..... 25

3.1 Teorie vzniku stigma v pojetí různých autorů ..... 25

3.1.1 Erving Goffman ..... 25

3.1.2 Thornicroftův model stigmatizace ..... 26

3.1.3 Stigmatizace dle Vágnerové ..... 27

3.2 Činitelé vzniku a udržování stigma duševně nemocného ..... 28

3.2.1 Kulturní kontext ..... 28

3.2.2 Antipsychiatrické hnutí ..... 29

3.2.3 Média a společenské autority ..... 31

4 Stigmatizace a její důsledky u jednotlivých skupin psychických poruch ..... 34

4.1 Klasifikace duševních poruch ..... 34

4.2 Stigmatizace jednotlivých skupin duševních poruch ..... 35

4.2.1 Psychotické poruchy ..... 35

4.2.2 Afektivní poruchy ..... 40

4.2.3 Poruchy neurotického spektra ..... 44

4.2.4 Poruchy příjmu potravy ..... 47
4.2.5 Závislost na návykových látkách ..... 48
4.2.6 Poruchy osobnosti ..... 49
5 Destigmatizace osob s duševní poruchou v ČR ..... 53
5.1 Reforma péče o duševní zdraví ČR ..... 53
5.2 Možnosti destigmatizace duševních poruch ..... 55
5.3 Destigmatizace a média ..... 58
5.4 Aktuální destigmatizační aktivity v ČR ..... 59
Praktická část ..... 63
6 Výzkumný problém a jeho vymezení ..... 63
6.1 Výzkumné cíle ..... 64
6.1.1 Dílčí cíle ..... 64
6.1.2 Výzkumné předpoklady ..... 64
6.2 Použité metody ..... 64
6.3 Výzkumný soubor ..... 65
6.4 Organizace a průběh výzkumu ..... 67
6.4.1 Dotazník ..... 67
6.4.2 Rozhovory ..... 67
6.5 Metody zpracování získaných dat ..... 68
6.5.1 Dotazníkové šetření ..... 68
6.5.2 Polostrukturované rozhovory ..... 68
6.6 Výsledky šetření ..... 70
6.6.1 Dotazník pro širokou veřejnost ..... 70
6.6.2 Rozhovory s osobami s duševní poruchou ..... 79
7 Diskuze ..... 94
Závěr ..... 96

Seznam použitých zdrojů ..... 97

Přílohy ..... 103

## Seznam tabulek

Tabulka 1 - Porovnání klasifikace duševních poruch dle MKN-10 a MKN-11 (WHO, online)..... 35

Tabulka 2 - Projevy vysoké a nízké míry vyjadřovaných emocí (Praško, 2003 dle Ocisková, Praško, 2015)..... 40

Tabulka 3 - Respondenti kvalitativního výzkumu (vlastní data)..... 67

Tabulka 4 - Zdroje informací o duševních poruchách (vlastní data)..... 71

Tabulka 5 - Zkušenosti respondentů s osobami s duševní poruchou (vlastní data)..... 72

Tabulka 6 - Hodnocení závažnosti duševních onemocnění (vlastní data)..... 73

Tabulka 7 - Stigmatizující přesvědčení respondentů (vlastní data)..... 74

Tabulka 8 - Průměrný počet stigma. přesvědčení na osobu (vlastní data)..... 76

Tabulka 9 - Informovanost z pohledu respondentů (vlastní data)..... 77

Tabulka 11- Míra předsudků v závislosti na zdroji informací (vlastní data)..... 78

Tabulka 12 - Paradigmatické schéma kategorií (vlastní data)..... 93

# Úvod

Tématem této diplomové práce je stigmatizace osob trpících duševní poruchou v ČR, a to v komplexním pojetí. Téma práce bylo zvoleno, protože jde o aktuální celospolečenský problém nejen v ČR, ale celosvětově. Okolo osob, které duševní poruchou trpí, existuje mnoho mýtů a předsudků, které mají velmi výrazný vliv na jejich kvalitu života a i na kvalitu života jejich rodin a blízkých osob. Stigmatizace veřejností, odborníky a institucemi může, a velmi často sekundárně vede, k přijetí těchto předsudků a jejich zvnitřnění u pacientů – neboli k sebestigmatizaci. Mnozí odborníci na poli duševního zdraví si vliv stigmatizace na samotnou poruchu velmi dobře uvědomují, proto se v posledních letech objevují snahy o systémovou změnu a rozsáhlé destigmatizační a osvětové kampaně cílené na celou společnost. Snížení míry stigmatizace může přispět ke zvýšení kvality života duševně nemocných, k větší šanci úspěšného léčení a vyléčení a ke snížení rizika relapsu poruchy. Základním krokem ke snížení stigmatizace veřejností je informovat je o vlastní existenci tohoto jevu a edukovat je o duševních poruchách, což může výrazně přispět k potlačení některých negativních stereotypů a předsudků, které se kulturně předávají už mnohé roky.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část je rozdělena do pěti kapitol. První kapitola má za úkol nejprve vysvětlit základní terminologii spojenou s tématem duševních poruch a stigmatizace. Nabízí také základní historický přehled toho, jak evropská společnost vnímala duševní poruchy a pacienty jimi trpící, v průběhu svého vývoje v čase. Úkolem této kapitoly je čtenáře uvést do problematiky a nabídnout mu historický kontext, ze kterého vychází i mnoho dnešních přesvědčení, která jsou někdy až nebývale perzistentní. Druhá kapitola se zabývá jednotlivými druhy stigmatu, se kterými se lze setkat, stejně tak i příčinami a faktory jejich vzniku. Třetí kapitola hovoří o jednotlivých teoriích stigma, prezentovaných různými autory. Čtvrtá kapitola této práce hovoří o dopadech stigmatizace na jedince, na jeho vztahy, samotnou léčbu i prognózu. Jejím cílem je poukázat na to, o jak významný vliv se jedná. Poslední, pátá kapitola, čtenáře seznamuje s aktuálními destigmatizačními snahami, které probíhají v Evropě a hlavně na území ČR i v souvislosti s aktuálně probíhající Reformou psychiatrické péče MZČR.

Praktická část se sestává ze dvou částí. Nosnou část tvoří anonymní dotazníkové šetření mezi širokou veřejností, jehož cílem je zjistit, jak moc cílová skupina stigmatizuje osoby s duševní poruchou. Výzkumný soubor tvoří osoby ve věku 18 až 30 let, které byly osloveny skrze

sociální sítě, kde byl nasdílen odkaz na dotazník. Doplňková část je tvořena strukturovanými rozhovory se čtyřmi osobami, které trpí duševní poruchou a mají se stigmatizací osobní zkušenost. Tyto rozhovory byly realizovány osobně. Jejich cílem je alespoň částečně ukázat pohled na problematiku i z druhého úhlu pohledu a přiblížit tak čtenářům, jakou míru a formu stigmatizace a diskriminace respondenti pociťují ve svém každodenním životě.

Tato diplomová práce by mohla sloužit jako materiál pro studenty, pracovníky v pomáhajících profesích, pedagogické pracovníky a další osoby, které přichází do kontaktu s osobami s duševními poruchami. Může jim přinést informace o tom, co stigmatizace je, jaké může mít dopady a jak se jí vyhnout.

# Teoretická část

# 1 Úvod do problematiky stigmatizace duševních nemocí

Tato kapitola má za úkol seznámit čtenáře se základní terminologií, se kterou se mohou setkávat v obsahu celé této práce a bez jejich vymezení by nebylo možno pokračovat. Zároveň je jejím úkolem uvést do historického kontextu pojetí duševní nemoci i psychiatrie jako oboru.

## 1.1 Základní terminologie

### Stigma

**Stigma** je termín, jehož význam byl v čase modifikován a různě pojímán různými kulturami. Prvně s tímto výrazem přišli zřejmě staří Řekové, kteří slovo stigma (στίγμα, význam: bodnutí, vpich, cejch) používali jako viditelné označení jedince, které poukazovalo na jeho špatný morální status. Typicky takto označovali otroky, vězně nebo jiné osoby, jejichž označení mělo upozorňovat na jejich společenské postavení a mělo sloužit k tomu, aby se jim ostatní lidé mohli vyhýbat (Goffman, 2003).

Po nástupu křesťanství získalo slovo stigma ještě další význam, kdy se mluví o tzv. Kristových stigmatech, což jsou zranění na místech, kde byl Ježíš přibit na kříži apod., které mají symbolizovat hlubokou víru a spiritualitu svého nositele. Jeho druhý, negativní význam se ale také udržel, jako stigmata byla označována i různá znamení, která měla svědčit o paktu jedince s ďáblem (znaménka na těle atd.) nebo o jeho vážné nemoci jako byla lepra a jiné nemoci vyžadující izolaci jedince (Libiger, 2002).

Pojetí stigmatu jako pojmu dnes je již spíše oproštěno od náboženských významů. Hartl a Hartlová (2009) definují stigma jako *„společenský předsudek vůči někomu, komu jsou přisuzovány záporné vlastnosti*.“ Na základě tohoto předsudku, který je jedinci nebo skupině ve společnosti přisouzen, může následně docházet k **diskriminaci**. Proces, kdy vznikají předsudky vůči osobám či skupinám se nazývá **stigmatizace**. Stigmatizace osob s duševní poruchou je i v dnešní době stále velká, prochází ale postupnou a pomalou transformací, společně s kulturními změnami ve společnosti. Stigma duševní nemoci je hluboce kulturně zakořeněno a proto jde o jedno z nejobtížněji odbouratelných stigmat ve společnosti (Ocisková, Praško, 2015).

### Etiketizace (labelling)

**Etiketizace** neboli labelling je jedním ze základních principů, v důsledku kterého jsou jedinci stigmatizováni. Jedná se o proces udělování „nálepky" jedinci, který začne vykazovat odlišnosti od většinové společnosti. Jde o reakci vznikající při vzájemné interakci odlišného jedince s „normální" většinou. Pojem labelling (značkování, nálepkování) vychází z etiketizační teorie v rámci sociologie a psychologie deviantního chování. Jejími autory jsou H. P. Becker, K. T. Erikson a J. I. Kitsuse. Jde o formu sociální kontroly jedinců ve společnosti. Etiketizace se vyznačuje tím, že chování jedince není posuzováno objektivně, ale na základě toho, jaké charakteristiky mu přisuzuje zbytek společnosti. I když objektivně chování jedince není škodlivé či nebezpečné, může tak být ve společnosti označeno (Petrusek, online). Nálepka osoby s psychickou poruchou s sebou často přináší stereotypy o nebezpečnosti, nevyzpytatelnosti a nedostatku sebekontroly a to i přes to, že objektivně neexistují žádné důkazy svědčící o tom, že by byly osoby s psychickou poruchou více nebezpeční či nevyzpytatelní než většinová společnost.

Nálepka psychicky nemocného má vliv na jedince, jeho sebepojetí i jeho chování. U osob s psychickou poruchou se jedná o vliv nápravný nebo stabilizující. Nápravný vliv nálepky se může projevit například tím, že si jedinec uvědomí své odchylné chování a reakce okolí ho motivuje k vyhledání odborné pomoci nebo změně stavu. Často ale dochází také k vlivu stabilizujícímu, který má různé projevy, jako je retrospektivní bagatelizace vlastního chování, změna vlastního obrazu, přijetí nálepky jako skutečného statusu (jak pacientem, tak okolím).

### Stereotyp a předsudek

Stigmatizace a následná diskriminace jedinců s duševní poruchou je tak perzistentní, protože postoje k psychicky nemocným jsou ve společnosti předávány formou stereotypů. **Stereotyp** je rigidní pasivně přijímaný způsob posuzování druhých. Pokud je k jedinci přiřazen stereotyp, jeho okolí od něj očekává nějaký způsob chování, nejčastěji negativní. Jedná se o přirozený způsob přemýšlení a kategorizace jevů, se kterými se člověk setkává a dovoluje mu tak se lépe orientovat v prostředí, kde se pohybuje. Stereotypy jsou často kulturně předávané, i když skutečná zkušenost jedince s daným jevem/typem osob je žádná nebo minimální a očekávání týkající se chování ostatních nemusí být nikdy naplněna. Lze rozlišit dva druhy stereotypů

a autostereotypy a heterostereotypy. Autostereotypy jsou stereotypy jedince náležícího do určité sociální skupiny vůči členům téže skupiny. Heterostereotypy jsou stereotypy, které má člen určité skupiny vůči osobám, které náleží do jiné.

Ve společnosti lze nalézt určitý „**stereotyp psychicky nemocného**“. Jde o soubor postojů, jaké společnost zaujímá vůči těmto osobám. Projevuje se ve formě různých vtipů „o bláznech“, využívání určitých hovorových označení a obratů (např.: „Nejsi náhodou na hlavu?“; „Já se z toho zblázním.“), v umění a zejména v masmédiích. Masmédia mají velký podíl na jeho utváření i šíření, jejich vliv je natolik významný, že o něm tato práce bude hovořit v dalších kapitolách (Ocisková, Praško, 2015).

S pojmem stereotyp souvisí i pojem **předsudek**. Předsudky často vychází ze společenských stereotypů, v některých případech se předsudek určité skupiny lidí může proměnit ve společenský stereotyp. Jde o osobní uzavřený postoj vůči čemukoliv (jiné osoby, způsoby chování…), který je dán jednou nebo žádnou osobní zkušeností. Jedinec svůj postoj mění jen velmi obtížně a často v jeho vztahu k subjektu předsudku chybí porozumění. V sociologickém pojetí se jedná o *„negativní postoj vůči určité skupině či skupinám lidí, který má ospravedlnit a posílit jejich diskriminaci, a to na základě jejich skupinového členství a nikoli osobních vlastností“* (Keller, online). Pojmy předsudek a stereotyp jsou si velmi podobné, nicméně stereotyp se pojí ještě s morálním hodnocením chování daných jedinců. Hodnotícího staví do pozice, kdy vlastní hodnoty považuje za jediné správné a dle nich posuzuje ostatní okolo sebe. Stereotyp i předsudek může označovat jak spíše pozitivní, tak negativní postoj jedince k ostatním osobám v jeho okolí (Allport, 2004). Goffman (1963) poukazuje na to, že pokud je jedinci přidělena nějaká nálepka, ke které se váže negativní předsudek, je brán za méněcenného a je vyloučen z plného přijetí tzv. normální většinou. Na základě vnímání jedince jako méněcenného jsou mu upírána jeho práva, setkává se s odmítáním, tresty nebo posměchem (Ocisková, Praško, 2015).

### Normalita, abnormalita, duševní zdraví a nemoc

**Normalita** označuje projevy v chování jedince typické pro většinu ostatních jedinců v dané kultuře a schopnost adaptace na vnější situace. **Abnormalita** poté označuje projevy chování, které vybočují z normy chování pro danou oblast, může být pozitivní – nadání, talent, genialita, nebo negativní – neschopnost plnit zadané úkoly a jinak se adaptovat (Praško a kol., 2011).

**Duševní zdraví** je dle WHO definováno jako „*pocit pohody, v němž každý jedinec naplňuje svůj vlastní potenciál, zvládá běžný životní stres, může pracovat produktivně a plodně a je schopen přispívat k prospěchu své komunity*“ (WHO, online). Duševně zdravý jedinec je schopen se přizpůsobovat a plnit žádoucí úkoly a role v rámci platných norem. U zdraví lze rozlišovat subjektivní a objektivní aspekt. Někdo může být okolím vnímán jako zdravý a subjektivně se cítit jako nemocný nebo naopak (Praško a kol., 2011).

**Duševní porucha nebo onemocnění** je stav jedince, který toto fungování narušuje. Americká psychologická asociace (APA) definuje tento pojem jako narušení či abnormality kognitivních funkcí jedince a/nebo emocí, chování, sociálního fungování nebo kombinace všech uvedených (online). Stav duševní poruchy nebo nemoci se kvalitativně liší od stavu zdraví. Při výskytu lze sledovat jednotlivé příznaky onemocnění.

## 1.2 Historický vývoj pojetí duševních poruch

Pojetí a vnímání duševních onemocnění společností se proměňuje s kulturními a společenskými změnami, kterými společnost prochází. Odráží úroveň poznatků a vědeckou vyspělost společnosti, i proto lze i dnes nalézt v různých kulturách různá pojetí.

V pravěkých společnostech byly duševní poruchy vnímány často jako posednutí zlými duchy, trest bohů nebo působení jiných nadpřirozených sil. V některých kmenech byly tyto osoby vnímané jako osvícené a stávaly se šamany. Léčba spočívala v nošení ochranných magických amuletů a talismanů, zařikání zlých duchů, některé nálezy svědčí o tom, že byly prováděny trepanace lebky, které byly nejspíše prováděny u osob s duševním onemocněním. Postupem času se začaly objevovat první snahy o léčení duševních obtíží podáváním různých bylinných preparátů nebo živočišných produktů jako krev, tuk nebo orgány (Vencovský, 1996).

Ve starověkém Egyptě vznikly některé z prvních písemných záznamů o léčení duševně nemocných lidí. Ebersův papyrus z roku 1900 před Kristem hovoří o tehdejším přístupu a léčbě osob s depresí. Ty byly i v této kultuře brány jako posedlí zlými duchy, zároveň ale probíhaly jakési první snahy o jejich terapii. Duševně nemocní nacházeli útočiště v chrámech, kde s nápomocí kněžích podstupovali nejrůznější očistné koupele, byli fyzicky zaměstnáváni a probíhaly snahy o jejich smyslovou aktivizaci různými příjemnými podněty jako byly obrazy, hudba, vůně a další. Podobné chápání duševní nemoci, rituály a snahy o terapii lze nalézt

i v dalších starověkých civilizacích jako byla Indie, Čína, Mezopotámie a jiné tehdejší kultury (Praško a kol., 2011).

Starověké Řecko je taktéž typické tím, že se dochovaly důkazy o tehdejším rozvinutém lékařství a to i v léčení chorob duše. Největší přínos měl pravděpodobně Hippokrates, jenž je tvůrcem učení o existenci tělesných tekutin, které se v těle mísí a jejich poměr a vzájemné působení formují člověka. Tyto tekutiny byly krev (*sanguis*), žluč (*chole*), sliz (*flegma*) a černá žluč (*melanchole*). Na základě jejich nerovnováhy a převahy jedné z nich Hippokrates identifikoval čtyři různé duševní poruchy – *mania, frenitis* (zmatenost, akutní duševní onemocnění), *hysteria a melancholia*. Hippokrates jako jeden z prvních odmítl zaříkávání a kouzla, jako léčbu doporučoval pracovní režim, lehkou dietu, rozptylování činností, podávání vomitiv, případně i pouštění žilou. Jeho názory dále převzal Řím, kde aplikovali jeho zmíněné léčebné postupy, někteří tehdejší lékaři jako Scrinbonius Largus (dvorní lékař císaře). Používali také přikládání rejnoka elektrického na hlavu a šlo tak o první pokusy o jakousi elektrokonvulzivní terapii. Galén později koncepci duševní nemoci pojal ještě jinak. Rozdělil je na dvě skupiny – první skupina byla důsledkem poruchy tělesných orgánů, tu nazval jako deliria. Druhá skupina duševních onemocnění vznikala kvůli poruše funkce mozku, tyto nemoci označil jako psychózy.

Příchod středověku znamenal v chápání i léčbě duševních nemocí obrovský propad a stagnaci na několik století. I když ve starověkém Řecku začaly být duševní nemoci vnímány jako biologicky zapříčiněné, křesťanství se od tohoto chápání odvrátilo. Duševní nemoc byla chápána jako trest za hříchy aktuální, minulé, někdy i hříchy předků. Duševně nemocní byli odmítání, mučeni, vyháněni z měst a zabíjeni, někteří našli útočiště v klášterech a dalších útulcích, kde poté žili v ústraní celý zbytek života. Tyto kláštery a jiná zařízení položila první kameny institucionální péče o duševně nemocné i přes to, že v té době bylo jejich hlavním posláním ochránit zbytek společnosti před duševně nemocnými a byli z velké části pouze izolováni (Ocisková, Praško, 2015). Všichni autoři pojednávající o historii psychiatrie a celkově péče o duševně nemocné se shodují na tom, že středověk byl jednoznačně nejtemnějším obdobím pro duševně nemocné. Tehdejší společnost přijala nauku o tzv. démonománii, duševně nemocní byli pokládáni za posedlé ďáblem a stali se terčem inkvizitorů, byli prohlašováni za spolčené s ďáblem a byli mučeni a upalováni.

Pokrok přišel až v 16. století, kdy se proti tomuto názoru začali vyhrazovat někteří tehdejší lékaři a začali studovat nemoci duše jako biologicky zapříčiněné a ne jako posedlost

člověka démonem. O tento pokrok se mimo jiných zasloužil například Johannes Weyer. Tento pokrok bývá některými autory označován jako 1. revoluce v psychiatrii (jiní uvádějí, že se o ni zasloužil až Philippe Pinel). Weyer byl profesorem lékařské fakulty v Kolíně nad Rýnem a prohlásil, že psychické poruchy mají biologický základ a jsou léčitelné, což předznamenalo zvýšení snah o terapii duševně nemocných (Vencovský, 1996). V roce 1621 poté Robert Burton vydává knihu *Anatomie melancholie*, kde systematicky popisuje stav melancholie, jeho nejrůznější příčiny a důsledky pro jedince postiženého touto chorobou, předpokládá spojení duševních obtíží s tělesnou poruchou. Mezitím probíhaly snahy o institucionalizaci péče o duševně nemocné, byla zřizována humanitární zařízení, avšak stále nebyla pacientům poskytována adekvátní péče a podmínky v těchto zařízeních byly nedostačující. Běžné bylo kruté zacházení, nevyškolený personál nebo umisťování mužů a žen do stejných pokojů.

V 18. století začali tehdejší odborníci zkoumat neurózy z psychologického pohledu. Jednou z významných osobností tohoto období byl anglický profesor James Cullen, který v roce 1769 poprvé použil pojem neuróza. Duševní poruchy rozdělil do dvou skupin. První skupinu, tzv. *vesaniae* představovaly psychózy a závažné mentální poruchy, méně závažné stavy byly považovány za neurózy a nervové abnormity. Příčinu neuróz shledával v chybném zpracování informací pomocí nervových vláken v mozku. Díky jeho dělení se i dnes psychiatrie dělí na tzv. velkou zahrnující psychotické poruchy a malou, zahrnující neurotické poruchy (Ocisková, Praško, 2015).

Zřejmě nejvýznamnějším jménem tohoto století je ale Philippe Pinel. Ten v roce 1793 pronesl projev odmítající stav současné péče o duševně nemocné (zejména jejich fyzické omezování – jak bývá uváděno: „*sejmul jim okovy*“), velmi ostře kritizoval přístup k nim a zasadil se o výrazné zlepšení institucionální psychiatrické péče. Ve své koncepci vycházel ze své přímé praxe, během které pracoval s duševně nemocnými do. Podle něj by mělo být každé psychiatrické zařízení rozděleno na několik oddělení podle typu a závažnosti psychické poruchy, jíž pacient trpí. Konkrétně šlo o oddělení pro neklidné psychotické pacienty, oddělení pro klidné nemocné, senilní a rekonvalescenty a taktéž samostatné oddělení pro pacienty se současně se vyskytujícím závažným tělesným onemocněním. Psychiatrická klinika by podle něj měla o pacienty nejen pečovat a ošetřovat je, ale taktéž by měla mít výukové poslání. Jako zásadu práce s psychicky nemocnými bral vstřícný, ale nesmlouvavý přístup. Propracoval koncepci „terapie prací“, protože dle jeho názoru je obdělávání půdy člověku přirozené. Začaly probíhat i první snahy o farmakoterapii opiem, ale Pinel zdůraznil,

že některé psychotické stavy odezní spontánně, není třeba tedy všechny pacienty nutně medikovat. Už ve své době mluvil o tom, že u žen je výskyt mánie a melancholie častější než u mužů. Mimo jiné rozlišil i vnitřní a vnější faktory, které mají vliv na vznik duševní poruchy. Vnitřní příčiny zahrnují vrozené psychické dispozice. Vnější vlivy zahrnují velkou škálu faktorů jako je chudoba, neštěstí, zanedbaná výchova, nebo somatická onemocnění a úrazy. Prosazoval psychiatrii jako plnohodnotný lékařský obor, nikoliv jako záležitost charity. Každý dobrý systém lékařské péče by se měl věnovat i péči o duševně nemocné. Díky tomuto přínosu celému oboru i reformě péče je Pinel dodnes vzorem. V jeho díle následně pokračovali jeho dva žáci, Guillame Ferrus a Jean Etienne Dominique Esquirol (Vencovský, 1996). V některých zemích a institucích se však nadále udržovaly nepříjemné a pochybné terapeutické metody jako podávání vomitiv a laxativ, pouštění žilou, přikládání pijavic a šoková terapie (padací dveře, hlasité zvuky, hraní scén s cílem vyvolat silnou emoci).

Na přelomu 19. a 20. století vrcholí klasifikační tendence v psychiatrii a ta si tak získává mezi lékařskými obory větší vážnost. V roce 1822 Bayle vyčleňuje progresivní paralýzu jako diagnostickou jednotku. V roce 1989 Korsakov vyčleňuje jako samostatnou jednotku polyneuritickou psychózu z dlouhodobého užívání alkoholu, dnes známou jako Korsakova psychóza. Kraepelin v roce 1899 vyčlenil dvě nosologické jednotky – maniodepresivní psychózu a *dementia preacox* (v roce 1911 pro ni Eugen Bleuer použil název schizofrenie) – později vyčlenil paranoiu a parafrenii jako dvě samostatné jednotky. V tomto období taktéž začala vznikat první psychofarmaka zacílená na konkrétní problémy vyskytující se u duševně nemocných a tento přelom bývá označován za 2. revoluci. Prvním psychofarmakem bylo hypnotikum chloralhydrát, které spatřilo světlo světa v roce 1869. Terapie duševních nemocí začala pomalu opouštět nehumánní metody a začala se více přiklánět k terapii psychofarmaky, lůžkovému režimu a pracovní terapii.

Na konci 19. století přináší Sigmund Freud nový pohled na psychiku jedince a představuje svůj třísložkový model osobnosti, kterou dělí na id, ego a superego. Dále Freud také rozčlenil vývoj osobnosti jedince do několika vývojových stádií, které mají významný vliv na formování jeho dospělé psychiky. Hlavním činitelem u psychických onemocnění jsou podle něj nevědomé procesy a psychické obranné mechanismy, které jsou reakcí na konflikt pudové složky osobnosti – id s egem (jež představuje rozum) a superegem (které představuje morální normy). Jeho hlavním přínosem pro psychiatrii je ale změna přístupu k pacientům, kdy přinesl do psychiatrie poprvé rozhovor ve formě psychoanalýzy. Zdůrazňoval důležitost navázání

vztahu a získání důvěry mezi terapeutem a jeho pacientem. Cílem psychoanalýzy je zvědomení nevědomých motivací chování a vědomá integrace těchto motivací do mysli člověka s cílem toho, aby bylo pacientovi lépe a dokázal žít plnohodnotný život. Neurózy Freud rozčlenil na dvě skupiny. První, takzvané aktuální neurózy, zahrnují úzkostné neurózy a neurastenie. Druhé, psychoneurózy, zahrnují hysterii, obsedantní neurózu a fobickou neurózu.

První polovina 20. století zaznamenala také velký rozmach šokových metod – v roce 1927 Manfred Sakel začíná používat inzulinové šoky, V roce 1937 zavádí Cerletti a Bini elektrokonvulzivní terapii. O rok dříve, v roce 1936, přichází A. E. Moniz se zákrokem prefrontální lobotomie. Tyto metody sice vedly ke zlepšení průběhu onemocnění, nicméně měly často katastrofální vedlejší účinky. Jediná metoda, která je používána dodnes je elektrokonvulzivní terapie, která se dnes ale provádí v krátkodobé anestezii a je tak pro pacienta bezbolestná a často je účinná u onemocnění rezistentních na jiné metody léčby (rezistentní deprese, sebevražedné sklony, psychotické a katatonické stavy). Tragédii pro duševně nemocné pacienty znamenala 2. světová válka, kdy byl v roce 1933 v Německu vydán Zákon o prevenci hereditárních chorob. Na základě tohoto zákona byla provedena tzv. Akce T4, jejímž cílem bylo rasové očištění Německa a jeho území. V rámci této akce bylo sterilizováno více než 400 000 osob a 180 000 jich bylo zavražděno.

Období po 2. světové válce se každopádně vrátilo na cestu pokroku v metodách léčby v psychiatrii. K léčbě pacientů se začala používat nově vynalezená psychofarmaka. V roce 1952 byl objeven chlorpromazin, jedno z prvních antipsychotik. Díky němu se stav mnoha hospitalizovaných pacientů zlepšil natolik, že byli propuštěni do domácí péče. V roce 1958 R. Kühn objevil imipramin, 1. tricyklické antidepresivum indikované k léčbě deprese a panické poruchy. Objevení těchto nových psychofarmak znamenal 4. psychiatrickou revoluci. Kromě vývoje nových léčiv se rozvíjely i nové terapeutické přístupy jako kognitivně behaviorální terapie, interpersonální terapie, skupinová psychoterapie, komunitní péče, sociální a pracovní rehabilitace.

Psychiatrie a její pojetí odbornou i laickou veřejností se neustále vyvíjí a závisí na stupně rozvoje kultury dané společnosti. Psychické poruchy začaly být zkoumány medicínskými metodami, nicméně obraz psychicky nemocného se v očích veřejnosti i odborníků mění jen velmi pomalu (Ocisková, Praško, 2015).

# 2 Typologie stigmatu ve společnosti

Stigma je jev, který se vyskytuje ve společnostech od doby jejich vzniku a vyskytuje se napříč všemi kulturami. Definice tohoto pojmu, jako nosného pro celou práci, byla uvedena v úvodní kapitole. Tato kapitola pojednává o tom, jaké typy stigma lze ve společnosti zaznamenat a porovnává přístupy několika autorů zabývajících se touto problematikou.

## 2.1 Typologie dle E. Goffmana

Erving Goffman (2003) ve své knize *Stigma: Poznámky o způsobech zvládání narušené identity* mluví o třech typech stigma, se kterými se lze setkat. Prvním typem stigma je stigma tělesné (1). Jde o nejrůznější tělesné vady a znetvoření jedince, která ho odlišují od normální většiny. Patří sem podle něj například poruchy smyslového vnímání a tělesné deformace vrozené i získané. Tento typ stigma je ve společnosti poměrně rozšířený, zároveň se ale stigmatizovaní setkávají ve větší míře se soucitem jejich okolí, který ale někdy může zasahovat do jejich osobní svobody. Obyčejné věci, které tito lidé konají, jsou vnímány jako něco výjimečného a často je jim odepírána možnost být samostatný, protože jejich okolí jim chce pomoci, nicméně tato pomoc je často nevyžádaná.

Dalším typem stigmatu jsou takzvané vady charakteru (2). U nich dochází ke stigmatizaci určitých charakterových vlastností jedince, jako je slabá vůle, *„dominantní nebo nepřirozené vášně“*, nepoctivost a nečestnost nebo nesmlouvavost. V podstatě sem lze zařadit všechny vlastnosti, které jsou podle většinové společnosti nežádoucí. Tyto stigmatizované vlastnosti se projevují dalšími doprovodnými jevy. Tyto jevy zahrnují duševní onemocnění, pobyt ve vězení, propuknutí látkové závislosti, homosexualitu, nezaměstnanost, sebevražedné pokusy a jiné. Jedinec je často stigmatizován poté, co jeho okolí zaznamená některý z doprovodných jevů, který jim často slouží jako jediný důkaz o přítomnosti nežádoucí vady charakteru u jedince. V propojení s problematikou duševního onemocnění jde o významný faktor, proč nemocný člověk nevyhledává dlouhou dobu odbornou pomoc. Do té doby zůstává jeho onemocnění skryté okolí a jedinec si tak může zachovat své dosavadní společenské postavení.

Poslední skupinou je stigma kmenové (3). Sem lze zařadit všechny charakteristiky, které se dědí v rodové linii a zasahují celé rodiny a velké skupiny osob. Patří sem zejména rasa, národnost a náboženství, ale i nízký sociální status, který v době vydání jeho díla, v 60. letech 20. století, byl velkým determinantem životních příležitostí. Původní nízký socioekonomický

status se stával problémem, zejména pokud se jedinec dokázal významně pozvednout nad status, s nímž se narodil.

Mimo rozdělení na tyto tři typy stigma prezentuje autor ještě rozdělení na **primární a sekundární stigma**. Primární stigma označuje negativní reakce okolí na jedince, který je přímým nositelem stigmatizovaného znaku. Sekundární stigma se týká osob, které jsou blízké nositeli primárního stigmatu (Goffman, 2003). Sekundární stigma (také někdy označované jako asociované stigma či stigma z asociace) nejčastěji zasahuje rodinu stigmatizovaného (partner, děti, rodiče), která se následně se stigmatem musí vyrovnávat. Sekundární stigma je v problematice duševních poruch velkým tématem, protože ovlivňuje duševně nemocného a přístup jeho nejbližšího okolí k němu, které sehrává v léčbě duševní poruchy významnou roli. Může být významným faktorem pozdního vyhledání pomoci a významný vliv má i na léčbu a dlouhodobou prognózu zachování duševního zdraví (Ocisková, Praško, 2015).

## 2.2 Stigma dle úrovně

Mnoho autorů zabývajících se touto problematikou jako hlavní vzor ve zkoumání a kategorizaci jednotlivých druhů stigma vychází především z práce E. Goffmana. Další možností, jak dělit typy stigma, se kterými se lze setkat, je z pohledu úrovně, na které k němu dochází. Livingston a Boyd (2010) ve svém výzkumu mluví o třech úrovních stigmatu:

1. sociální stigma (veřejné),
2. strukturální stigma (institucionální),
3. internalizované stigma (sebestigma).

O sociálním stigma lze mluvit ve chvíli, kdy stigmatizace probíhá na úrovni velkých skupin, někdy i většiny dané společnosti. Většinová, takzvaně normální, skupina se vymezuje proti skupině osob, které spojuje určitý znak. Většinová skupina zaujímá vůči stigmatizované skupině stereotypy a jedná v její neprospěch. Strukturální stigma je stigma probíhající na úrovni určitých společenských institucí. Projevem stigmatizace ze strany institucí jsou nejrůznější pravidla, postupy a zásady v institucích, znevýhodňující určité skupiny osob. Nejčastěji se o strukturálním neboli institucionálním stigma mluví například v souvislosti se systémem pojištění, zdravotnictvím, školstvím nebo justicí. Osoby s duševním onemocněním toto stigma mohou vnímat nejčastěji ve zdravotnických institucích (Corrigan, Kerr et al., 2005a).

Stigmatizace ze strany společnosti a jednotlivých společenských institucí často vede u jedince k tvorbě přesvědčení o sobě samém na základě stereotypů a chování jeho okolí k němu. Některé stereotypy a přesvědčení mění vlastí obraz osobnosti, narušují jeho integritu. V takovém případě dochází k internalizaci stigmatu a vzniká sebestigma.

## 2.3 Oborová stigmatizace psychiatrie

I samotná psychiatrie jako obor se mezi profesionály i laickou veřejností setkává s velkou mírou stigmatizace. Tato stigmatizace vychází z jejího historického pojetí, kdy se začala, kvůli společenským poměrům, rozvíjet velmi opožděně. Mnohými není ani dnes vnímána jako „skutečný" medicínský obor a využívá podle nich šarlatánské metody a techniky. Existují ale i další faktory, které zapříčiňují, že psychiatrie nemá rovné postavení oproti jiným medicínským oborům. Dalším z faktorů je stigmatizace psychických onemocnění jako takových, která jsou často zlehčována a některými osobami nejsou vnímána jako skutečná onemocnění, ale pouze jako problémy vůle nebo sebeovládání.

Se samotnou psychiatrickou léčbou se taktéž pojí mnoho předsudků a mýtů, které jsou způsobeny nízkou informovaností veřejnosti i některých odborníků ohledně této problematiky. Diagnostika a volba správné léčby u psychických onemocnění je zdlouhavá, někdy nepřesná a u některých pacientů může trvat velmi dlouho ustanovení adekvátní léčby. Proto je vnímána jako neúčinná, s množstvím negativních vedlejších účinků, mnoho lidí vnímá psychofarmaka jen jako způsob, jak člověka utlumit natolik, aby se u něj neprojevovaly příznaky duševní poruchy. Elektrokonvulzivní terapie je většinovou společností stále vnímána tak, jak je zobrazována v populárních médiích, i když dnes probíhá zcela humánním způsobem a pro mnohé pacienty má velký terapeutický účinek. Psychoterapie je z forem léčby duševních nemocí vnímána nejlépe, setkává se s menší stigmatizací než jiné terapeutické metody (Ocisková, Praško, 2015).

Psychiatrie se dlouhodobě potýká s velkou podfinancovaností. Česká republika je jednou ze zemí, které na rozvoj psychiatrické péče dlouhodobě přispívají nejmenší částku ku HDP. K roku 2012 šlo o asi 0,26 %, což je ve srovnání s jinými zeměmi západní a severní Evropy, kde jde průměrně asi o 2 % HDP, velmi málo. Toto podfinancování vede k horší dostupnosti psychiatrické péče a také k materiálnímu a technickému zastarávání zařízení institucionální péče, což ještě snižuje prestiž oboru v očích veřejnosti. Finanční podhodnocení oboru

se projevuje i v částkách vyplácených pojišťovnami za výkony lékařů psychiatrů. Psychiatrie se mezi jinými medicínskými oboru vyznačuje zejména tím, že výsledky léčby se zde projevují pomaleji a léčebný proces postupuje výrazně pomalejším tempem. Lékaři jsou ale placeni za jednotlivé výkony. Proto někteří, ve snaze provést co nejvíce výkonů, redukují čas, který věnují jednotlivým pacientům. To výrazně ztěžuje navázání vztahu mezi lékařem a pacientem, omezuje čas pro psychoterapeutické intervence a tím se může výrazně snížit vyhlídka na úspěšnost léčby pacienta. Pod finančním tlakem se stává (nejen) v psychiatrických ambulancích hlavní prioritou kvantita, na úkor kvality poskytované péče (Raboch, Wenigová, 2012).

Změna pojetí tohoto oboru přichází, ale jen velmi pomalu. Teprve v roce 2013 byla vydána Strategie reformy psychiatrické péče v ČR. Do doby před rokem 2013 neexistovala žádná strategie. Tento jev je možné zařadit jako projev sekundární stigmatizace oboru, kdy pacienti patří k jedné z nejvíce stigmatizovaných skupin ve společnosti a stigma se tudíž přenáší i na obor, který má tuto problematiku řešit (Praško, online).

## 2.4 Jiné typy stigma

V odborné literatuře a článcích je možné se setkat ještě s dalšími typy stigma, se kterými se osoby s duševní poruchou za svůj život mohou setkat. National Alliance on Mental Illness (NAMI) definuje ještě další tři druhy stigma, které nebyly zmíněny výše.

**Vnímané stigma** (*perceived stigma*) podle NAMI označuje víru jedince, že by ho společnost jako celek nebo jeho okolí odsoudilo za určitou vlastnost nebo činnost, kterou vykonává. Ať je tento předpoklad založený na předešlých reálných reakcích okolí či nikoliv, jedinec může modifikovat své chování, aby se vyhnul negativní reakci od svého okolí.

*Label avoidance* (neboli **vyhýbání se nálepce**) je taktéž typickým jevem u osob trpících duševní poruchou. Osoba může sama pociťovat subjektivní příznaky duševního onemocnění, ale ze strachu z nálepkovací reakce okolí raději nevyhledá pomoc, aby nebyla označena za příslušníka stigmatizované skupiny. Label avoidance může být jedním z důvodů nevyhledání odborné pomoci v počátečních fázích poruchy (Swaim, online).

Posledním, velmi rozšířeným typem stigma je **stigma zdravotníkem**. U duševně nemocných pacientů se objevuje velmi často. Z velké části se odvíjí od názorů okolí

a vyučujících, se kterými se zdravotníci setkávají během svého života a studia. Při studiu medicíny se s psychiatrií setkávají zejména na akutních příjmech nemocnic, důraz při vyučování je kladen na tzv. velkou psychiatrii, zahrnující zejména psychotické poruchy. Menší pochopení poté u lékařů lze nalézt pro afektivní poruchy a poruchy osobnosti. Stigmatizace ze strany jednotlivých zdravotníků, v oboru duševního zdraví i vně, vede ke zhoršení péče a podceňování nebo přeceňování vlivu psychické poruchy na celkový zdravotní stav. Pokud stigmatizace probíhá ze strany psychiatra nebo psychoterapeuta, dochází k překážce ve formování terapeutického vztahu. Pokud terapie neúčinkuje jak si odborník představuje, může dojít k jeho rezignaci a minimalizaci snah pacientovi pomoci, což markantně ovlivňuje úspěšnost léčby. Jiné formy stigmatizace ze strany zdravotníka zahrnují i přebírání odpovědnosti za pacienta nebo negativní protipřenos emocí. S rizikem stigmatizace pacientů by se měli odborníci seznamovat už při jejich studijní přípravě na výkon své profese, aby mohli těmto negativním jevům předcházet a maximalizovat tak šance na úspěch terapie a pomoc pacientovi (Ocisková, Praško, 2015).

# 3 Teorie vzniku stigma duševně nemocného a jeho činitelé

Cílem této kapitoly je popsat teorie vzniku stigma duševně nemocného ve společnosti a popsat jeho příčiny a faktory. Nejprve čtenáře seznamuje s modely vzniku stigma duševně nemocného u různých autorů. Poté se věnuje dalším příčinám a faktorům, které se na jeho vzniku i udržování ve společnosti podílejí.

## 3.1 Teorie vzniku stigma v pojetí různých autorů

### 3.1.1 Erving Goffman

Jednu z teorií vzniku stigmatu ve svém díle prezentuje Erving Goffman (2003). Autor svá sociologická díla soustředil především na mezilidské interakce a jejich zkoumání (mikrosociologie), není tedy divu, že stigma a jeho problematiku pojímá z pohledu vzájemných interakcí mezi lidmi. Ve snaze o konceptualizaci problematiky uvádí jako základní faktor procesu stigmatizace ve společnosti proces kategorizace, který se odehrává při interakci člověka s jeho okolím. Kategorizace vnějšího světa je pro člověka nezbytná pro jeho pochopení, a také proto, aby mohl člověk na své okolí rychle reagovat bez zdlouhavých myšlenkových procesů. Do kategorií si zařazuje veškeré podněty, které k němu proudí z okolního světa. Po rozdělení do jednotlivých kategorií člověk přiděluje věcem a lidem v těchto kategoriích určité komplementární atributy, které označují vlastnosti a znaky, které jsou vlastní všem položkám v dané kategorii. Často ke kategorizaci a přidělení atributů dochází během 1. kontaktu a jde o zcela nevědomý proces. Zároveň s ním si člověk tvoří normativní očekávání a požadavky, které má vůči druhé osobě.

Lidský jedinec v interakci se svým okolím má dvě pomyslné identity. Jednu z nich Goffman nazývá jako tzv. virtuální sociální identitu, druhou poté jako skutečnou sociální identitu. Virtuální sociální identita zahrnuje soubor normativních očekávání a požadavků, které vůči jedinci mají ostatní, na základě jeho zařazení do určité kategorie. Proti virtuální identitě se však staví skutečná sociální identita jedince. Ta už představuje kategorie a atributy, které jsou osobě skutečně vlastní a do kterých jedinec spadá. Tyto atributy ale nemusí být v souladu s těmi očekávanými. Pokud jedinec nenaplňuje atributy, které se od něj očekávají, může dojít k procesu stigmatizace okolím.

Proces stigmatizace podle Goffmana nastává v momentě, kdy se z atributu jedince, který je vnímán jako negativní, stane jediný znak, který okolí vnímá a jsou tak upozaděny všechny jiné, pozitivní atributy jeho osobnosti. Tento hluboce diskreditující atribut se tedy stává stigmatem jedince. Goffman však upozorňuje, že jeden a ten samý atribut se nemusí vždy stát stigmatem, jde o vztah, jaký k němu zaujímá okolí. V rozdílných sociálních kontextech jsou atributy posuzovány odlišně. Goffman uvádí konkrétní aplikaci tohoto tvrzení v praxi. Návštěva veřejné knihovny je pro studenta střední školy věcí naprosto akceptovatelnou, normální. V případě, že knihovnu ale navštíví profesionální zloděj, bude takovou skutečnost před okolím tajit, protože by pro něj mohla být stigmatizující (Goffman, 2003, s. 11). Po vztažení k problematice duševního onemocnění může též ve vztahu k sociálnímu kontextu nastat následující situace. Stejná osoba může své osobní zkušenosti s duševním onemocněním použít jako výhodu v přijímacím řízení na pozici peer pracovníka pro práci s osobami s duševní poruchou, při hlášení se na jinou pozici tuto skutečnost ale spíše zatají, protože by se mohla stát stigmatem, které by ji znevýhodňovalo ve výběrovém řízení.

### 3.1.2 Thornicroftův model stigmatizace

Britský psychiatr Graham Thornicroft společně se svými kolegy v publikaci *New Oxford Textbook of Psychiatry* uvádí čtyřfázový proces, jakým je jedinec s duševní poruchou ve společnosti stigmatizován.

První etapou procesu je fáze labellingu, neboli značkování. Okolí duševně nemocného si začíná všímat odlišností, které duševně nemocný jedinec vykazuje v interakcích s jinými osobami. Čím závažnější jsou odchylky v chování jedince od chování „normální většiny“ nebo od subjektivních norem jeho okolí, tím spíše je tomuto jedinci přidělena nějaká nálepka.

Další fází je fáze stereotypie (stereotyping), která se projevuje, pokud je značkování spojeno s nějakým osobnostním znakem, nepřijatelným chováním nebo jednáním vůči okolí. Na základě výskytu těchto jevů u jedince s vůči němu ostatní začínají vytvářet stereotypní postoje.

Třetí fázi Thornicroft et al. označuje jako fázi separace. Odlišnosti v chování jedince způsobí, že normální většina začne duševně nemocného vyčleňovat. Vzniknou dvě pomyslné skupiny „my“ a „oni“.

Finální fází, která je důsledkem všech výše zmíněných, je fáze, kdy duševně nemocný jedinec ztrácí svou dosavadní společenskou pozici a je diskriminován.

Podle Thornicrofta je pojem stigma pojmem nadřazeným a obsahuje tři základní komponenty, jejichž spojení dává vzniknout tomuto jevu ve společnosti. Jde o:

1) Neznalost, nedostatek informací a z něj plynoucí ignoraci.
2) Negativní postoje společnosti a předsudky.
3) Odmítání a vyhýbavé chování, které ústí v diskriminaci (Thornicroft et al., 2009).

I přes to, že se v dnešní době nabízí mnoho informačních zdrojů o duševních onemocněních a životech pacientů, kteří jimi trpí, mnoho informací, které kolují ve většinové společnosti, je zkreslených. K nápravě tohoto problému by mohly přispět celonárodní kampaně osvěty ohledně duševního zdraví. Kampaně, které budou laické i odborné veřejnosti přinášet pravdivé informace o duševních onemocněních mohou sekundárně vést k odbourávání předsudků, které se ve společnosti objevují. Předsudky vůči osobám s duševní poruchou jsou často motivací k diskriminujícímu chování. To plyne zejména z předsudků o nebezpečnosti duševně nemocných. Tyto předsudky mohou vyvolat ve stigmatizujících reakce, které zahrnují projevy strachu, vzteku, odporu, zhnusení nebo se projevují jako vyhýbavé, distancující se chování, kdy „normální většina“ nechce s duševně nemocnými mít nic společného anebo je nepovažuje za sobě rovné (Ocisková, Praško, 2015).

Obrázek 1- Grafické znázornění procesu stigmatizace dle modelu Grahama Thornicrofta (https://narovinu.net/stigma/).

### 3.1.3 Stigmatizace dle Vágnerové

Vágnerová (2009) ve svém článku nabízí ještě jiný pohled na proces stigmatizace. Podle ní může tento proces nastat ze tří různých důvodů. Prvním důvodem, proč vzniká stigmatizující chování může podle ní být snaha společnosti omluvit probíhající sociální nespravedlnost, které

je svědkem. Lidé si například omlouvají krácení práv psychiatrických pacientů tím, že jsou nebezpeční a jejich izolace je oprávněná. Druhým případem může být situace, kdy jedinec zaujímá diskriminující postoje, protože sám není spokojen se svým životem, nebo se potýká s těžkostmi. Díky porovnávání svého života se životem duševně nemocných se některé osoby mohou cítit lépe a naplnit tak svoje základní psychické potřeby. Takové osoby mohou zaujímat stigmatizující postoje jako: „Možná se nemám dobře, ale alespoň jsem se ještě nezbláznil!“

Posledním důvodem může podle autorky být pouhá kategorizace a systém mentálních zkratek, které jsou člověku vlastní. Kategorizaci u duševně nemocných člověk používá, aby si usnadnil svou orientaci v prostředí, kde se pohybuje.

## 3.2 Činitelé vzniku a udržování stigma duševně nemocného

Tato podkapitola má za úkol čtenáře seznámit s nejvýznamnějšími faktory, které se podílí na vzniku a udržování stigma duševně nemocného ve společnosti. Velkou roli v dnešní digitalizované době hrají média a sociální sítě, které mohou působit na široké spektrum různých lidí a ovlivňovat tak jejich nahlížení na svět kolem nich. Nejde samozřejmě ale o jediné faktory, se kterými se lze setkat. Mimo jiné jde i o celospolečenský kontext s ohledem na historická a kulturní specifika, legislativní dokumenty nebo působení autorit a jejich názorů. Kapitola zmiňuje i antipsychiatrické hnutí, které představilo jiný pohled na duševní poruchy i na psychiatrii jako obor, a formovalo tak názor části společnosti.

### 3.2.1 Kulturní kontext

Pojetí duševních poruch společností se odvíjí od vyspělosti a obsahu kultury dané země. V Evropě docházelo během historie k proměnám vnímání duševně nemocných, od čehož se odvíjely i celkové postoje a chování vůči duševně nemocným v různých dobách. O vývoji pojetí duševní nemoci v evropské historii pojednává první kapitola této diplomové práce. Kulturu lze definovat jako *„souhrn životních forem, hodnotových představ a životních podmínek lidí žijících na určitém území“* (Jandourek, 2012, s. 136). Tato definice vymezuje kulturu v širším slova smyslu. V užším pojetí může kultura označovat její jednotlivé části, které jsou označovány jako vysoká kultura, pojem, který označuje například umění, vědu, vzdělání a další specifické prvky. Kultura je společným znakem nejen jednotlivých společností, ale specifické prvky se objevují i v jednotlivých společenských skupinách. Kultura značně ovlivňuje lidské vnímání okolního světa. Všechny vjemy, na které člověk reaguje, posuzuje

a interpretuje na základě naučených kulturních vzorců, které mu byly zprostředkovány v procesu výchovy a socializace.

I v dnešní době se lze setkat s velmi různorodým pojetím duševního onemocnění a duševně nemocných napříč jednotlivými kulturami. V některých kulturách je například duševní nemoc vnímána pozitivně, jako spirituální nadání, které člověku dovoluje komunikovat s nadpřirozenými duchy. Z jedinců s duševním onemocněním se následně stávají vysoce postavení jedinci, kteří mohu být pozitivně zvýhodňováni. S takovým přístupem se lze setkat v některých částech Japonska nebo v domorodých kulturách, kde duševně nemocní jedinci zastávají role vysoce postavených a obávaných šamanů.

Podle teorie sociálního konstruktivismu je odlišné vnímání napříč kulturami zapříčiněno tím, že svět okolo člověka není pouze hrubou realitou, ale z velké části je tvořen významy a interpretacemi, které lidi této realitě přiřazují. Lidé věci okolo sebe pojmenovávají jazykovými pojmy a uspořádávají si tak svět do určitého, pro ně srozumitelného, systému. Během socializace jsou jedinci vtiskovány určité kulturní vzorce, pomocí nichž jedinec interpretuje svět kolem sebe. Pokud se pak v životě setká s osobou s duševní poruchou, která je v jeho kultuře vnímána jako nežádoucí a vybočující z normálu, bude ji interpretovat negativně a bude mít sklon ke stereotypizaci a předsudkům vůči nemocné osobě. V každé kultuře se podle této teorie tvoří takzvané instituce. Ty zahrnují obvyklé způsoby chování, které se vyskytují u většiny jedinců dané kultury. Jakékoliv chování v rozporu s těmito institucemi může být vnímáno jako morální selhání jedince, nevědomost nebo projev duševní nemoci (Janská, 2008).

### 3.2.2 Antipsychiatrické hnutí

Antipsychiatrické hnutí vzniklo v 60. letech 20. století, v reakci na prudký rozvoj léčby psychických onemocnění a zejména poté farmakoterapie jako jedné z metod léčby. Jak lze usuzovat z názvu tohoto hnutí, stavělo se proti tehdejšímu pojetí psychiatrie. V 60. letech v psychiatrii stále přetrvával zejména biomedicínský model, který nejlepší řešení duševních poruch viděl v léčbě psychofarmaky, která podle tehdejší optiky mohla vyřešit většinu problémů spojených s psychickým onemocněním. Základy antipsychiatrického hnutí položil profesor psychiatrie Thomas Szasz, který je považován za hlavního ideologa celé antipsychiatrie, nicméně se k tomuto hnutí přikláněla celá řada tehdejších psychiatrických

špiček napříč celým oborem, ale i mimo něj. Za zastánce tohoto směru bývá považován mimo jiné i M. Foucault nebo E. Goffman.

Szasz ve své knize *The Myth of Mental Illness* z roku 1960 představuje myšlenku, že psychická onemocnění nejsou pravé nemoci, nýbrž jde o přirozenou reakci jedince na psychosociální stres, se kterým se potýká. Společnost má sklon označovat za duševní nemoc jakékoliv nežádoucí chování, které se v ní vyskytne a psychiatrie funguje jako jeden z nástrojů sociální kontroly a represe tohoto nežádoucího chování. Své myšlenky v díle ale dále rozvádí a říká, že duševní zdraví je tak složitá věc, že ji pouze z biomedicínského modelu zkoumat nelze a je třeba vzít v potaz i úlohu sociálního prostředí a dalších vnějších faktorů, které se na duševním stavu jedince podepisují. Szasz se stavěl na odpor institucionální léčbě „duševně nemocných", protože postihovala pouze biomedicínské příčiny duševní nepohody, ale nepracovala již s ostatními, často důležitějšími faktory. Foucault se vymezoval proti stigmatizaci duševně nemocných, jejich nálepkování nebo rozdělování lidí na „normální a blázny". Také se stavěl proti nedobrovolným hospitalizacím psychotických pacientů. Schizofrenie je podle něj jednou z reakcí na stresovou situaci a narušené vnímání, které během ní nastává může být pro jedince obohacující a může mu pomoci v jeho osobnostním růstu.

Ve své podstatě antipsychiatrické hnutí v jeho původní podobě usilovalo o upuštění od čistě biomedicínského modelu duševní nemoci, podporovalo deinstitucionalizaci psychiatrické péče, bojovalo proti stigmatizaci psychiatrických pacientů. Bohužel dnes bývají jeho misinterpretace využívány různými skupinami lidí ke stigmatizaci některých jedinců, u kterých se duševní porucha objeví. Asi nejčastěji se tak projevuje v názorech, že duševní nemoc není skutečná nebo jsou zkomolené myšlenky tohoto hnutí považovány za argument odporu vůči farmakologické léčbě, která mnohým pacientům pomáhá překonat akutní fáze jejich onemocnění a dovoluje jim nadále fungovat ve svém osobním i pracovním životě (Přikryl, 2010).

Nutno podotknout, že i v ČR působí tzv. Občanská komise za lidská práva, odnož scientologické církve, která zakládá svou činnost na extrémním odmítání psychiatrie a jejích postupů, cíleně vyhledává skandály v tomto oboru a šíří dezinformace a neúplné informace o psychiatrii a jejích postupech, čímž poškozuje celý tento obor. Mimo jiné mohou poškozovat i samotné pacienty. Jako podklad pro své názory používají myšlenky Szasze a původního antipsychiatrického hnutí. Szasze označují za spoluzakladatele Občanské komise za lidská práva, ale jediné, co mají ve skutečnosti společného je pouze fakt, že se stavěli proti psychiatrii.

### 3.2.3 Média a společenské autority

Masová média jsou pro širokou veřejnost hlavním a někdy i jediným zdrojem informací o psychických poruchách, které veřejnost využívá k jejich získávání. První výzkum zaměřující se na problematiku formování obrazu duševně nemocného v médiích provedl v roce 1961 Nunnally, který již v té době zjistil, že jsou duševní onemocnění popisovány v médiích spíše negativně. V reakci na jeho výzkum byly další výzkumy realizovány po celém světě.

Zobrazování duševních poruch ve spojitosti s tématikou nebezpečnosti a agrese je typickým jevem snad ve všech západních médiích. Přitom tato prezentace má na duševně nemocné a jejich kvalitu života často přímý negativní vliv. Média ovlivňují prezentací zpráv o duševně nemocných veřejné mínění a mohou tak umocňovat stereotypy předsudky a stigma ve společnosti (Ocisková, Praško, 2015).

Corrigan (2005b) publikoval data získaná z výzkumu, který probíhal v USA v roce 2002. Celkem analyzoval 3353 článků v médiích s cílem zjistit, jak prezentují duševní nemoc a duševně nemocné. Došel k závěru, že až 39 % článků mluví o duševních poruchách ve spojitosti s pojmy agrese nebo násilí. Tyto zprávy zaujímaly často titulní strany tištěných médií a častěji se u těchto článků objevovaly fotografie nebo větší počet slov než u článků věnujících se jiným tématům. Problémem bylo taktéž využívání nevhodné a stigmatizující terminologie ve vztahu k osobám trpícím duševní poruchou. Corrigan ale shledává za pozitivní, že ve 2 % článků autoři došli k závěru, že jednání nebylo způsobeno poruchou samotnou, ale jedinec měl nad svým chováním kontrolu. Až 14 % analyzovaných článků poté mluvilo o možnostech léčby a pomoci a ve 20 % článků se vyskytla kritika dostupnosti adekvátní psychologické a psychiatrické péče v USA.

Jiný výzkum realizoval Graham Thornicroft ve Velké Británii. Ve své studii porovnával postoje médií ve článcích, které se týkaly témat somatického zdraví, s tématy souvisejícími s duševním zdravím. Ve srovnání se články o zdraví obecně bylo 64 % článků o duševních poruchách laděno spíše negativně. Zároveň, pokud došlo k nějakému negativnímu jevu, u článků o somatických problémech byl podlé médií na vině většinou lékař. U článků o osobách s duševní poruchou byl častěji na vině za vzniklou situaci podle autora článku pacient (Thornicroft, 2011).

Nawková a kol. (2012) provedli poměrně rozsáhlou komparativní studii článků v mezinárodních médiích. Zkoumali články z České republiky, Slovenska a Chorvatska, které

vyšly v rozsahu pěti týdnů v různých médiích v daných zemích. V pětitýdenním časovém úseku vyšlo v České republice celkem 203 článků, které se týkaly duševního zdraví. Negativní postoje byly nalezeny ve 37 % z celkového počtu. Pozitivní je, že ze všech třech zemí, v ČR bylo percentuálně zastoupení článků vyjadřujících negativní postoje nejmenší (ne však o moc, na Slovensku bylo negativně laděných 38 % článků, v Chorvatsku 40 %). Nawková a kol. dodává, že více médií prezentuje lidi s duševním onemocněním častěji jako pachatele než jako oběti trestné činnosti. Pravda je ale taková, že osoby s duševní poruchou mají mnohem vyšší šanci se stát obětí trestného činu než jejím pachatelem (Hubner, 2022; Thornicroft, 2020; Koubová, 2015).

S médii je úzce spojen i další činitel, který se podílí na stigmatizaci osob s duševní poruchou. Jde o názory a projevy autorit, především pak těch politických. Média sama o sobě mají signifikantní vliv na veřejné mínění a tento vliv ještě sílí, pokud jsou názory médii prezentované přednášeny osobami, které mají politickou nebo jinou moc. Typicky se výroky politiků týkající se problematiky duševního zdraví nejvíce objevují ve chvílích, kdy se na území ČR stane trestný čin, který šokuje společnost a je médii připisován, bez dostatečných podkladů nebo ověřených zpráv, osobě s duševní poruchou. Jedním z těchto případů je tragédie ze Žďáru nad Sázavou, která s udála v roce 2014, když žena, léčená v psychiatrické léčebně a následně propuštěná, zabila šestnáctiletého mladíka. Média začala šířit informace o nebezpečnosti lidí s duševním onemocněním a k tomu se přidali i někteří politici. Namísto zamyšlení se nad navýšením rozpočtu pro psychiatrickou péči a tím, jak kvalitně provést reformu psychiatrické péče se začalo uvažovat o represivních opatřeních vůči osobám s duševní poruchou. K těmto názorům se připojily poměrně významné autority – tehdejší ministryně spravedlnosti Helena Válková nebo policejní prezident. Druhým příkladem je poté masová vražda v Uherském Brodě, která se odehrála na počátku roku 2015. Média automaticky psala, že pachatel zřejmě trpěl duševní poruchou. Zcela bezdůvodně také zmiňovala, že partnerka pachatele „zřejmě trpí schizofrenií“, přitom se samotným spácháním neměla žena nic společného (Duchoňová, 2015). Tehdejší prezident Miloš Zeman se k těmto činům vyjádřil v médiích následovně: „*Pokud jde o poslední masovou vraždu v Uherském Brodě, já u toho nebyl. Ale říkal jsem si dvě věci. Za prvé, někdy jsme příliš benevolentní k bláznům. Pouštíme je z psychiatrické léčebny zbytečně brzy, a pak je Žďár nad Sázavou, nebo je do psychiatrické léčebny neposíláme, a pak je to Uherský Brod,*“ (Koubová, 2015, online). Podobné výroky v médiích, které pronáší

osoby, které mají velkou společenskou autoritu, přispívají ke stigmatizaci duševních poruch, osob s duševní poruchou i samotného oboru psychiatrie.

V souvislosti s médii a jejich prezentací duševních poruch, zejména pak činů sebevraždy, se mluví o jevu, který se nazývá *Wertherův efekt*, podle Goetheho knihy Utrpení mladého Werthera, po jejímž vydání se tento efekt poprvé objevil. Tento jev se může objevit, pokud média zveřejní zprávu o sebevraždě skutečné osoby, zejména poté celebrity. Intenzivní mediální přísun informací o sebevraždě může predisponované jedince motivovat ke spáchání sebevraždy. V souvislosti s tímto zobrazováním se poté může objevovat, v určitém časovém rozmezí od vydání zprávy, zvýšený výskyt sebevražd. Média by tedy měla dbát na co nejcitlivější zpracování takových zpráv, pokud se v médiích musí objevit (NÚDZ, 2019). Tématu doporučených postupů, jak v médiích mluvit o duševním zdraví, sebevraždách a dalších jevech se věnuje samostatná část textu v páté kapitole této diplomové práce.

# 4 Stigmatizace a její důsledky u jednotlivých skupin psychických poruch

Tato práce využívá rozdělení psychických poruch do skupin podle Ociskové a Praška (2015). Jejich klasifikace vychází z Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10, nicméně byla upravena a jednotlivé psychické poruchy byly seskupeny do několika skupin. V následující kapitole je možno se seznámit se zestručněnou symptomatologií jednotlivých skupin duševních poruch a také s tím, jak se u těchto skupin projevuje stigmatizace, jaké má dopady pro jedince i jeho okolí a jaký má vliv na vyhledání odborné péče osobou trpící duševní poruchou.

## 4.1 Klasifikace duševních poruch

V této práci je také nutné zmínit, že od února 2024 je dostupná česká verze 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11 nebo také ICD-11), která je nyní ve fázi veřejného připomínkování. Nový klasifikační manuál dělí duševní poruchy do více kategorií než jeho předchůdce. V MKN-10 bylo možné nalézt celkem 11 skupin duševních poruch, nový manuál jich rozlišuje ale celkem 21. K dalším markantním změnám patří přidání separační úzkostné poruchy a selektivního mutismu do skupiny úzkostných poruch, smazání rozdílu mezi úzkostnou a panickou poruchou osobnosti a nová klasifikace poruch osobnosti – místo jednotlivých pojmenování lze v MKN-11 nalézt charakteristiku 5 hlavních znaků poruch osobnosti jako jsou negativní afektivita, emocionální a vztahová odtažitost, disocialita, dezinhibice emocí a chování a anankasmus (obsesivní a nutkavé myšlení i chování). Do klasifikace duševních poruch bylo také zařazeno škodlivé užívání alkoholu, které slouží pro diagnostiku stavů, kdy alkohol poškozuje zdraví jedince, ale nelze ho klasifikovat jako závislost. V neposlední řadě se v novém manuálu demence přesunula z kategorie psychických poruch do kategorie poruch neurologických, některé projevy demence lze však stále klasifikovat i do kategorie psychických poruch (Seemüller, online). Následující tabulka ilustruje jednotlivé kategorie, které nabízí MKN-10 a MKN-11.

Tabulka 1 - Porovnání klasifikace duševních poruch dle MKN-10 a MKN-11 (WHO, online).

| MKN-10 | MKN-11 |
|---|---|
| • F00–F09 organické duševní poruchy včetně symptomatických<br>• F10–F19 duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek<br>• F20–F29 schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy<br>• F30–F39 poruchy nálady<br>• F40–F49 neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem, somatoformní poruchy<br>• F50–F59 behaviorální symptomy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory<br>• F60–F69 poruchy osobnosti a poruchy chování u dospělých<br>• F70–F79 mentální retardace<br>• F80–F89 poruchy psychického vývoje<br>• F90–F98 poruchy chování a poruchy emocí v dětském věku<br>• F99 nespecifická duševní porucha | • neurovývojové poruchy<br>• schizofrenie a jiné primární psychotické poruchy<br>• katatonie<br>• poruchy nálady<br>• úzkostné poruchy a poruchy související se strachem<br>• obsedantně-kompulzivní poruchy a příbuzné poruchy<br>• poruchy specificky spojené se stresem<br>• disociativní poruchy<br>• poruchy příjmu potravy a stravovacího chování<br>• poruchy vylučování<br>• poruchy tělesné úzkosti a tělesných prožitků<br>• poruchy způsobené užíváním návykových látek nebo návykovým chováním<br>• poruchy kontroly impulzů<br>• rušivé chování nebo disociální poruchy<br>• poruchy osobnosti a související rysy<br>• parafilní porucha<br>• faktitivní porucha<br>• neurokognitivní poruchy<br>• psychické poruchy a poruchy chování spojené s těhotenstvím, porodem nebo šestinedělím<br>• psychologické faktory nebo faktory chování ovlivňující poruchy nebo onemocněné zařazené jinde<br>• sekundární psychické nebo behaviorální syndromy spojené s poruchou nebo onemocněním zařazeným jinde |

## 4.2 Stigmatizace jednotlivých skupin duševních poruch

### 4.2.1 Psychotické poruchy

Psychotické poruchy, nazývané též psychózy, kam lze zahrnout schizofrenii a podobné poruchy, jsou bezpochyby jednou z nejvíce stigmatizovaných skupin psychických poruch, se kterou se lze setkat. Horáček (2003) definuje psychózu jako závažný psychický syndrom, kdy pacient ztrácí kontakt s realitou. U pacientů se objevují psychotické příznaky jako poruchy vnímání a formální i obsahové poruchy myšlení. Osoby zažívající psychotické poruchy často

trpí iluzemi, bludnými představami a dezorganizovanými myšlenkami. Psychóza se objevuje buď jako součást některých primárních psychických poruch jako je schizofrenie, schizoafektivní poruchy a poruchy s bludy, nebo se objevuje jako sekundární syndrom v důsledku užití návykových látek (toxická psychóza), odvykacích stavů nebo jiných somatických i psychických onemocnění. Přesná etiologie psychóz není zcela objasněna, odborníci se ale shodují, že jde o kombinaci vrozených predispozic CNS a poruchy neurotransmiterových systémů s podílem vlivu prostředí, ve kterém jedinec žije.

U psychotických poruch lze odlišit tři subtypy – paranoidní, dezorganizovaně-excitovaný a depresivní typ. U všech subtypů se mohou vyskytnout poruchy vnímání, motorické poruchy (strnulý postoj, viditelná tenze, úšklebky a grimasy a další) a různé typy halucinací, které mohou být sluchové, zrakové, taktilní, čichové i chuťové (Ocisková, Praško, 2015). Halucinace u psychotických poruch jsou pro pacienty velmi skutečné a typická je u nich absence náhledu, kdy si neuvědomují, že daný hlas slyší jen oni, nebo že vidí to, co ostatní ne. Halucinace a bludy zastupují skupinu tzv. pozitivních příznaků. Motorické poruchy spolu se znatelným oploštění emocí a prožívání se řadí mezi negativní psychotické příznaky.

Pro zdravou populaci se projevy psychóz často jeví jako cizí a bizarní, prožívání osob trpících psychózou je pro ně nepochopitelné. U akutních fází některých psychotických onemocnění se navíc může u nemocného vyskytnout chování, které může ohrožovat jeho nebo jeho okolí a někdy je nutná nedobrovolná hospitalizace na lůžkovém oddělení psychiatrie. Tyto skutečnosti, v kombinaci se zažitými mýty ve společnosti tvoří negativní obraz psychóz, který vede ke stigmatizaci osob touto poruchou trpící. Asi nejvíce mýtů se pojí se schizofrenií, která je mezi laickou veřejností nejvíce známá, ale velmi povrchně. Prvním mýtem, který se s tímto onemocněním pojí je to, že jedinci se schizofrenií mají rozštěpenou osobnost. Název „schizofrenie“ pochází z řeckých slov *schizo* a *phren*, které nesou význam rozštěpit a mysl. Název má odkazovat na rozštěpení myšlení jedince, nikoliv jeho osobnosti, ale i přes to je nemoc často pojímána právě takto.

Rozšířené je i přesvědčení, že psychózy jsou neléčitelná onemocnění, které mají chronický průběh. U většiny osob jde ale přitom o onemocnění epizodická s různorodým nástupem i průběhem, která se v dnešní době dají léčit širokou škálou dostupných antipsychotik. Asi třetinu pacientů s psychotickým onemocněním se podaří úspěšně zaléčit, další třetina trpí občasnými epizodami, které souvisí se stresovými faktory v jejich životě (vztahy s okolím, tragické události, fyzické onemocnění, zvýšení školní nebo pracovní zátěže).

Jen jedna třetina osob má průběh onemocnění chronický, kdy musí antipsychotika užívat dlouhodobě, jinak u nich dochází k atakám psychického onemocnění. Kromě psychofarmak je pro osoby trpící psychózami dostupná psychoterapeutická léčba, která pomáhá pacientům se naučit techniky zvládání stresu, který by mohl být spouštěčem psychotických epizod, pomáhá jim pracovat s pozitivními i negativními příznaky jejich onemocnění a pracuje i s rodinou pacienta, která je v procesu léčby a resocializace pacienta nezbytná. Narušení procesů myšlení a komunikace s okolím u pacientů také budí u veřejnosti přesvědčení, že schizofrenií trpí lidé s nízkým intelektem nebo že ho nabývají po prodělání nemoci. Jedním z nejvíce stigmatizujících předsudků, které se ve společnosti i přes osvětové kampaně stále drží, je představa o nebezpečnosti a nevypočitatelnosti pacientů s psychotickým onemocněním. Tato představa vychází z toho, že u některých pacientů se v akutní psychóze může rozvinout agresivní jednání vůči jeho okolí (Doubek a kol., 2008c). Tento obraz je dále ještě dotvářen obrazem psychicky nemocných osob v médiích, který výrazně ovlivňuje veřejné mínění. Zejména schizofrenie se nezřídka objevuje ve zpravodajských i zábavných televizních relacích v konotaci s násilnou trestnou činností. V případě zpravodajství se často jedná o pokus o senzaci nebo nepodložené teorie. V kriminálních seriálech, filmech a dalších zábavných pořadech jde o pokus o ozvláštnění obsahu. Aniž by šlo o přímý záměr, dochází k ovlivňování sledujících, kteří následně mohou nabírat přesvědčení, že se tak musí chovat všichni pacienti trpící psychózou. Některé rysy zobrazované v zábavných pořadech často navíc nekorespondují s realitou konkrétního psychického onemocnění.

Stigmatizaci mohou osoby s psychotickou poruchou pociťovat po celou dobu průběhu jejich onemocnění a stigmatizace ze strany jejich okolí i jich samých je velmi významným faktorem vývoje a prognózy onemocnění. Stigma, které psychotický pacient vnímá, může působit samo o sobě jako stresor, který může způsobit přechod pacienta do stavu psychózy. Předsudky okolí, které si jedinec následně internalizuje se pojí i s vyhledáváním pomoci. Přijmout diagnostickou nálepku některé z psychotických poruch může být pro některé lidi náročnější než samotný průběh onemocnění. Vyhledání odborné pomoci je často odkládáno, což může zapříčinit rozvoj závažnějších psychotických symptomů, kterým by se, při včasném vyhledání pomoci, dalo předejít. Stigmatizaci podléhá i samotná léčba psychofarmaky, která je v dnešní době velmi účinná. Mezi nejčastější předsudky o takové léčbě je to, že léky člověka jen otupí, stane se na nich závislým a budou mít nevratné následky pro mozek i tělo jedince. Důsledkem těchto předsudků je zejména špatná spolupráce pacientů při léčbě

psychofarmaky, která, v některých případech, nejsou podávány lékovou, ale depotní formou. Pacienti trpící psychotickými poruchami se při kontaktu s psychiatry paradoxně setkávají se stigmatizací z jejich strany méně, než pacienti např. s afektivní poruchou. Psychotické poruchy a jejich léčba totiž spadají do tzv. velké psychiatrie, která je na lékařských fakultách dominantní součástí výuky. Pacienti jsou tedy ve většině případů lékaři dobře přijímáni. Rozhodně se jim ale nevyhýbá stigmatizace ze strany jiných odborníků i praktických lékařů, kdy mohou být některé problémy přisuzovány jejich duševnímu onemocnění.

Předsudky okolí jsou jedincem internalizovány a dochází tak k sebestigmatizaci. Jejím důsledkem je nejčastěji ztráta sebedůvěry a sebevědomí, izolace od okolí, přesvědčení o oslabení vlastní autonomie a odpovědnosti. Tyto faktory mohou následně vyústit v upadnutí do deprese až v suicidální jednání. Míra sebestigmatizace vychází nejen z osobnosti pacienta a jeho předešlých názorů a zkušeností, ale i z jeho rodinného zázemí. Rodina hraje v průběhu i léčbě onemocnění klíčovou roli, protože právě v tomto prostředí tráví osoby s psychotickými poruchami při své léčbě nejvíce času. Rodina a názory rodiny na psychická onemocnění jsou významným faktorem přijetí duševní poruchy nemocným jedincem. Rodina má také vliv na vyhledání léčby. Nezřídka se mezi členy rodiny objevuje strach ze stigmatizace celé rodiny, obviňování a sebeobviňování ohledně příčin duševní poruchy. Často se stává, že rodina zaujme k osobě s psychotickým onemocněním odmítavý, kritický, přehnaně ochranitelský nebo jinak stigmatizující postoj, který se poté značně promítá do chování jednotlivých členů rodiny k osobě s duševní poruchou (Ocisková, Praško, 2015).

Praško a kol. (2003) dávají do souvislosti reakci rodiny na nemocného s mírou vyjadřování emocí v rodině. Koncept míry vyjadřovaných emocí představil v 50. letech 20. stol. britský sociolog nemoci a zdraví George Brown. V 50. letech se na poli léčby psychiatrických onemocnění objevilo 1. antipsychotikum chlorpromazin. Jeho objev znamenal to, že psychotičtí pacienti přestali potřebovat ústavní péči a byli propuštěni do domácí péče. Velká část se ale později do psychiatrických nemocnic vrátila, protože po propuštění domů zažili relaps příznaků onemocnění. Brown chtěl zjistit, proč tomu tak je a svou studií s celkem 229 muži, z nichž bylo 156 schizofreniků, dospěl k závěru, že riziko relapsu duševní choroby má souvislost s mírou a způsobem vyjadřování emocí v prostředí, kam byli pacienti propuštěni.

K zajímavým poznatkům jeho studie patřilo to, že vyšší riziko relapsu měli propuštění žijící v domácnosti se svou manželkou/partnerkou anebo se svými rodiči. Oproti tomu pacienti žijící se svými sourozenci nebo jinými příbuznými se s tak častými relapsy nepotýkali. Brown

stanovil pět oblastí, podle nichž se posuzuje míra vyjadřovaných emocí v rodině pacientů. Zaprvé jde o kritické komentáře a jejich míru a obsah. U pacientů, kteří museli kvůli relapsu příznaků nemoci být hospitalizováni, od jejich pečovatelů často zaznívaly negativní komentáře o tom, že jsou pacienti doma líní, nic nedělají, nenaplňují základní očekávání jejich okolí. U drtivé většiny pacientů ve zkoumaném vzorku šlo ale o projevy jejich onemocnění, což jejich pečovatelé už ale nezvládali rozlišit. Druhým sledovaným bodem byla míra hostility nejbližších pečovatelů vůči pacientovi, kdy Brown zaznamenával negativní postoje a prohlášení, která měli pečovatelé o pacientovi. Dalším znakem vysoké úrovně vyjadřovaných emocí je přílišná emocionální angažovanost jeho pečovatelů. Ta je typická u rodičů, kteří jsou náchylní k tomu, aby cítili vinu za nemoc svého dítěte. Přílišná emocionální angažovanost vede k přepečovávání, což má ale často za následek závislost pacienta na pečovateli, snížení soběstačnosti a sebevědomí a také vyčerpání pečovatelů. Pečovatelé mají tendence pacienta přílišně ochraňovat před vnějším světem, čímž je prohlubována sociální izolace. Čtvrtým pozorovaným okruhem byla, naopak k druhé položce Brownova zkoumání, míra pozitivních komentářů, které značily empatii, pochopení, vnímavost a nevtíravý zájem o nemocného. Posledním bodem konceptu vyjadřovaných emocí je míra vřelosti ve vztahu nemocného a osob o něj pečujících. Vřelost v Brownově pojetí lze vnímat jako míru toho, jak moc rodina nemocného přijímá takového, jaký skutečně je, i s ohledem na jeho diagnózu.

Zmíněné body lze při práci s rodinou pacienta zjišťovat různými technikami, které rodinný terapeut (či jiný kompetentní odborník) využívá dle svého úsudku o vhodnosti použití dané techniky. Míru vyjadřovaných emocí v rodině zjišťuje například *Cambewell Family Interview (CFI), Family emotional involvement and criticism scale*, což jsou časově náročnější rozhovory s rodinami pacientů, které pokrývají všechny dané oblasti Brownova konceptu. Často je využívána také technika *Five-minute speech sample*, kdy dostanou osoby pečující o nemocného za úkol si připravit pětiminutový proslov, kde budou mluvit o nemocném. Terapeut do proslovu nezasahuje, ale zaznamenává si data, která vypovídají o jednotlivých sledovaných bodech. Tato metoda je náročnější na vyhodnocení a nemusí přinést tak přesné výsledky jako metody komplexnější, je ale významně časově úspornější, protože je možné ji provést během cca 30 minut (Amaresha, Venkatasubramanian, online).

Rodiny s nižší úrovní vyjádřených emocí podle jeho výzkumů tedy poskytují stabilnější prostředí pro pacienty s psychickou poruchou, tudíž nedochází tak často k atakám jejich

onemocnění. Následující tabulka pro srovnání uvádí negativa vysoké míry vyjadřovaných emocí a pozitiva nižší míry vyjadřovaných emocí.

Tabulka 2 - Projevy vysoké a nízké míry vyjadřovaných emocí (Praško, 2003 dle Ocisková, Praško, 2015)

| Vysoká míra vyjadřovaných emocí | Nízká míra vyjadřovaných emocí |
|---|---|
| • Nestálé postoje pečovatelů vůči pacientovi, střídání přijímání a odmítání.<br>• Přílišná zainteresovanost, snaha pacienta kontrolovat a ochraňovat.<br>• Znevažování významu duševní poruchy v životě člověka, pečovatel ho bere jako simulanta.<br>• Nedostatek tolerance, trpělivosti a přítomnost frustrace v souvislosti s chováním pacienta. | • Pečovatel se chová stejně, předvídatelně, nemění své postoje v krátkém časovém horizontu.<br>• Pečovatel projevuje zdravý zájem a starost, ale současně umožňuje pacientovi co největší autonomii.<br>• Uznání psychického onemocnění jako skutečného.<br>• Tolerance, trpělivý přístup, praktický přístup a reálné nároky na pacienta. |

Koncept expressed emotions je využitelný samozřejmě na všechny skupiny psychických poruch a netýká se specificky jen poruch psychotických, i když v souvislosti s nimi začal být zkoumán. Tyto faktory ovlivňují i pacienty, kteří trpí jiným typem duševního onemocnění. Vztah s rodinou a okolím má zásadní vliv nejen na vyhledání léčby, ale i na její průběh a prognózu psychické poruchy vůbec. Proto jsou čím dál častěji uplatňovány přístupy celostní práce s rodinou a ne pouze se samotným pacientem. Více o práci s rodinou a psychoedukaci rodin osob s duševní poruchou pojednává pátá kapitola této práce.

### 4.2.2 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy, česky poruchy nálady, jsou skupinou psychických poruch, které ovlivňují nálady a psychomotorickou aktivitu jedince. K afektivním poruchám lze zařadit depresivní stavy, které jsou v některých případech spojeny se současným výskytem úzkosti. U bipolární afektivní poruchy se objevují i výkyvy nálad na druhou stranu spektra, až do euforických stavů, kdy pacienti mohou dělat velikášské činy a sebevědomá rozhodnutí, která je mohou ohrozit po finanční i zdravotní stránce. Mezi nejznámější zástupce této skupiny patří již zmíněná bipolární afektivní porucha, dříve nazývaná také maniodepresivní porucha. Od tohoto názvu bylo ale v odborné literatuře opuštěno, protože může být zdrojem stigmatizace pacientů, protože je spojen s hanlivým označením „maniak“. Dále do této skupiny lze zařadit periodickou depresivní poruchu, depresivní fázi, cyklotymii (nestabilita nálady, která nesplňuje

diagnostická kritéria pro bipolární afektivní poruchu), dystymii (chronicky zhoršená nálada nedosahující takové závažnosti, aby mohla být klasifikována jako depresivní fáze či porucha) a další afektivní poruchy diagnosticky nespadající do těchto jmenovaných (WHO, online).

Stejně jako u ostatních skupin duševních poruch, většina autorů předpokládá i u poruch nálady vznik díky interakci vrozených predispozic a působení psychosociálních faktorů, se kterými se jedinec setkává během svého života. Poruchy nálady se vyskytují až dvakrát častěji u žen než u mužů. Asi každý člověk se ve svém životě setká s depresivním obdobím, které je často reakcí na stresující situace a změny v jeho životě. Depresi lze označit za poruchu, pokud má natolik vážné projevy a chronicitu, že dochází k narušení fungování jedince v jeho životě. Typickým příznakem je anhedonie, neboli neschopnost jedince zažívat radost. Negativní myšlenky, pesimismus, intenzivní pocity smutku, úbytek sebevědomí, sebeobviňování a anhedonie jsou u depresivních poruch spojeny s psychomotorickým útlumem i ztrátou zájmu naplňovat základní lidské potřeby jako je například potřeba jídla či sexu. Zvýšená u depresivních osob bývá naopak potřeba spánku, únava, někdy se paradoxně vyskytuje insomnie a jiné problémy se spánkem (Nolen-Hoeksema, Frederickson, Loftus, Wagenaar, 2012).

Jednotlivá onemocnění jsou stigmatizována ve společnosti různou mírou a percepce afektivních poruch se výrazně liší i vzhledem k sociokulturnímu kontextu v dané společnosti. Laická veřejnost často neví, co si vůbec představit pod pojmem afektivní porucha a má různé fantazie o tom, jak jednotlivé afektivní poruchy probíhají a jaký mají dopad na jedince a jeho fungování ve společnosti. Značná část veřejnosti také afektivní poruchy nepovažuje za duševní poruchy, ale za nedostatek vůle jedince a lenost. Asi nejvyšší míru stigmatizace zažívají osoby trpící bipolární afektivní poruchou (BAP). Pokud se nachází v depresivním období, jsou často považovány za lenochy, pesimisty a někoho s nedostatkem vůle cokoliv dělat. Jejich okolí jim vyčítá jejich sociální izolaci, rodina a přátelé často pojímají pocit, že na nich nemocnému nezáleží a zabývá se jen sám sebou. Po epizodě mánie stigmatizace okolím často sílí jako reakce na pacientovo manické chování, které se může jevit jako nezodpovědné, riskantní až nemravné. Pacienti v manické mohou utrácet větší sumy peněz za nepotřebné předměty, mohou být promiskuitní nebo mohou mít natolik zvýšené sebevědomí, že se jejich chování stane vůči okolí nepřípustné. Velkým problémem u stigmatizace BAP je hlavně to, že společnost nemá příliš široké povědomí o tom, jak tato porucha probíhá a jak se projevuje. Slovo „bipolární“ totiž v mnohých lidech, stejně jako u schizofrenie, budí pocit, že má jedinec rozdvojenou

osobnost. Bipolární porucha budí v mnoha lidech strach z nevyzpytatelnosti nálad jedince i z něj samotného. Je také velkou překážkou při hledání zaměstnání, kdy mají pacienti často problémy s absencemi v období deprese a s možnou nekompetentností činit zodpovědná rozhodnutí v období mánie.

Depresivní poruchy jsou bezpochyby jednou z nejrozšířenějších skupin duševních onemocnění, které se celosvětově vyskytují, nicméně i tak jsou ve společnosti stigmatizovány. Nutné je nicméně říci, že míra jejich stigmatizace je nižší. Podíl na nižší míře stigmatizace deprese a příbuzných poruch má i to, že veřejnost předpokládá, že u člověka vznikly jako reakce na stresovou životní situaci, což v lidech nebudí takový strach jako poruchy, u kterých je předpokládána zejména biologická etiologie. Zajímavou studií, která přibližuje míru stigmatizace a obsah předsudků veřejnosti vůči depresivním poruchám představuje studie *Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta*. Ta u vzorku 2987 respondentů zjišťovala jejich nejčastější předsudky vůči osobám, u nichž se vyskytla depresivní porucha. Mimo jiné také zjišťovala faktory, které ovlivňují míru stigmatizace jako bylo pohlaví, věk nebo například vzdělání respondentů. Nejvíce zastávaným předsudkem ze strany respondentů bylo tvrzení, že jsou lidé s depresí nepředvídatelní (45,9 %). Druhým nejčastějším předsudkem bylo to, že depresivní lidé nejsou schopni zastávat veřejné funkce vyžadující odpovědnost, což si myslelo celkově 39,5 % respondentů. Třetím předsudkem, se kterým souhlasil nejvyšší počet respondentů studie bylo přesvědčení o nebezpečnosti pacientů s depresí (21,9 % odpovědí). Jako důležitý faktor stigmatizace deprese se ukázalo pohlaví respondentů, kdy jednoznačně více pacienty s depresí stigmatizovali muži, kteří výrazně častěji odpovídali souhlasně na tvrzení o nepředvídatelnosti osob s depresí. Větší procento mužů než žen také zastávalo názor, že pokud člověk chce, může se dostatkem vůle z deprese sám dostat. Jako další důležitý faktor se dle autorů studie ukázalo vzdělání, kdy s rostoucím dosaženým vzděláním respondentů klesala četnost stigmatizujících přesvědčení o tom, zda je deprese skutečná nemoc a nejde jen o slabost vůle a i o nebezpečnosti a nevyzpytatelnosti depresivních pacientů. Naopak jako méně důležité faktory pro zaujímání stigmatizujících postojů se ukázal socioekonomický status a to, zda respondenti žijí ve městě nebo na venkově (Cook, Wang, 2010).

Stigmatizace u pacientů trpících afektivními poruchami je výrazná, i přes to, že společnost k nim dle odborné literatury zaujímá méně negativní postoje než k poruchám psychotickým. Vysoké procento pacientů trpících afektivní poruchou je ve svém životě ve velké

míře stigmatizováno a sekundárně u nich velice snadno dochází k sebestigmatizaci, na čemž má podíl i to, že sebeobviňování a obavy ze svojí vlastní schopnosti plnit svoje role a povinnosti patří k hlavním příznakům deprese. Stigmatizace a sebestigmatizace ovlivňuje, stejně jako u psychotických poruch, průběh i prognózu duševního onemocnění, narušuje vztahy nemocného a jeho okolí a značně snižuje kvalitu jeho života. Osoby trpící afektivními poruchami během jejich propuknutí často neví, co se s nimi děje, pokud onemocnění propukne v dospívání, mohou být depresivní nálady a výkyvy nálad přisuzovány tomuto období. Depresivní nebo bipolárně afektivní pacienti často nevyhledají pomoc vůbec nebo ji vyhledají v pokročilejší fázi jejich onemocnění, kdy už je silně narušeno jejich fungování v životě. Příčinou je strach z nálepky duševně nemocného a jejích důsledků a také z farmakologické psychiatrické léčby, která je také stigmatizována. Pacienti a jejich rodiny se obávají negativních vedlejších účinků antidepresiv, o kterých chybí dostupné a srozumitelné informace a materiály, které by je s jejich pozitivními i negativními účinky efektivně seznámily. Problémem v léčbě BAP je také to, že někteří pacienti přerušují v manických fázích svého onemocnění farmakologickou léčbu, protože se po epizodách deprese cítí dobře a mají pocit, že léčbu nepotřebují. Toto náhlé vysazení bývá často jednou z příčin následného hlubokého depresivního propadu.

I u afektivních poruch je nutné pracovat nejen s pacientem samotným, ale i s jeho rodinou a dalšími blízkými osobami, které mají významný vliv na další vývoj jeho onemocnění. Klíčová je edukace pacienta i jeho rodiny v tom, jaké jsou projevy jeho poruchy. Tento krok může pomoci k tomu, že osoby blízké dokáží lépe identifikovat, co je projevem onemocnění jejich blízkého a nebudou mu na základě tohoto chování něco vyčítat a přisuzovat mu negativní vlastnosti. Důležité je předat pacientům dostatek informací o účincích antidepresiv, což může podpořit pacienta, aby se nenechal odradit nepříjemnými projevy při nasazení a setrval v léčbě, dokud se nestabilizuje. V současné době lze pro potřeby zapojení rodiny do procesu léčby duševní poruchy pacienta využít rodinnou i individuální psychoedukaci a terapii, skupinovou terapii a psychoedukaci i svépomocné skupiny, kde se mohou jak nemocní, tak jejich blízcí společně scházet a sdílet svoje zkušenosti s ostatními (Ocisková, Praško, 2015).

### 4.2.3 Poruchy neurotického spektra

Poruchy neurotického spektra, neboli úzkostné poruchy, jsou další stále se rozšiřující skupinou duševních poruch, se kterými se lze v dnešní době potkat čím dál častěji. Neurotické poruchy zahrnují kromě fobických úzkostných a jiných úzkostných poruch taktéž obsedantně kompulzivní poruchu, posttraumatickou stresovou poruchu (PTSD), poruchy disociativní, poruchy spojené se stresem, somatoformní poruchy a jiné neurotické poruchy. Pojícím znakem této kategorie onemocnění je výskyt úzkosti, kterou člověk, který trpí neurotickou poruchou zažívá. Úzkost je stav, kdy jedinec zažívá akutní stresovou reakci a očekává nebezpečí. Jde o přirozenou stresovou reakci, která je v přiměřené míře nejen užitečná, ale dokonce nezbytná pro zachování života jedince i lidského druhu obecně (Ocisková, Praško, 2015).

Za problematickou je ale vnímána úzkost, která se objevuje i mimo situace reálného nebezpečí a omezuje jedince na jeho každodenním fungování. Úzkost se u jedince projevuje na 4 rovinách – na rovině somatické, kognitivní, behaviorální i emoční. Mezi somatické příznaky lze zařadit například bolesti břicha, třes, bušení srdce, změny krevního tlaku, pocení a svalové napětí. Kognitivní příznaky zahrnují zejména zúžení vnímání jedince, kdy dochází k plnému soustředění na dané nebezpečí, ať už vychází z reálného podnětu nebo ne. Na rovině behaviorální jde například o ztuhnutí na místě, opakující se pohyby, neklid, ale i potřebu se u okolí ujišťovat, sdělovat katastrofické scénáře nebo se vyhýbat situacím, které úzkost spouští. Závažně úzkost působí i na rovině emocionální, kde se projevuje podobně jako strach. Strach je součástí úzkosti vždy, ale ne každý strach lze označit za úzkost. Strach je jednou ze základních emocí, která vzniká jako reakce na konkrétní nebezpečí, které na jedince aktuálně působí a spouští poplachovou reakci, která má sloužit k útěku či útoku (tzv. *fight or flight response*) v případě ohrožení. U úzkostných poruch dochází ke spuštění této reakce mimo situace ohrožení života a zdraví jedince (Nolen-Hoeksema, Frederickson, Loftus, Wagenaar, 2012).

Fobické poruchy jsou význačné tím, že úzkost u jedince spouští konkrétní podnět, který většinou dokáže pacient sám identifikovat. Mezi fobické poruchy spadají konkrétní diagnózy jako je agorafobie, sociální fobie, specifické fobie (ze zvířat, z výšek, ze stísněných prostor), jiné fobické poruchy a nespecifikované fobie. U jiných úzkostných poruch není spouštěč pro vznik úzkosti jasně ohraničen, úzkost volně plyne bez ohledu na okolnosti a většinou přichází spontánně bez předešlého varování. Jiné úzkostné poruchy zahrnují generalizovanou úzkostnou poruchu (GAD), panickou poruchu, smíšenou úzkostnou poruchu a sběrné kategorie

jiných úzkostných poruch. MKN-10 posttraumatickou stresovou poruchu a obsedantně kompulzivní poruchu řadí do samostatných kategorií, svým mechanismem fungování ale do skupiny neurotických poruch také spadají. Obsedantně kompulzivní porucha se vyznačuje výskytem vtíravých myšlenek, tzv. ruminací, které vyvolávají v pacientech velkou úzkost, kterou mohou pacienti zmírnit kompulzivním chováním, které jim pomáhá tyto myšlenky zahánět. Posttraumatická stresová porucha vzniká jako reakce na subjektivně traumatizující událost, která se pacientům neustále vrací, nejen v myšlenkách a vzpomínkách, ale i ve formě znovuprožívání těchto zážitků, které jsou spojeny s emocemi strachu a děsu.

Disociativní poruchy zahrnují širokou škálu poruch, které se častěji než samostatně objevují jako přidružený syndrom k další existující duševní poruše, kterou pacient trpí. Jde například o disociativní amnézii, disociativní fugu, stavy transu a posedlosti, disociativní motorické poruchy, Ganserův syndrom pseudodemence a další poruchy. Disociativní poruchy způsobují částečnou nebo úplnou dezintegraci myšlení pacienta, jeho vědomí vlastní identity a emocí a v některých případech i ovládání pohybů těla. Disociativní poruchy se vyskytují celkově velmi vzácně, jejich etiologie je nejasná a často mohou některé jejich projevy působit bizarním dojmem na okolí, proto se pacienti jimi trpící mohou setkat častěji s výsměchem od jejich okolí či lékařského personálu, než je tomu u jiných úzkostných poruch, které jsou pro okolí více pochopitelné. Somatoformní poruchy jsou typem úzkostných poruch, který se projevuje především na somatické rovině ve formě bolestí a projevování fyzických příznaků různých onemocnění, které nejsou způsobeny žádnou zjistitelnou chorobnou změnou ve fyziologii pacienta. Zahrnují somatizační poruchu, hypochondrickou poruchu, somatoformní vegetativní dysfunkce a somatoformní bolestivou poruchu. Stejně jako u poruch disociativních jsou i pacienti se somatoformními poruchami často nařknuti, že si problémy vymýšlí a simulují.

I přes zvýšenou stigmatizaci disociativních a somatoformních poruch lze říci, že neurotické poruchy se v kontextu ostatních poruch potýkají s poměrně mírnou stigmatizací ze strany společnosti. Závažnějším faktorem u úzkostných poruch jsou spíše obavy pacienta ze stigmatizace okolím a sebestigmatizace. Neurotičtí pacienti si dávají často velmi záležet na tom, aby jim okolí nepřidělilo nálepku duševně nemocného a úzkostlivě hlídají projevy svého onemocnění, což způsobuje prohlubující se pocity úzkosti a strach ze ztráty kontroly nad sebou samým. Mimo jiné, vzhledem k výrazným fyziologickým projevům úzkostí,

se pacienti snaží nejčastěji zprvu hledat příčinu v somatické oblasti a nezřídka podstupují četná vyšetření, než jsou odesláni na vyšetření na psychiatrii.

Sebestigmatizace se u skupiny neurotických poruch projevuje naopak často velmi markantně. Je to způsobeno především tím, že neurotické poruchy jsou u pacientů často spojeny se sklonem ke zvnitřňování, sebeobviňování a neustálého analyzování vlastního chování. Sebestigmatizace se u osob trpících těmito poruchami projevuje ve formě silné sebekritiky, očekávání odmítnutí a negativních reakcí ze strany okolí, sociální izolaci, studu a snaze poruchu utajit před okolím. Tyto faktory následně ještě více upevňují povahu úzkostné poruchy. Ze strachu z nálepky duševně nemocného se neurotičtí lidé často co nejdéle vyhýbají terapii a léčbě a mají vyšší sklony k rezignaci na léčbu nebo ke kompenzaci léčby zneužíváním návykových látek jako jsou například benzodiazepiny a alkohol (Ocisková, Praško, 2015). Sekundárně odkládání léčby neurotických poruch, která je v dnešní době velmi účinná a dostupná, může vést k signifikantnímu snížení kvality života jedince a výzkum ukazuje, že má podíl i na zvyšování mortality pacientů v souvislosti se srdečním selháním nebo mozkovou mrtvicí, kdy snižuje délku života pacientů v průměru o 3 roky (Adamcová a kol., 2010). Problémem oddalování léčby je taky přechod poruchy do chronické podoby, která je mnohem hůře léčitelná.

Úzkostní pacienti se také mohou často setkat se stigmatizací ze strany zdravotníků. Někteří psychiatři i praktičtí lékaři mají sklony ke zlehčování neurotických poruch. To je často způsobeno upřednostňováním psychotických a dalších poruch během procesu vzdělávání v oboru psychiatrie. Nedostatky pregraduálního a postgraduálního studia v tomto oboru a zaměření na velkou psychiatrii má za příčinu to, že někdy nebývají úzkostné poruchy vnímány jako natolik závažné. Pro jedince subjektivně nicméně znamenají velkou zátěž a mohou velmi komplikovat jeho život. Pacienti s panickou poruchou, zejména pokud o ní ještě neví, jsou někdy označováni za „simulanty“ či „hysterické“, pokud si v záchvatu paniky přivolají sanitu, protože mají strach, že umírají (Ocisková, Praško, 2015). Praktičtí lékaři mají u neurotických pacientů tendence diagnózu buď podceňovat nebo přeceňovat. V prvním případě, u podceňování, dochází k bagatelizaci problémů pacienta. Pokud lékař ale diagnózu přeceňuje, může dojít k tzv. diagnostickému zastiňování, kdy jsou pak veškeré, i nesouvisející, obtíže připisovány právě úzkostné poruše. Dochází tak ke značnému snížení kvality péče, kterou lékař poskytuje pacientovi (Hubner, 2022).

### 4.2.4 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou skupinou duševních onemocnění, která zahrnuje poruchy jako je mentální anorexie, mentální bulimie, přejídání a další poruchy související nejčastěji se stresem, které ovlivňují stravování osoby, která touto poruchou trpí. Typickým znakem těchto poruch je nadměrná obava z tloušťky, zabývání se vlastním vzhledem a váhou, změna ve vnímání vlastní hodnoty a přehnaná sebekontrola ve stravování. S nástupem onemocnění u pacientů s PPP dochází ke ztrátě zájmu o koníčky i sociální kontakt s přáteli a dalším okolím (Ocisková, Praško, 2015). Z dostupných dat je patrné, že PPP jsou skupinou duševních poruch, které se objevují zejména u žen, které tvoří zhruba 90 % osob, které trpí některou z PPP. Data z let 2011 až 2017 vypovídají o rostoucím počtu pacientů s PPP, kteří vyhledali ambulantní i lůžkovou psychiatrickou péči (ÚZIS, online). PPP jsou spojeny s vysokou mírou mortality vzhledem k tomu, že jejich důsledkem může být srdeční selhání a jiná kardiovaskulární onemocnění. Pacienti často díky změněnému vnímání sebe sama neberou na zřetel přítomnost poruchy a nevyhledávají tedy ani léčbu. Léčba dlouhotrvající PPP vyžaduje mezioborovou spolupráci lékařských specialistů na somatickou medicínu a odborníků na duševní zdraví.

Poruchy příjmu potravy jsou ve společnosti ve velké míře stigmatizovány zejména tak, že je jedinci porucha a její důsledky dávána za vinu. Jedinci PPP trpící jsou vnímáni jako osoby s nedostatkem vůle, které si za svůj stav mohou samy. Jsou jim připisovány i další negativní osobnostní rysy. Předpokládá se však, že jsou PPP z více jak 50 % způsobeny genetickými predispozicemi ve formě úzkostných, obsedantních, perfekcionistických a citově labilních rysů osobnosti a z další části také sociokulturními vlivy. Mezi sociokulturní vlivy podílející se na vzniku PPP lze zařadit stres v období dospívání a jídelní a dietní zvyklosti a chování v prostředí, kde jedinec vyrůstal. V dnešní době mají také nesporný vliv na vnímání vlastního těla sociální sítě a jiná média, která tvoří umělé normy pro to, co je chtěné, žádoucí a tudíž „normální“. PPP jsou často prezentovány jako senzace, na přední stránky bulvárů se často dostávají extrémní případy, ale veřejnost není téměř vůbec informována o průběhu onemocnění ani možnostech léčby. Sebestigmatizace u PPP vzniká hlavně jako důsledek přisuzování negativních vlastností okolím. Pacient poté často své onemocnění interpretuje výběrově a vyzdvihuje schopnost sebeovládání a disciplíny jako pozitivní vlastnosti, od kterých se odvíjí jeho hodnota ve společnosti (Ocisková, Praško, 2015).

### 4.2.5 Závislost na návykových látkách

Závislostní poruchy jsou dle WHO nejstigmatizovanější skupinou duševních poruch vůbec. Závislost na alkoholu je označována za 4. nejvíce stigmatizovanou a závislost na ostatních návykových látkách je 1. nejvíce stigmatizovanou duševní poruchou. Závislostní syndrom na návykových látkách je stav, který nastává po opakovaném užití návykové substance. V případě nelátkových závislostí (gambling, nomofobie aj.) jde o závislost na určité činnosti, která principiálně funguje obdobně jako u látkových závislostí. Rychlost nástupu závislosti závisí na mnoha endogenních i exogenních faktorech, závislostním potenciálu dané látky či frekvenci užívání. Mezi základní znaky závislosti patří: (1) opakovaná touha užít návykovou látku, (2) narušení sebeovládání při užívání návykové látky, (3) nárůst tolerance, (4) ztráta zájmu o dřívější aktivity a koníčky (5) psychický a v některých případech i somatický odvykací stav (Bělík a kol., 2017).

MKN-10 dělí návykové látky v souvislosti se závislostními poruchami do celkem devíti skupin na: alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa a hypnotika, kokain, psychostimulancia, halucinogeny, tabák a organická rozpouštědla (WHO, online).

I přes to, že největší socioekonomická zátěž plyne hlavně z důsledků závislosti na legálních návykových látkách, jako je alkohol a nikotin, nejvíce stigmatizovaní zůstávají uživatelé nelegálních drog. Míra stigmatizace uživatelů závisí na konkrétní užívané látce, kdy marihuana a ostatní kanabinoidy jsou v porovnání s ostatními nelegálními substancemi nejméně stigmatizované, což koresponduje s tím, že zkušenost s těmito látkami uvádí okolo 30 % populace starší 15 let (Chonymová a kol., 2024).

Nejvyšší stigmatizaci zažívají uživatelé pervitinu a opiátů, zejména u injekční aplikace těchto látek. Silně stigmatizované je i užívání drog v nevhodných situacích jako je těhotenství, řízení motorových vozidel nebo přítomnost dítěte v době, kdy je rodič intoxikován. Stigma vůči uživatelům návykových látek se projevuje především jako odstup, strach z nevypočitatelného chování, podezřívavost a opovrhování. Užívání návykových látek je taktéž spojováno s dalšími problémy, které jsou ve společnosti stigmatizovány, zejména pak s přenosem infekčních onemocnění hepatitidy C a AIDS, které se mohou přenášet sdílením injekčního a dalšího materiálu k užívání drogy. Stigmatizace osob užívajících drogy je navíc širokou veřejností spíše schvalována a podporují ji i političtí představitelé a zčásti i česká legislativa a to i přes to, že užívání návykových látek zákon nezakazuje. Institucionální stigma je u závislostních poruch

také na vysoké úrovni, zejména co se týče instituce policie a zdravotnických zařízení. S užíváním návykových látek je často spojována kriminální činnost jednotlivců a faktor opovrhování má za následek horší zacházení s uživateli drog než s ostatními osobami, které s policií přijdou do kontaktu. Některá zdravotnická zařízení poté nechtějí uživatelům drog provádět některé úkony ze strachu z infekčních nemocí, kvalita péče je výrazně nižší a může vést k ohrožení zdraví a života pacientů se závislostní poruchou.

Ponižování a vnímání osob užívajících drogy jako méněcenných často vede ke zvnitřňování těchto hodnot, k pocitům méněcennosti a může zhoršovat závislostní chování i další přidružené psychické problémy či duální diagnózy (Ocisková, Praško, 2015). Institucionální stigmatizace má za následek vyhýbání se nejen léčbě samotné závislosti, ale i jiných zdravotních problémů. Uživatelé drog často odmítají navštívit i praktického lékaře, často po předchozí negativní zkušenosti, kdy byli ponižováni nebo byly veškeré jejich problémy označeny za důsledek jejich užívání drog. To následně vede k vyhýbání se zdravotnickým institucím a pokusům o samoléčbu problémů vyžadujících odborný zákrok, jako například abscesy nebo již zmíněná infekční onemocnění.

V posledních letech dochází i v České republice k transformaci přístupu k závislostním nemocem, jde ale o proces velmi pomalý a nelze pochybovat o tom, že změna obrazu závislých osob v očích společnosti bude probíhat jen velmi pozvolna. Z konceptu „války proti drogám“, která znamenala striktní potlačování a kriminalizaci uživatelů drog dochází k transformaci na model prevence, minimalizace rizik, léčby a resocializace osob užívajících drogy. Tyto principy reflektuje i současná *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027*, která je jedním z hlavních řídících dokumentů politiky závislostí v České republice, Jedním z hlavních cílů současné strategie je destigmatizace uživatelů drog, která je nezbytným krokem k jejich resocializaci a léčbě (Horáčková a kol., 2022).

### 4.2.6 Poruchy osobnosti

Porucha osobnosti se dle MKN-10 u jedince projevuje výraznou odchylkou temperamentových a charakterových rysů od normální populace a nese s sebou další hluboce zakořeněné vzorce chování a postoje, které jedinec poruchou trpící zaujímá. Porucha osobnosti ovlivňuje všechny dimenze myšlení a prožívání osoby a výrazně se projevuje i v jeho chování k sobě samému

a okolí. Aby mohla být diagnostikována porucha osobnosti, musí se tyto zvláštnosti projevovat v oblastech (1) vnímání a interpretace okolních věcí, lidí a událostí; (2) intenzity, rozsahu a přiměřenosti emocí; (3) ovládání impulzů a afektů a (4) způsobu chování a komunikace ostatními (WHO, online). Vznik poruchy osobnosti u jedince není zcela objasněn, pravděpodobně jde o kombinaci charakterových a temperamentových rysů, která vzniká jednak na základě vrozených predispozic jedince a zadruhé působením sociokulturního prostředí, zejména v dětství a dospívání jedince.

Beck a Freeman (1990) rozdělují poruchy osobnosti na 10 rozdílných poruch, na základě jádrových přesvědčení, které pacienti s poruchou osobnosti zaujímají. Tato jádrová přesvědčení se následně projevují v chování jako abnormně zesílené nebo utlumené, ve srovnání s populací netrpící poruchou osobnosti. Autoři vymezují následující poruchy a jejich hlavní charakteristiky:

- Anankastická porucha, charakterizovaná nadměrnou potřebou kontroly, odpovědnosti a systematičnosti a nedostatkem impulzivity a spontaneity, přizpůsobení se. Hovorově bývají anankastičtí pacienti označováni jako puntičkáři.
- Závislá porucha, která způsobuje velký stupeň emoční závislosti jedince na jeho okolí, který se stává nesamostatným a nepřizpůsobivým, zároveň žije ve strachu, že ho jeho okolí opustí.
- Pasivně-agresivní porucha s výrazným akcentem na autonomii, sebestřednost a pasivitu vůči okolí. Jedinci s touto poruchou často zažívají hněv a potřebují pevné hranice, jimiž se brání před ostatními.
- Paranoidní porucha, jejíž rysy zahrnují nedůvěřivost a podezřívavost vůči okolí a žárlivost. Tyto vlastnosti sekundárně vedou k přecitlivělosti na narušení soukromí, hádavost a upřednostňování sociální izolace.
- Narcistická porucha, pro kterou je typický egocentrismus a touha po pozornosti, zvýšené sebevědomí a neschopnost přijímat kritiku okolí, protože v jedinci probouzí nevědomé pocity méněcennosti a ohrožuje jeho sebepojetí.
- Antisociální (disociální) porucha osobnosti způsobující, že jedinec z velké části ignoruje jakákoliv pravidla nastavená ve společnosti a nebere ohledy na svoje okolí. Má pocity nadřazenosti a nepostižitelnosti za svoje činy, časté jsou i sklony k násilí nebo páchání trestné činnosti.

- Schizoidní porucha je navenek většinou vnímaná jako odtažitost od zbytku společnosti. Schizoidní jedinci mají rozvinutou potřebu autonomie a stažení se, okolí příliš nedůvěřují.
- Vyhýbavá (anxiózní) porucha je spojená s vysokou mírou zranitelnosti a snaze se vyhýbat podnětům, které v jedinci spouští úzkost. Jedinec má obavy, malé sebevědomí, touží po blízkosti ostatních, ale je paralyzován strachem z odmítnutí.
- Hraniční porucha, která se projevuje proměnlivostí emocí a potížemi s regulací afektů. Sebepojetí jedince je narušeno, stejně jako jeho vztahy (zejména intimní). Chybí náhled na sociální situace kvůli vysoké míře impulzivity.
- Historiónská porucha, která je význačná především přehnaným, někdy až teatrálním chováním jedince, který má silnou touhu po pozornosti a sebevyjádření.

V některých zdrojích se lze setkat i s pojmem schizotypální (také někdy schizotypní) porucha osobnosti, která stojí na pomezí poruch psychotických a poruch osobnosti. Schizotypální porucha se projevuje podivínstvím, zálibou v magických a nadpřirozených věcech, problémem se srozumitelně vyjadřovat a sdělovat své pocity (NZIP, online). Dle klasifikace MKN-10 je přítomné výstřední chování a zvláštní způsoby myšlení, další charakteristické příznaky psychotických poruch nicméně chybí. Vývoj a průběh probíhá podobně jako u jiných poruch osobnosti (WHO, online).

Poruchy osobnosti jsou poměrně obtížně léčitelné, protože jde o charakterové rysy a zakořeněná přesvědčení, která se u pacientů těžko mění. Charakter poruchy může narušovat práci s terapeutem a také ne každý terapeut zvládne práci s pacientem s poruchou osobnosti. U každé z poruch popsaných v předešlém textu se však dá terapií dosáhnout uspokojivého stavu pro pacienta i jeho okolí. Terapie se zakládá především na nácviku komunikace a řešení různých situací dle individuálních potřeb jedince. Stigmatizace je, stejně jako u ostatních hůře léčitelných poruch, poměrně velká a mnoho zástupců z řad laické i odborné veřejnosti je přesvědčena o neměnném charakteru poruch osobnosti. Pro jednotlivé poruchy existuje v českém jazyce řada nespisovných označení, která jsou používána jako urážky, například slova jako podivín, kverulant, hysterka či asociál. Míra stigmatizace, jaké musí jedinec čelit, je závislá i na závažnosti odchylky jeho chování, která je pro okolí viditelná.

Sebestigmatizace se objevuje v různé míře v závislosti na konkrétní poruše, kterou jedinec má. Některé poruchy osobnosti mohou působit dokonce jako protektivní faktor. Na druhé straně jsou ale poruchy osobnosti, kdy negativní předsudky a nálepky společnosti podporují negativní přesvědčení, které má jedinec o sobě (je méněcenný, nechtěný, odmítnutý) a vede k větší distanci od zbytku společnosti. Stejný vliv lze zaznamenat i v přístupu jedinců s poruchou osobnosti k léčbě jejich poruchy, kteří často nevěří psychiatrovi nebo terapeutovi, očekávají odmítnutí, špatně navazují pocit důvěry, což značně komplikuje celou terapii. Nezřídka někteří pacienti také přebírají od svých rodin stigmatizující postoje vůči psychiatrické péči.

Jak již bylo řečeno, léčba poruch osobnosti je dlouhodobou a složitou záležitostí, která je komplikována i stigmatizací pacientů s poruchou osobnosti psychiatry. Ti proti těmto poruchám často zaujímají postoje o jejich neléčitelnosti a o manipulativním charakteru chování některých pacientů s poruchou osobnosti. Častou chybou je také soustředění se na negativní projevy poruchy osobnosti a přehlížení silných stránek, které pacient má. Důsledkem stigmatizace poruch osobnosti se může v terapii stát emocionální protipřenos z pacienta na terapeuta. Pacienti s poruchami osobnosti často do terapie vnáší mnoho emocí, na které terapeut reaguje buď konkordantně nebo komplementárně. Konkordantní reakce terapeuta znamená, že cítí stejnou emoci jako pacient a to může mít za následek například nadměrné ochraňování pacienta a přebírání odpovědnosti za něj. Komplementární reakce je reakce opačná, kdy cítí opak toho, co jeho pacient, a která může mít za následek to, že terapeut začne pacienta odmítat, protože vůči němu začne pociťovat negativní emoce. Obě reakce mohou být problematické a narušovat profesionalitu kontaktu terapeuta a osoby s poruchou osobnosti, protože v obou aktérech terapeutického procesu vyvolávají intenzivní emocionální prožitky. Protipřenosu v terapii osob s poruch osobnosti se lze vyhnout pevným nastavením hranic a cílů terapie, které bude terapeut (i pacient) vyžadovat, aby byla zachována profesionalita a co největší kvalita terapie. Do terapie některých poruch osobnosti je taktéž dobré zařadit nácvik empatie, jejíž schopnost je u některých poruch narušena (Ocisková, Praško, 2015).

# 5 Destigmatizace osob s duševní poruchou v ČR

Proces destigmatizace osob s duševní poruchou v České republice probíhá z části souběžně s probíhající Reformou psychiatrické péče. Ta vznikla jako reakce na fakt, že do roku 2013 neměla Česká republika sestavený žádný vládní program na systematickou podporu péče o duševní zdraví. To má za následek mnoho problémů, kterým musí dnešní psychiatrie a psychiatričtí pacienti čelit, jako je nesystematičnost péče (chybí návazná péče), nerovnoměrné rozmístění ambulantních pracovišť, nedostatečné kapacity lůžkových oddělení psychiatrických nemocnic a oddělení a dlouhodobý špatný stav dětské psychiatrie. Valná většina destigmatizačních aktivit, které budou zmíněny v této kapitole jsou tak součástí aktuálních a stále probíhajících projektů, které by měly kontinuálně hrát svou roli ve zlepšování stavu psychiatrické péče a destigmatizace pacientů trpících duševní poruchou.

## 5.1 Reforma péče o duševní zdraví ČR

Koncept reformy péče o duševní zdraví v ČR vzniknul nejen jako reakce na dlouhodobou absenci systematického plánu rozvoje psychiatrické péče na území ČR a na stav současné psychiatrie, ale i v důsledku dalších sociálních a politických změn. Už v roce 2005 přijala ČR dokumenty Deklarace o duševním zdraví, Akční plán duševního zdraví a Zelenou knihu komise Evropského společenství. Na jejich přijetí reagovala v roce 2007 vydáním programu Národní psychiatrický program 2007, avšak nebyly realizovány téměř žádné kroky, které si tento program vytyčil.

Ministerstvo zdravotnictví ČR před vypracováním strategie provedlo výzkum současného stavu české psychiatrie, ze kterého vzešly poněkud tristní výsledky. Ukázalo se, že ve srovnání s ostatními zeměmi západní a severní Evropy, Česká republika výrazně zaostává v kvalitě psychiatrické péče. Neexistoval dlouhodobý systematický plán, příprava odborníků v oboru byla nedostatečná a psychiatrie jako lékařské odvětví bylo a stále je, silně podfinancováno. K roku 2013 na tento obor připadalo asi jen 0,26 % HDP. Výzkum předcházející tvorbě strategie došel k výsledku, že psychiatrie jako obor velmi zaostává a je ve stejném stavu, v jakém se nacházel v 90. letech 20. století. Problémem je, že od roku 2000 se zvýšil počet pacientů v psychiatrických ambulancích i na lůžkových odděleních o téměř 60 % a do budoucna lze očekávat další navýšení. Reforma psychiatrické péče a změna systému jejich poskytování je tedy rozhodně na místě.

Reforma psychiatrické péče si klade za cíl celkové zlepšení stavu psychiatrické péče v ČR a to především za využití komunitní péče, zvýšení primární prevence, transformace psychiatrických institucí a podpory vzdělávání odborníků. Strategické cíle reformy jsou stanoveny následovně (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online, s. 30):

1) *„Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systematickou změnou jejího poskytování.*
2) *Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.*
3) *Zvýšit spokojenost uživatelů s dostupnou psychiatrickou péčí.*
4) *Zvýšit efektivitu včasnou diagnostikou a odhalováním latentních onemocnění.*
5) *Zvýšit úspěšnost resocializace (zejména v otázkách bydlení, zaměstnání a vzdělávání).*
6) *Zlepšit provázanost sociálních, zdravotních a jiných návazných služeb.*
7) *Humanizovat psychiatrickou péči.“*

Komunitní péče se ve strategii ukazuje jako jasná priorita, pomocí níž lze do budoucna zlepšovat současný stav psychiatrie. Komunitní péče se částečně rozvíjela v 90. letech minulého století, kdy vznikla Asociace denních stacionářů a krizových center, která sdružuje 21 zařízení komunitní péče, kde valná většina funguje samostatně, jednotky v rámci psychiatrických oddělení nemocnic a zařízení lůžkové péče. Po roce 2000 na území ČR došlo k poklesu vzniku nových služeb.

MZČR představuje ve strategii i tzv. nulovou variantu, což je varianta, kdy by nedošlo k žádné změně v současném systému psychiatrické péče. Uskutečnění nulové varianty by mělo za následek prodlužující se čekací doby do psychiatrických ambulancí, snižování kvality poskytované péče, chronifikaci potíží pacientů, oddalování léčby, zvyšování nákladů na následnou péči. Drtivá většina pacientů by i nadále nemohla využívat služby návazné péče.

Destigmatizace psychiatrických pacientů je jedním ze strategických cílů reformy, který má přispět ke zvýšení kvality života osob s duševní poruchou a také k rozšíření jejich příležitostí a společenského uplatnění. Reforma chce jako prostředky využít hlavně edukační aktivity cílené na laickou i odbornou veřejnost pomocí komplexních destigmatizačních projektů a kampaní (MZČR, 2013).

V rámci reformy probíhá projekt Destigmatizace pod vedením Národního ústavu pro duševní zdraví (NÚDZ). Pod jeho záštitou vznikla iniciativa Na rovinu, která pořádá vzdělávací akce s cílem destigmatizace problematiky duševních onemocnění pro širokou laickou

i odbornou veřejnost. Mezi cílové skupiny kromě veřejnosti patří i zdravotničtí pracovníci, pracovníci v sociálních službách, veřejná správa a i samotné osoby trpící duševními poruchami spolu s jejich rodinami (MZČR, online). Díky začleňování duševně nemocných a jejich rodin dostává veřejnost také šanci se setkat s příběhy těchto lidí, což může výrazně napomoci snížit míru stigmatizace duševních poruch. Další výhodou tohoto projektu je také jeho široké působení na internetu a sociálních sítích, kde oslovuje velké množství lidí a šíří tak mezi veřejnost validní, ale srozumitelné informace.

## 5.2 Možnosti destigmatizace duševních poruch

Jako obzvlášť důležité se jeví nejen informování veřejnosti o skutečném průběhu duševních poruch, ale i o jejich léčbě. U mnoha onemocnění se snížila stigmatizace pacientů po objevení účinné léčby. Společnost je ovšem o úspěšné léčbě informována velmi málo, což je jedním z důvodů, proč ve společnosti přetrvává předsudek o neléčitelnosti duševních poruch (Ocisková, Praško, 2015).

Praško a Ocisková (2015) vysvětlují, proč by měl být v edukaci odborné i laické veřejnosti použit bio-psycho-sociální model duševní poruchy a proč by neměl být přehnaný důraz kladen na biologickou podstatu duševního onemocnění. Vysvětlování příčin duševních poruch jako zejména biologicky a geneticky podmíněných totiž přispívá k představě o jejich neléčitelnosti. Je vhodné se stejnou důležitostí uvádět i ostatní psychosociální faktory, které se na propuknutí i léčbě duševní poruchy podílí. Read et al. (2006) upozorňují, že je vhodné nejen při vzdělávání, ale i v médiích, používat adekvátní a nestigmatizující terminologii (např. nepoužívat termín duševní choroba, ale duševní porucha).

Wenigová (2005) upozorňuje na nutnost destigmatizace nejen na úrovni laické veřejnosti, ale i na úrovni psychiatrů a dalších lékařů. I přes to, že by se dalo očekávat, že lidé vzdělaní v oblasti duševního zdraví pacienty nebudou stigmatizovat, opak je někdy pravdou. I názory odborníků jsou formovány prostředím a názory většinové společnosti, se kterými se setkávají v osobním životě. Mimo jiné na tom má svůj podíl také zastaralý model výuky psychopatologie, který se soustředí na popis negativních příznaků duševní poruchy. Jako vhodnější se ukazuje učit budoucí lékaře porozumět vnitřním stavům jeho pacientů s různými diagnózami. K tomu mohou sloužit písemné popisy vnitřních stavů pacientů v učebnicích, semináře s terapeuty a jinými profesionály z praxe, semináře s pacienty samotnými.

Jako další možnost destigmatizace, která se jeví jako patrně nejefektivnější, je přímý sociální kontakt veřejnosti s osobami trpícími duševní poruchou. Přímý sociální kontakt dle výzkumů podporuje navýšení soucitu a empatie a pokles strachu a nedůvěry vůči psychiatrickým pacientům. Zároveň, což je možná ještě důležitější, zapojuje veřejnost do procesu úzdravy pacienta, čímž podporuje její přesvědčení, že mohou stav duševně nemocného pozitivně ovlivnit a že léčba duševních poruch je možná (Corrigan, Watson, 2002).

Jak bylo zmíněno v kapitole o psychotických poruchách, velmi významnou roli v léčbě i prevenci relapsu duševní poruchy hraje rodina pacienta, nejen u poruch psychotických, ale i u všech dalších kategorií. Rodina duševně nemocného je často sama zasažena stigmatem ze strany společnosti a nezřídka bývá i původcem další stigmatizace vůči pacientovi (Goffman, 1963). Rodina může být v léčbě duševní poruchy nenahraditelnou součástí, ale může být i překážkou efektivní léčby. Ať už se jedná o stigmatizující postoje vůči pacientovi a jeho onemocnění nebo vůči psychiatrii jako oboru a farmakoterapii, je nutné s těmito předsudky v rodině pracovat. Dalším tématem pro práci s rodinou duševně nemocného je i pocit viny za propuknutí duševní poruchy, který mohou někteří členové rodiny a zejména pak rodiče nemocného, pociťovat. Psychoedukace rodiny by měla proto zahrnovat komplexní informace o příčinách, průběhu i léčbě psychické poruchy. Terapeut by se měl snažit rodině pomoci co nejvíce pochopit jeho vnitřní prožívání, které je zasaženo duševní poruchou. Pokud je to potřeba, může terapeut poskytovat podporu a péči i zbytku rodiny. Jako vhodné možnosti práce s rodinou se nabízí rodinná terapie nebo například svépomocné skupiny pro osoby s duševní poruchou a jejich blízké. Funkčnost zapojení rodiny v boje proti stigmatizaci (konkrétně u bipolární afektivní poruchy) prokázal například program *Léčba zaměřená na rodinu*. Tento program sestával z celkem 21 sezení zahrnujících pacienta i jeho rodinu, jejichž náplní byla psychoedukace, nácvik vzájemné komunikace a trénink řešení problémů. V kontrolované studii bylo zjištěno, že u účastníků tohoto programu byla významně snížená míra rizika relapsu a recidivy duševní poruchy než u skupiny druhé, které byla poskytována pouze krizová pomoc (Milkowitz, Chung, 2016).

Destigmatizace nezahrnuje pouze boj proti stigmatizaci pacienta okolím, ale i snahy o odstraňování vlastních stigmatizujících přesvědčení (selfstigma). Pro tyto účely bývá v terapii využíván takzvaný narativní přístup. Zakládá se na tom, že pacient vnímá svou životní dráhu a roli duševní poruchy v ní jako příběh. Tento přístup má za cíl pacientům ukázat, že nejsou pouhou „obětí“ své duševní poruchy, ale mohou být v celém příběhu aktivním hybatelem

změny. Během terapie tak dochází k postupné transformaci pohledu na sebe sama a na duševní poruchu jako takovou – stává se z ní výzva, kterou lze překonat. Narativní přístup klade zvláštní důraz také na to, aby terapeut aktivně vyhledával a zvědomoval pacientům jejich silné stránky, což podporuje sebevědomí a sebeuvědomění a pacient se tak stává odolnějším vůči předsudkům svého okolí i sebestigmatizaci (Roberts, 2000). Práce s příběhem může probíhat v rámci individuální terapie, ale je vhodná i pro skupinovou terapii a svépomocné skupiny, kde se může člověk s duševní poruchou setkávat s lidmi, kteří mají podobné příběhy jako on, sdílet s nimi dobré copingové a komunikační strategie a metody řešení problémů. Práce s příběhem v rámci terapeutických skupin může také být významným zdrojem sociálního kontaktu, který může mít pro prognózu poruchy také pozitivní přínosy (Ocisková, Praško, 2015). Roe a kol. (2010) přichází s modelem tzv. *Narrative Enhancement and Cognitive Therapy* (NECT). NECT je typ strukturované skupinové intervence, která má za cíl pomocí 4 kroků snížit stigmatizaci u jejích účastníků. Zahrnuje tyto 4 fáze:

1) Vyprávění vlastního životního příběhu, které umožňuje zjistit, jaký postoj vůči sobě pacient zaujímá a jaká míra sebestigmatizace se u něj vyskytuje.
2) Psychoedukace zaměřená na předávání pravdivých informací, které vyvrací předsudečná přesvědčení, která pacient má sám o sobě.
3) Pochopení techniky kognitivní restrukturalizace (*cognitive therapy*) a její využití pro přerámování stigmatizujících přesvědčení o sobě samém a duševní poruše, kterou pacient trpí.
4) Posílení příběhu (*narrative enhancement*) – pacient má za úkol svůj příběh sepsat s důrazem na jeho celistvost a vlastní pozitivní stránky. Příběh poté sdílí se zbytkem skupiny.

Tato intervence je rozdělena do celkem 20 sezení, přičemž každé trvá 1 hodinu. Průzkum mezi pacienty, kteří si NECT prošli ukázal, že valná většina ho vnímá jako přínosný. Jako pozitivní dopady intervence účastníci uváděli pozitivní změnu postoje k sobě samému (zejména co se týče sebevědomí), větší pocit sounáležitosti se zbytkem společnosti, pozitivní změnu smýšlení o svém okolí, větší naději na normální život a nové funkční copingové strategie. Více než 60 % účastníků také uvedlo, že jim tato intervence pomohla se více otevřít svému okolí a sdílet s ním své problémy (Roe a kol., 2010, online).

## 5.3 Destigmatizace a média

Média mají značný podíl na ovlivňování veřejného názoru na celou problematiku duševních poruch. Mohou svým obsahem posilovat společenské stigma, ale lze je využít i k destigmatizaci psychických poruch. Jednotlivá média přistupují k prezentaci duševních poruch rozdílně a to s ohledem na jejich další obsah a společenskou zodpovědnost. Lze říci, že lepší postoj k prezentaci duševních poruch zaujímají spíše média veřejnoprávní než komerční (NÚDZ, 2022, online). Iniciativa Na rovinu se kromě destigmatizačních edukačních a zážitkových aktivit pro širokou veřejnost a osoby s duševní poruchou věnuje i problematice prezentace duševních poruch v médiích. Pro tyto účely vydala iniciativa příručku Media Guide, která má média seznámit se základními zásadami, které se pojí s tím, jak informovat o problematice duševního zdraví.

Důraz je kladen především na takzvaný *people first princip*. Cílem tohoto principu je zdůraznit, že osoby s duševním onemocněním nejsou především jejich diagnóza, ale hlavně lidé. Tento princip by se měl odrážet v tom, jak média referují na daného jedince. Namísto označení někoho pouhou nálepkou jeho diagnózy (schizofrenik, neurotik atd.) by dle tohoto principu mělo být užito v první řadě jméno osoby, o které se mluví a poté až zmíněna jeho diagnóza. Jako konkrétní příklad lze uvést následující: Namísto „Anna je schizofrenička“, lze užít obrat „Anna má diagnostikovanou schizofrenii“. Tímto způsobem lze vyjádřit, že diagnóza duševní poruchy není jedinou hlavní hodnotou, kterou tato osoba znamená. Další jazykové obraty, kterým je vhodné se vyvarovat, ale i přes to se v médiích objevují poměrně často je používání hovorových dehonestujících výrazů, hanlivých výrazů nebo citově zabarvených sloves. Odborné pojmy by neměly být využívány mimo jejich kontext a skutečný význam.

Typickým jevem v médiích je taktéž uvádění holých prohlášení, často i bez názvu konkrétní diagnózy, kterou jedinec trpí. Pokud už musí být něčí diagnóza vůbec zmíněna, je vhodné, ve spolupráci s odborníky, publiku popsat, jak se taková porucha projevuje a jaké jsou způsoby její terapie. Tímto způsobem mohou média nejen informovat, ale šířit osvětu o duševních poruchách i jejich léčbě. Povědomí o možnostech léčby a validní informace o konkrétní duševní poruše mohou dopomoci její destigmatizace a pochopení ze strany veřejnosti. Jako zdroje informací by měla média pro své reportáže používat kvalitní zdroje – odborné knihy, odborné časopisy či rozhovory s odborníky.

Častým jevem v médiích je také vysvětlování brutálních trestných činů automatickým přisouzením duševní poruchy pachateli, protože „nikdo normální by takovou věc nemohl spáchat“. Pokud média činí takové prohlášení, mělo by se zakládat na faktických důkazech, nikoliv na dohadech a spekulacích tvůrců reportáží nebo okolí pachatelů.

Zvláštní zřetel na způsob informování by měl být brán v případě, že média informují veřejnost o sebevraždě. Informace o tom, že někdo dokonal sebevraždu mohou totiž ve společnosti vyvolat tzv. *Wertherův efekt*. Tento efekt je pojmenovaný podle knihy Utrpení mladého Werthera, což bylo první dílo, které tento efekt vyvolalo. Veřejná idealizace sebevraždy může mít za následek zvýšení výskytu tohoto jevu. Zvláštní nebezpečí tohoto efektu hrozí, pokud sebevraždu dokoná známá osobnost, která se mezi veřejností těší velké oblibě. Nebezpečí vzniku tohoto jevu se zvyšuje s počtem detailů, které jsou v reportáži zahrnuty nebo pokud se v krátkém časovém úseku objeví v médií více takových zpráv. Nejvíce ohroženy jsou zejména dlouhodobě suicidální osoby.

Pokud média o sebevraždě i tak chtějí informovat, je vhodné do reportáže či článku připojit i kontakty pomoci. Některé reportáže mohou způsobit i tzv, *Papageno efekt*, jev opačný Wertherově efektu. Jde o takový typ mediálního výstupu, který prokazatelně snižuje sebevražednost v publiku. Tento efekt mohou mít například rozhovory s osobami, které si sebevraždu rozmyslely a dosáhly pomoci. Další možností může být veřejnost informovat o alternativním řešení náročných životních situací a léčbě duševních poruch (NÚDZ, 2019, online).

## 5.4 Aktuální destigmatizační aktivity v ČR

V současné době probíhá v České republice řada destigmatizačních aktivit a celkově lze říci, že se dá očekávat, že budou ještě narůstat, protože se problematika duševního zdraví, zejména po pandemii Covid-19, dostala do popředí veřejného zájmu. O to víc je nutné, aby měla veřejnost důvěryhodné informace nejen o konkrétních poruchách, ale i o možnostech pomoci, které mohou využít, pokud se sami potýkají s náročnými situacemi. Kromě iniciativy **Na Rovinu**, která vznikla pod záštitou NÚDZ a v této práci byla zmiňována existuje mnoho organizací, projektů a kampaní, které aktuálně působí proti stigmatizaci duševních poruch.

**Sympathea, o. p. s.**, je nevládní nezisková organizace, která vznikla v Praze v roce 2003 jako reakce na nedostatečnou informovanost rodin duševně nemocných o problematice a absenci sítě podpory pro tyto rodiny. Organizace působí na celorepublikové úrovni prostřednictvím svých vzdělávacích aktivit. Jejím hlavním posláním je sdružovat osoby s duševní poruchou a jejich příbuzné, kterým poskytuje pomoc a podporu. Další hlavní cíle organizace zahrnují ochranu práv osob s duševní poruchou, podporovat a kvalitně informovat jejich příbuzné a naslouchat jejich potřebám a bojovat se stigmatem duševní nemoci ve společnosti. Organizace spolupracuje s odborníky, psychiatry a dalšími organizacemi a snaží se prosazovat systémové změny v souladu s cíli organizace (Sympathea o.p.s., online).

Další organizací podílející se na procesu destigmatizace je **VIDA, z. s**. VIDA působí na celém území České republiky a boj proti stigmatizaci duševně nemocných je jedním z hlavních cílů organizace. Mimo destigmatizačních aktivit je náplní jejich práce také poskytovat integrační, rehabilitační a jiné činnosti, které pomáhají lidem s duševní poruchou žít plnohodnotný život – moci samostatně bydlet, pracovat a být účasten každodenního života. Z velké části je činnost organizace založena na vzájemné pomoci mezi osobami s duševní poruchou, které působí v organizaci jako tým vyškolených konzultantů, kteří jsou k dispozici dalším potřebným. VIDA již od roku 2005 organizuje program přednášek s názvem *Jak se žije s duševním onemocněním*. Tyto přednášky jsou určeny zejména široké veřejnosti a jsou vedeny osobami, kteří mají osobní zkušenost s duševní poruchou. Zprostředkování kontaktu veřejnosti s osobou s duševním onemocněním tak může přispět k eliminaci předsudků, se kterými publikum na přednášky přichází. Součástí organizace je taktéž mediální skupina MAJRA, která se zabývá natáčením krátkých dokumentů, vydáváním vzdělávacích materiálů pro klienty i veřejnost, spoluprací na osvětových kampaních a spoluprací s médii v oblasti informování o problematice duševního zdraví. Od roku 2014 pod organizací působí taktéž divadelní soubor Psycheche, který pomocí divadelních inscenací veřejnosti přibližuje životy lidí s duševním onemocněním a pořádá workshopy a další akce s touto tématikou (VIDA z. s., online).

**Péče o duševní zdraví, z. s.**, je organizací, jejímž cílem je pomoci jedincům starším 16 let se závažnými duševními poruchami (schizofrenie, afektivní poruchy, poruchy osobnosti a další) do takové míry, aby mohli žít ve svém přirozeném prostředí a nikoliv v prostředí psychiatrických nemocnic a psychiatrických oddělení. Organizace působí v rámci Královehradeckého a Pardubického kraje a funguje jako terénní i ambulantní služba, která nabízí mimo sociálních služeb i služby zdravotnické, které zajišťují kvalifikovaní psychiatři,

psychologové a zdravotní sestry. Dále v týmu působí sociální pracovníci a peer konzultanti. Péči o klienty/pacienty jsou schopni zajistit i několikrát denně, aby nemuselo dojít k hospitalizaci. Pomáhají jim překonávat aktuální krize a jiným předcházet. V rámci reformy psychiatrické péče PDZ transformuje svá regionální centra na multidisciplinární Centra duševního zdraví. Díky tomu se jim daří zajišťovat kvalitní psychologické, psychiatrické a sociální služby i mimo krajská města. PDZ přispívá k procesu destigmatizace i vzděláváním odborných pracovníků o problematice duševního zdraví, vydává tiskové zprávy a informační materiály pro média i širokou veřejnost (Péče o duševní zdraví z. s., online).

**Fokus ČR, z. s.**, je nestátní neziskovou organizací, která vznikla již v roce 1990 a celkově pod sebou sdružuje 11 samostatně fungujících center, které nabízí služby v 7 krajích ČR. Posláním všech center je pomáhat lidem s duševním onemocněním, aby mohli žít ve své rodině a komunitě. Fokus funguje v terénní i ambulantní formě a fungování zajišťují multidisciplinární týmy. Destigmatizace je jedním z hlavních cílů organizace. Zejména organizace Fokus Praha zajišťuje vzdělávací a destigmatizační aktivity, které jsou mířené na konkrétní cílové skupiny i širokou veřejnost. Kampaň *Svoboda uzdravuje* je celospolečensky mířenou kampaní, jejímž hlavním cílem je zdůraznit význam ponechání osob s duševní poruchou v jejich přirozeném prostředí, v jejich rodině a komunitě. Má veřejnost motivovat k rozmluvě o duševním zdraví a upozorňuje na fakt, že vážnou krizí si v životě projde každý a každý může někdy potřebovat odbornou pomoc. *Duševní zdraví otevřeně a bez předsudků* je další aktuální kampaň organizace Fokus, která se zaměřuje na odbourávání nejčastějších předsudků, které ve společnosti panují o duševním zdraví. Normalizuje problematiku duševních obtíží a klade důraz na možnosti pomoci, které jsou nyní dostupné. Patrně nejstarší a zároveň nejznámější kampaň, kterou Fokus organizuje jsou *Týdny duševního zdraví*. Od roku 2018 na organizaci této kampaně spolupracuje společně s NÚDZ a jde o multižánrový festival, jehož hlavním posláním je destigmatizace a každoročně trvá od 10. září do 10. října. V roce 2021 Fokus v rámci projektu *Studio Duše* natočil 9 příběhů osob s různým typem duševního onemocnění a příběhy poté zveřejnil na síti YouTube, kde mohou sloužit nejen ostatním lidem s duševní poruchou, ale i jako edukační materiál pro širokou veřejnost, který je dostupný v populární formě videa. Fokus je také autorem programu primární prevence s názvem „*Blázníš? No a!*“ Ten je zaměřený na pedagogy a studenty středních škol a učí je pracovat s vlastními emocemi a prožíváním. Fokus také zaštiťuje vydávání literatury v edici *Luna*, jejíž autoři se sami potýkají s duševním onemocněním nebo se věnují této tématice (Fokus Praha z. ú., online).

**Centrum pro rozvoj péče duševního zdraví, z. s.**, je organizace zaměřená jednak na vzdělávání profesionálů a zkvalitňování psychiatrické a psychologické péče v ČR, ale také od roku 2004 provozuje stránky www.stopstigma.cz. Unikátnost těchto stránek plyne zejména z toho, že se na jejich obsahu podílejí peer konzultanti a také kvalifikovaní psychologové a psychiatři, kteří odpovídají na dotazy veřejnosti. Vydávají obsah, jehož cílem je zlepšení obrazu duševně nemocných v očích široké veřejnosti i veřejných institucí. Stránky také obsahují kvalitní a srozumitelné informace ve formě psaných textů i videí, které slouží jako vzdělávací materiály. Významným konceptem, který organizace podporuje je princip zotavení (*recovery*). V duchu tohoto konceptu se nese i odborné vzdělávání, které organizace nabízí dalším organizacím na poli duševního zdraví (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví z. s., online).

Další aktivity zahrnují například **Studio 27 – Zaostřeno na duši**, což je skupina osob s duševním onemocněním, kteří se snaží kreativními způsoby informovat a vzdělávat zejména o poruchách schizofrenního okruhu. Tím přispívají k destigmatizaci těchto poruch v očích veřejnosti. Dále jde o organizaci **Nevypusť duši, z. s.**, která široce působí v rámci sociální sítě Instagram a působí svými preventivně vzdělávacími příspěvky, kterými se snaží normalizovat témata duševního zdraví a nepohody. Pořádají programy pro školy, firmy i sociální pracovníky na různá témata, na webových stránkách provozují seznam kontaktů pomoci, vydávají infografiky a jiné materiály. V Brně v roce 2010 vznikl **projekt Psychobraní** pod Fakultou sociálních studií MUNI, jehož cílem je organizovat odborné přednášky na témata duševního zdraví pro odbornou i laickou veřejnost. Dokumentární cyklus **Život za zdí**, jehož cílovou skupinou jsou zejména osoby s depresí a úzkostmi informuje o těchto onemocněních a snaží se podpořit k vyhledání odborné pomoci a bojovat proti stigmatizaci těchto onemocnění. Velmi populární je taktéž multižánrový kulturní festival **Mezi ploty**, který má již více než třicetiletou tradici a zahrnuje různorodá vystoupení od známých hudebníků po divadelní inscenace a další aktivity, které každoročně lákají i zástupce široké veřejnosti.

# Praktická část

Praktická část této diplomové práce obsahuje jak část kvantitativní, tak doplňkovou část kvalitativní. Jako kvantitativní metoda bylo zvoleno dotazníkové šetření, jehož cílovou skupinou byli zástupci široké veřejnosti v období mladší dospělosti, tedy od 18 do 30 let věku. Druhou část tvoří kvantitativní průzkum, který proběhl metodou neformálních polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly vedeny s celkem čtyřmi respondenty, kteří byli osloveni z řad lidí, kteří mají diagnózu duševní poruchy. Cílem druhé části šetření bylo doplnit i pohled ze strany stigmatizované skupiny a toho, jak sami vnímají předsudky ve společnosti, jaké jsou subjektivní dopady stigmatizace a jak vnímají informovanost společnosti v problematice duševních poruch.

# 6 Výzkumný problém a jeho vymezení

Cílem této diplomové práce je komplexně popsat problematiku stigmatizace duševních poruch i možnosti jejich destigmatizace. Stigmatizace je velice zásadním faktorem, který má vliv na kvalitu života duševně nemocných a ovlivňuje včasné vyhledání léčby i prognózu onemocnění. Efektivní destigmatizace je jednou z hlavních priorit všech současných snah o reformu psychiatrické péče v České republice. Výzkum v této práci se zaměřuje jednak na veřejné mínění o duševních poruchách, ale také v rámci kvalitativní části doplňuje pohled z druhé strany – pohled osob s duševní poruchou, který doplňuje jejich subjektivní pohled na problematiku a skutečné projevy stigmatizace a sebestigmatizace, se kterými se ve svém životě potkávají. Pro kvantitativní šetření byl v této práci použit dotazník vlastní konstrukce, který vychází z odborných zdrojů, které byly využity v teoretické části této práce. Pro kvalitativní část byla využita metoda polostrukturovaných rozhovorů s osobami s duševní poruchou, která zjišťovala jejich zkušenosti a názory ve třech různých základních oblastech: (1) stigmatizace okolím, (2) sebestigmatizace, (3) informovanost veřejnosti. Výzkumný problém pro tuto práci byl tedy stanoven v následujícím znění: **Jaká je míra předsudků mezi dotazovanými vůči osobám s duševní poruchou a jak tuto problematiku vnímají samotní jedinci s duševní poruchou?**

## 6.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem výzkumu v této diplomové práci je popsat, v jaké míře stigmatizují respondenti v období mladší dospělosti a jak stigmatizaci vnímají samotní lidé s duševní poruchou.

### 6.1.1 Dílčí cíle

C1: Zjistit úroveň stigmatizace duševně nemocných ze strany respondentů v období mladší dospělosti a faktory, které mají na míru stigmatizace vliv.

C2: Zjistit, jak vnímají stigmatizaci i destigmatizaci duševních poruch osoby, které jimi trpí a zjistit, zda a jakým způsobem u nich dochází k sebestigmatizaci.

C3: Zjistit postoj veřejnosti k probíhající reformě psychiatrické péče v ČR a snahám o transformaci institucionální péče na péči komunitní.

### 6.1.2 Výzkumné předpoklady

Pro tuto diplomovou práci a její kvantitativní část byly stanoveny na základě odborných zdrojů některé výzkumné předpoklady, vycházející zejména z dříve provedených výzkumů, které se zabývaly problematikou stigmatizace duševních poruch a lze je nalézt v teoretické části této práce. Výzkumné předpoklady jsou následující:

**VP1**: Respondenti, kteří uvádí vyšší stupeň dosaženého vzdělání, zastávají při porovnání s ostatními skupinami v průměru menší počet předsudků o lidech s duševní poruchou.

**VP2**: Osoby, které uvádí více zdrojů informací o problematice duševních poruch zastávají v průměru méně stigmatizujících postojů než osoby, které uvádí jako jediný zdroj informací TV anebo internet.

**VP3**: Respondenti, kteří mají ve svém okolí blízkou osobu, která trpí duševní poruchou zastávají méně stigmatizující postoje k duševním poruchám jako celku.

**VP4**: Nejvyšší stupeň závažnosti respondenti přisuzují závislostním a psychotickým poruchám.

## 6.2 Použité metody

Ve výzkumném šetření byla využita metoda dotazníkového šetření pomocí dotazníku vlastní konstrukce, který obsahoval celkem 19 položek, které byly rozděleny do čtyř oddílů v souvislosti s tím, co měly za úkol zjišťovat. Před samotným začátkem dotazníku byla

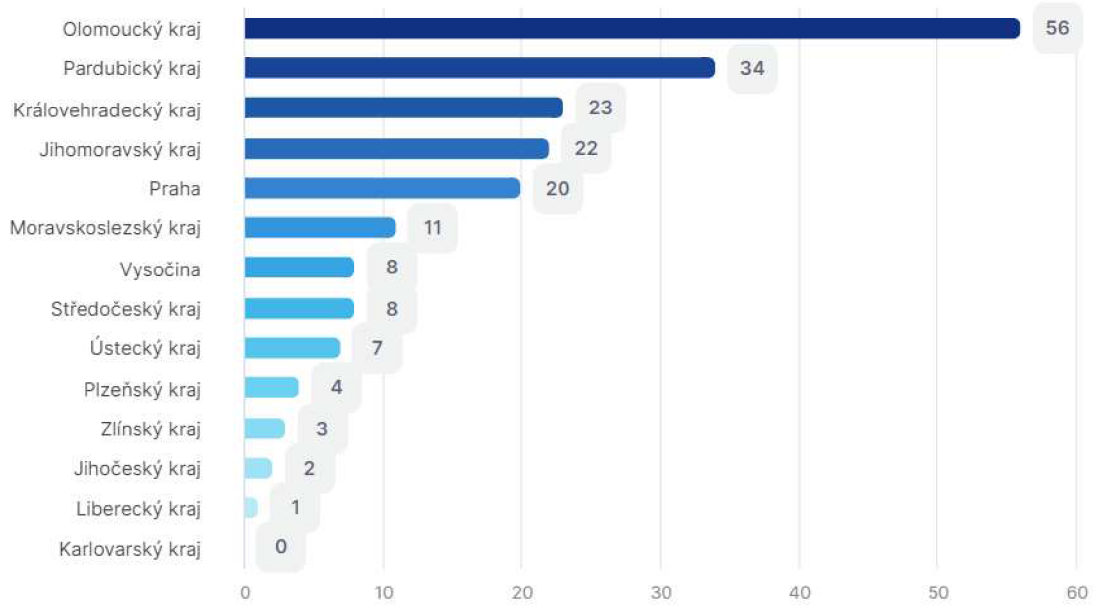
na úvodní straně vysvětlena podstata a účel dotazníkového šetření, informace o přibližném čase, které vyplnění zabere a vymezení věkové kategorie respondentů. První oddíl tvořilo pět uzavřených otázek (otázka č. 1 až č. 5), které zjišťovaly základní demografické údaje o respondentech jako je pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, aktuální zaměstnání a kraj, ve kterém respondent dlouhodobě pobývá. Druhý oddíl otázek (otázky 6 až 12) zjišťoval převážně zkušenosti respondentů s problematikou duševních poruch – zdroje jejich informací o problematice, základní orientaci ve skupinách duševních poruch, osobní zkušenosti s lidmi s duševní poruchou. Otázky 13 až 15 zkoumaly souhlas nebo nesouhlas respondentů s nejčastějšími mýty, které se pojí k duševním onemocněním a osob s nimi. Respondenti se také mohli vyjádřit k tomu, zda jsou spíše pro komunitní nebo institucionální péči o osoby s duševní poruchou. Poslední skupina otázek, otázky 16 až 19 se zabývaly tím, zda respondenti v poslední době zaznamenali vzdělávací materiály a jiné destigmatizační aktivity, které aktuálně probíhají a jaké organizace na tomto poli působí. Z celkem 19 položek byly 3 otázky otevřené (2 z nich byly nepovinné, záležely na odpovědi v předchozí otázce), 10 otázek bylo uzavřených a 6 otázek bylo výběrových, z čehož ve třech případech mohli respondenti doplnit i možnost „Jiné…“, kterou využívali.

Druhou, doplňkovou část výzkumu, tvoří 4 rozhovory s osobami s duševní poruchou, které byly realizovány formou polostrukturovaného osobního rozhovoru. Cílem této kvalitativní části je doplnit informace získané v dotazníku mezi širokou veřejností a přinést do výsledků této práce i pohled na problematiku stigmatizace z druhé strany – jaké jsou subjektivní dopady stigmatizace na jedince, jak se u nich projevuje sebestigmatizace a jaká je podle nich informovanost v oblasti duševního zdraví mezi širokou veřejností.

## 6.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvoří osoby ve věku 18 až 30 let, tedy osoby v období mladší dospělosti, které byly náhodně osloveny z řad široké veřejnosti prostřednictvím sociálních sítí, především skrze Facebook a Instagram. Celkem se výzkumu zúčastnilo 199 osob, které dokončily dotazníkové šetření. Co se týče pohlaví respondentů, na dotazník odpovídalo celkem 146 žen, 52 mužů a 1 osoba, která se identifikuje jinak či nechtěla uvádět své pohlaví. 139 účastníků spadá do věkové kategorie 18 až 25 let, 60 respondentů do kategorie 26 až 30 let. Co se týče krajů, ve kterých respondenti uvádí dlouhodobý pobyt, rozložení ilustruje následující graf.

Obrázek 2 - Graf zastoupení respondentů z jednotlivých krajů (data vlastní, graf Survio.com)




Výzkumný soubor pro polostrukturované rozhovory tvoří 4 osoby s diagnózou duševní poruchy. Jedná se o dvě ženy a dva muže, každý z nich má odlišnou diagnózu, což může přinést širší pohled na to, jak lidé s různými poruchami vnímají stigmatizaci ve společnosti. Tito respondenti byli buď osloveni autorkou výzkumu nebo se sami k účasti přihlásili po zveřejnění výzvy na sociálních sítích. Při hledání respondentů pro rozhovory se jako zajímavé ukázalo, že mělo více žen zájem na účasti a samy se ozývaly, muži reagovali spíš na přímé oslovení a až poté byli ochotni sdílet svoje zkušenosti s duševní poruchou. Podrobnosti o jednotlivých respondentech pro kvantitativní část výzkumu přibližuje následující tabulka:

Tabulka 3 - Respondenti kvalitativního výzkumu (vlastní data)

| Respondent | Pohlaví | Věk | Zaměstnání | Diagnóza | Projevy nemoci od | V péči psychologa či psychiatra | Kraj, kde pobývá |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **č. 1** | žena | 23 | student | BAP, PTSD, panická porucha, PPP | 12/13 let | 9 let | Praha, Hradec Králové |
| **č. 2** | muž | 24 | IT, programátor | BAP | 21 let | 3 roky pro BAP, 12 let celkem | Jihomoravský |
| **č. 3** | muž | 30 | operátor výroby | depresivní porucha, suicidální sklony | 13/14 let | 8 let, nyní 2 roky stabilní bez léčby | Ústecký |
| **č. 4** | žena | 26 | student | HPO, GAD, panická porucha, těžká chronická deprese | 10 let | 8 let | Pardubický |

## 6.4 Organizace a průběh výzkumu

### 6.4.1 Dotazník

Dotazník byl vytvořen přes webový dotazníkový nástroj Survio.com. Po zhotovení dotazníku vlastní konstrukce byl vytvořen odkaz na dotazník, který byl následně distribuován prostřednictvím sociálních sítí Facebook a Instagram. Proběhla snaha o to, aby se do dotazníku zapojili lidé ze všech krajů České republiky. To se, s výjimkou Karlovarského kraje, podařilo realizovat. Dotazník koloval na sociálních sítích během měsíce května a června 2024 a celkem se podařilo sesbírat 199 odpovědí.

### 6.4.2 Rozhovory

Rozhovory se čtyřmi respondenty, kteří patří do řad osob s diagnostikovanou duševní poruchou probíhaly také během měsíce května a června. Pokud to bylo možné, rozhovor probíhal v jejich přirozeném prostředí, aby byla navozena co nejpříjemnější atmosféra pro rozpravu o osobním tématu, jako je téma duševního zdraví. Velmi záleželo na faktoru soukromí rozhovoru, kterého

se ve všech případech podařilo docílit. V úvodu rozhovoru byli respondenti ústní formou informováni o účelu rozhovoru, o anonymizaci všech získaných dat a o možnosti kdykoliv během rozhovoru i po něm odvolat svou účast na výzkumu. Všichni respondenti souhlasili a k datu odevzdání diplomové práce žádný od svého souhlasu s možností využít materiál získaný v rozhovoru neodstoupil. Po představení účelu rozhovoru a dalších náležitostí následovalo krátké dotazování na některá tvrdá data, jako je věk respondenta, jeho zaměstnání, místo dlouhodobého pobytu a diagnóza duševní poruchy. Všechna tato data souvisí s otázkami, které byly v rozhovoru kladeny. Byla zdůrazněna možnost na kteroukoliv z otázek neodpovědět, pokud by na ní daná osoba nechtěla odpovídat, z jakýchkoliv důvodů. Po získání těchto základních dat, které sloužily jako východisko pro další dotazování došlo k přechodu na samotný rozhovor, který byl tematicky rozdělen do tří částí. První část se soustředila na stigma, které respondenti zažívají ze strany svého okolí. Druhá část zahrnovala otázky týkající se sebestigmatizace. Poslední skupina otázek měla za cíl zjistit osobní názor respondentů na informovanost společnosti o duševních poruchách a toho, zda a jak vnímají probíhající reformu psychiatrické péče.

## 6.5 Metody zpracování získaných dat

### 6.5.1 Dotazníkové šetření

Data získaná v kvantitativní části šetření byla zpracována pomocí deskriptivní statistické analýzy, jejímž úkolem je popsat postoje respondentů k duševním poruchám a osobám s jejich diagnózou. Výsledky jsou prezentovány především pomocí grafů a tabulek četnosti společně se slovním komentářem. Grafy a tabulky spojené s výzkumem lze nalézt v sekci Přílohy. V následné diskuzi budou porovnány výsledky dotazníkového šetření s výzkumnými předpoklady stanovenými před zahájením výzkumu.

### 6.5.2 Polostrukturované rozhovory

Polostrukturované rozhovory, které byly provedeny jako doplňková část praktické části této práce byly analyzovány metodou zakotvené teorie. Hlavní oblasti zkoumání, které byly určeny ještě před započetím rozhovorů zahrnují oblast veřejné stigmatizace, sebestigmatizace a postoje k informovanosti veřejnosti.

Zakotvená teorie (*grounded theory*) je jedním ze základních typů zpracování kvantitativních dat. Jde o induktivní metodu analýzy, kde z dat získaných během výzkumu

výzkumník následně konstruuje novou teorii, která vypovídá o vzájemných vztazích mezi zkoumanými jevy. Metoda zakotvené teorie byla vytvořena v 60. letech 20. století a jejími tvůrci jsou Barney Glaser a Anselm Strauss. Tito dva autoři se následně rozcházejí v různém pojetí zakotvené teorie, zejména v aspektu její otevřenosti.

Pro účely této diplomové práce je využit koncept zakotvené teorie, kterou dále rozvíjel Strauss a Corbinová. V jejich knize *Základy kvalitativního výzkumu* (1999) definují několik základních principů metody zakotvené teorie. Mezi ně patří následující:

1) Základním cílem výzkumu není studium jednotlivých jevů, ale tvorba nové teorie, která vyjadřuje vzájemné kauzální vztahy mezi jednotlivými jevy. Typické pro ni je, že výzkumník určuje v počátku výzkumu pouze oblasti svého zájmu, nikoliv pevně dané sledované jednotky a jevy. Ty se vynořují během výzkumu samotného.
2) Cílem není popsat vybrané jevy v celé jejich komplexnosti, ale schematicky vyjádřit vzájemné vztahy mezi jednotlivými proměnnými. Na základě dat získaných během výzkumu výzkumník identifikuje relevantní proměnné a operacionalizuje jejich vzájemné vztahy.
3) Výsledná teorie se orientuje zejména na procesy mezilidské interakce, které mají vliv na vznik daného jevu. Jejím úkolem je popsat dynamiku jednotlivých faktorů, které jevy ovlivňují.
4) Zakotvená teorie se snaží o validitu, soulad mezi teorií a pozorováním, zobecnitelnost, replikovatelnost – znaky dobrého vědeckého výzkumu. Postupuje podle přesně vymezených postupů pro práci s daty.
5) Základem této metody je vzájemná komparace datových úryvků – mezi sebou, s nadřazenými koncepty. Koncepty jsou porovnávány mezi sebou. Cílem je najít společné znaky jednotlivých jevů i aspekty, ve kterých se odlišují (Švaříček, Šeďová, 2007).

V jejich pojetí je metoda zakotvené teorie proces třífázového kódování. Zahrnuje kódování otevřené, axiální a selektivní. Otevřené kódování je první fází tohoto procesu, kdy v datovém materiálu dochází k identifikaci jednotlivých stěžejních oblastní a přiřazení kódů těmto oblastem. Tyto kódy mohou být ve formě slov nebo krátkých frází, které by měly vystihovat povahu daného sdělení (indikátoru). Jednotlivé indikátory mohou být jednoduchými slovními spojeními nebo většími částmi textu. Výběr těchto úseků datového materiálu probíhá ve vztahu k výzkumné otázce, na které výzkum stojí – tzv. výzkumník z textu vybírá to,

co považuje za důležité vzhledem k určené výzkumné otázce. Švaříček a Šeďová (2007) pro volbu názvu kódu doporučují využívat zejména odborné termíny, ale lze využít i některé výstižné termíny, se kterými přijde sám respondent (tzv. termíny *in vivo*). Po okódování jednotlivých úseků dat je možné je seřadit do jednotlivých kategorií, pod které spadají.

Druhou fází je kódování axiální, jehož cílem je vytvořit vzájemné souvislosti mezi kategoriemi a subkategoriemi. V axiálním kódování bývá nejčastěji využíván takzvaný paradigmatický model: *(A) Příčinné podmínky jevu → (B) Jev → (C) Kontext → (D) Intervenční faktory → (E) Strategie jednání a vzájemná interakce → (F) Následky* (Švaříček, Šeďová, 2007, s. 232). Do modelu jsou dosazeny kategorie, které vznikly během procesu otevřeného kódování. Během této fáze výzkumník hledá vzájemný vztah mezi jevy (jako příčinné podmínky mají za následek konkrétní jev).

Poslední fází je tzv. kódování selektivní, kde si výzkumník zvolí jednu kategorii, kterou považuje za stěžejní (tzv. centrální kategorie). Centrální kategorie se stává hlavním bodem celého analytického příběhu, na kterém výzkumník staví svou teorii, protože dobře vystihuje zkoumaný jev. V procesu selektivního kódování se snaží výzkumník najít určité pravidelnosti v jednotlivých procesech, které se poté stávají tvrzeními pro jeho teorii. Vzájemné souvislosti jsou zaznamenány do tzv. kauzálního modelu, dle nějž teorie vysvětluje, které jevy mají za následek jevy jiné (Švaříček, Šeďová, 2007).

## 6.6 Výsledky šetření

### 6.6.1 Dotazník pro širokou veřejnost

Dotazník byl vytvořen na stránce Survio.com a mohl se ho zapojit kdokoliv, kdo splňoval věkové kritérium 18 až 30 let. Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány jednak pomocí analytického nástroje, který nabízí stránka Survio.com, ale také pomocí tabulek a funkcí v Excelu. Výsledky jsou prezentovány v následujícím souhrnu informací, v sekci Přílohy lze nalézt plné znění dotazníku i celé vyhodnocení výzkumu analytickým nástrojem Survio.

**Položka č. 1** zjišťovala pohlaví respondentů. 73,4 % respondentů představovaly ženy, 21,1 % muži a zbylých 0,5 % představovala jedna osoba nepřející si uvádět své pohlaví.

**Položka č. 2** byla zaměřena na nejvyšší dosažené vzdělání respondentů a byla východiskem pro další analýzu výsledků ve vztahu k výzkumným předpokladům šetření. Nejvyšší podíl, 44,2 % respondentů, tvořila skupina osob se středoškolským maturitním

vzděláním. 23,6 % osob uvádělo dosažené bakalářské vzdělání, 15,6 % vyučení. 8 % osob uvádí dokončené magisterské vzdělání, 7 % vzdělání základní a 1,5 % respondentů má vyšší odborné vzdělání.

**Položka č. 3** zjišťovala pracovní status respondentů. Téměř shodný počet respondentů uvádí práci na plný či částečný úvazek a status studenta (46,2 % a 45,2 %). 5 % respondentů je na mateřské/rodičovské dovolené a 3,5 % je nezaměstnaných.

Téměř 70 % respondentů výzkumu spadá do věkové kategorie 18 až 24 let, zbylých 30 % následně uvádí věk 25 až 30 let, jak ukazují výsledky **položky č. 4.**

**Položka č. 5** zjišťovala, v jakém kraji respondenti dlouhodobě pobývají, jak reprezentuje graf v podkapitole popisující výzkumný soubor tohoto šetření. V průzkumu dominovali respondenti z Olomouckého, Pardubického, Královehradeckého a Jihomoravského kraje, kteří dohromady tvořili 67,9 % respondentů.

**Položka č. 6** již měla za úkol zjišťovat, jaké jsou všechny zdroje, které respondenti využívají k získávání informací o duševních poruchách. Drtivá většina respondentů uvádí více různých zdrojů informací, ze kterých čerpají. Pouze 8 osob uvedlo, že jako jediné zdroje jim složí internetové zpravodajství a TV, což jsou pouze 4 % z celkového počtu respondentů. Zbylých 96 % respondentů uvádí zdrojů více. Nejčastěji se mezi respondenty objevovaly následující odpovědi:

Tabulka 4 - Zdroje informací o duševních poruchách (vlastní data)

| Zdroj informací | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|---|---|
| **Internetové zpravodajství, články, diskuze, soc. sítě** | 167 | 40,1 % |
| **Osobní zkušenost** | 106 | 25,5 % |
| **Odborná literatura** | 78 | 18,8 % |
| **Televize** | 28 | 6,7 % |
| **Populárně naučná literatura** | 24 | 5,8 % |
| **Jiné (prosím uveďte)** | 13 | 3,1 % |

Mezi jiným zdroji informací respondenti uváděli především známé a přátele, psychoterapeuta, Google a sociální síť Tiktok, která je využívána laickou i odbornou veřejností ke zpopularizování tématu duševního zdraví, zejména mezi mladou generací.

**Položka č. 7** se dotazovala, zda mají respondenti ve svém okolí osobu, která trpí duševní poruchou. 75,4 % (n= 150) uvedlo, že ve svém okolí takovou osobu má, pouze 24,6 % o žádné takové osobě ve svém okolí neví.

**V otázce č. 8** bylo hlavním cílem zjistit, jak by respondenti shrnuli svou osobní zkušenost s osobami s duševními poruchami. Odpovědi byly následující:

Tabulka 5 - Zkušenosti respondentů s osobami s duševní poruchou (vlastní data)

| Jaká je vaše zkušenost s osobou s duševní poruchou? | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|---|---|
| **Převážně pozitivní** | 52 | 26,1 % |
| **Neutrální** | 91 | 45,7 % |
| **Převážně negativní** | 27 | 13,6 % |
| **Nemám zkušenost s takovou osobou** | 29 | 14,6 % |

Jak ukazují výsledky této položky, většina osob vnímá zkušenost s osobami s duševní poruchou spíše jako neutrální. Následují především pozitivní zkušenosti, které uvádí 26,1 % respondentů, žádná zkušenost a převážně negativní zkušenost uvádí 13,6 % respondentů. Na osmou otázku přímo navazuje **položka č.9**, která nebyla povinná a respondenti mohli pomocí ní popsat konkrétní pozitivní i negativní zkušenosti, které mají. Osoby, které uvádí převážně negativní zkušenosti prezentují následující příklady: obtížná komunikace, emocionální náročnost blízkosti osoby s duševní poruchou, nepřiměřené a neadekvátní reakce, duševní porucha blízké osoby, agrese v době ataky onemocnění. Mezi pozitivními zkušenostmi respondenti uvádí především to, že jsou to normální lidé jako každý jiný, mají vyšší míru empatie, porozumění problémům druhých, motivaci se vzdělávat a pracovat na sobě. I přes občasné těžkosti jsou jim tyto osoby často velmi blízké a vnímají je jako stejně hodnotné, jako osoby bez duševní poruchy.

**Položka č. 10** zjišťovala přehled respondentů o existenci jednotlivých skupin duševních poruch, které zkoumá tato diplomová práce. Respondenti měli za úkol označit všechny skupiny, se kterými se setkali nejen osobně, ale i z jakýchkoliv jiných zdrojů – literatura, internet, TV,

časopisy a další. Nejvíce respondentů označilo afektivní a neurotické poruchy (74,4 % a 73,9 %), následovaly poruchy příjmu potravy (63,8 %), závislostní poruchy (60,8 %), psychotické poruchy (50,8 %) a jako nejméně známé se mezi respondenty ukázaly poruchy osobnosti (39,2 %). V navazující **otázce č. 11** měli poté respondenti za úkol vybrat, zda a kterou poruchu, by označili jako závažnější z pohledu společnosti. Odpovědi prezentuje následující tabulka:

Tabulka 6 - Hodnocení závažnosti duševních onemocnění (vlastní data)

| Je podle Vás některá skupina poruch závažnější než ostatní? | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|---|---|
| **Všechna onemocnění vnímám se stejnou závažností** | 101 | 34,9 % |
| **Psychotické poruchy** | 70 | 24,2 % |
| **Závislostní poruchy** | 34 | 11,8 % |
| **Poruchy osobnosti** | 29 | 10 % |
| **Poruchy příjmu potravy** | 25 | 8,7 % |
| **Afektivní poruchy** | 16 | 5,5 % |
| **Neurotické poruchy** | 14 | 4,8 % |

**Položka č. 12** byla opět dobrovolná a respondenti v ní měli možnost zdůvodnit své rozhodnutí, proč v otázce č. 11 vybrali některou ze skupin duševních poruch jako více závažnou něž zbytek. Jako důvod označení psychotických poruch respondenti uváděli: nepředvídatelnost chování, nemají kontrolu nad svým chováním, mohou být nebezpeční (fyzické napadnutí až vražda), halucinace, neschopnost fungovat ve společnosti, neléčitelnost, bludy, bizarní projevy onemocnění (nepochopitelné). Závislostní poruchy byly označovány z těchto důvodů: neovládají svoje chování, za spáchání trestného činu nejsou jedinci souzeni stejně, nebezpečnost, finanční ohrožení vlastní rodiny (např. u gamblingu), finanční zátěž pro stát, za problém si mohou sami. Poruchy osobnosti byly některými respondenty zvoleny za více nebezpečné z důvodu nebezpečnosti jedinců s PO, nemožné resocializace, neléčitelnosti a nepředvídatelnosti. Jako důvody pro označení poruch příjmu potravy uváděli respondenti spíše dopady na samotného jedince, než na jeho okolí, což bylo původním záměrem otázky.

Jako důvod ze strany okolí uvádí zátěž okolí a obtížnou léčbu. Afektivní a neurotické poruchy byly respondenty v této položce posuzovány podobně – spíše z pohledu negativních dopadů na jedince. 34,9 % respondentů nicméně uvádí, že všechny poruchy jsou podle nich stejně závažné a nevybrali by žádnou skupinu jako závažnější, z pohledu společnosti. Výsledek této položky také **potvrdil výzkumný předpoklad č.4**, který na základě odborné literatury předpokládal, že nejvíce stigmatizovanými duševními poruchami jsou poruchy závislostní a psychotické.

**Položka č. 13** zjišťovala, jaká předsudečná tvrzení o duševních poruchách a lidech s diagnostikovanou duševní poruchou jsou blízká respondentům dotazníku. Měli zakliknout všechna tvrzení, se kterými souhlasí. 25,1 % respondentů uvedlo, že nesouhlasí s žádným z přeložených tvrzení. Odpovědi na tuto otázku ilustruje následující tabulka, která uvádí absolutní i relativní počty respondentů, kteří souhlasí s jednotlivými stigmatizujícími tvrzeními.

Tabulka 7 - Stigmatizující přesvědčení respondentů (vlastní data)

| **Označte všechna tvrzení, se kterými souhlasíte.** | **Absolutní četnost** | **Relativní četnost** |
|---|---|---|
| **Duševní onemocnění nelze zcela vyléčit.** | 86 | 43,2 % |
| **Když se dozvím, že někdo v mém okolí trpí duševní poruchou, vyvolává to ve mně nepříjemné pocity (obavy, nervozita, strach, vztek, ...)** | 47 | 23,6 % |
| **Myslím, že duševní nemoc se dá překonat dostatkem vůle a práce.** | 46 | 23,1 % |
| **Lidé s duševním onemocněním nedokáží ve škole nebo v práci produkovat stejné výsledky jako zdravá populace.** | 43 | 21,6 % |
| **Duševní porucha osoby by mě odradila od toho, abych s ní měl/a intimní vztah.** | 33 | 16,6 % |
| **Duševně nemocní lidé páchají častěji trestnou činnost než zdravá populace.** | 31 | 15,6 % |
| **Myslím si, že velká část lidí, kteří tvrdí, že mají duševní poruchu jsou líní a nedokáží plnit svoje povinnosti.** | 20 | 10,1 % |
| **Lidé s duševním onemocněním jsou nebezpeční a měli by se neustále nacházet pod odborným dohledem.** | 18 | 9 % |
| **Když se potkám s člověkem, který má duševní onemocnění, spolehlivě to na něm poznám.** | 11 | 5,5 % |
| **Duševní poruchy jsou podle mě méně závažné než fyzická onemocnění.** | 8 | 4 % |

**Otázka č. 14** se respondentů dotazovala na jejich názor na komunitní péči s ohledem na její oboustrannou prospěšnost pro společnost i jedince. Drtivá většina, 82,4 % respondentů se vyjádřila pro komunitní péči, ponechání pacienta v jeho přirozeném prostředí. Jako důvody své odpovědi uváděli (**v položce č.15**) prospěšnost domácího prostředí pro léčbu, podporu rodiny a blízkých. Někteří respondenti dokonce uváděli, že prostředí během hospitalizace by mohlo průběh poruchy ještě zhoršit. Mnoho respondentů se také vyjadřovalo, že nelze na otázku jednoznačně odpovědět, protože rozhodnutí mezi hospitalizací a komunitní léčbou závisí na mnoha faktorech jako je typ a závažnost poruchy, typ rodinného zázemí a další. Několik respondentů, kteří byli zejména pro hospitalizaci jako důvody uváděli rychlejší a odbornější péči, prospěšné vytrhnutí pacienta z denního stereotypu, nevhodnost rodinného prostředí (zhoršuje průběh poruchy). Pouze 4 respondenti se jasně vymezili pro hospitalizaci duševně nemocných z důvodu obavy z jejich nebezpečnosti a nepředvídatelnosti.

Následující skupina otázek se zaměřila na názor respondentů na informovanost veřejnosti o problematice duševních poruch. Jak zjistila **položka č. 16**, 62,3 % respondentů uvádí, že se v poslední době setkala s materiály na toto téma. V rámci **otázky č. 17** měli respondenti za úkol specifikovat, v jaké formě se s těmito materiály setkali. 36,6 % se setkala s těmito materiály zejména na sociálních sítích, ať už ve formě specializovaných stránek nebo příspěvků, které se zabývaly tématem duševního zdraví a duševních poruch. 18,8 % osob se poté setkalo s informačními plakáty, letáky a brožurami u lékaře, 13,7 % navštívilo webové stránky přímo určené tématice duševního zdraví. 6,7 % respondentů se s tématikou setkalo v rámci TV pořadu, spotu nebo reportáže. Jako další zdroje, které nebyly uvedeny v nabídce této položky respondenti uváděli webináře, informace získané ve škole, podcasty, mobilní aplikace, knihy a také informace od zdravotních pojišťoven.

**Otázka č. 18** se respondentů ptala, zda jsou spokojeni s kvalitou a množstvím informací o problematice duševního zdraví. 7,5 % respondentů o tyto informace nemá zájem. 24,6 % respondentů se cítí dobře informováno, nicméně 67,8 % respondentů by ocenilo více informací o duševních poruchách. Poslední **položka č. 19** se pak respondentů ptala na několik známých organizací a projektů, které působí v ČR na poli edukace o duševních poruchách a jejich destigmatizace. Jednalo se o organizace Nevypusť duši, z. s., Péče o duševní zdraví, z. s., dále o kampaň Týdny duševního zdraví, projekt Destigmatizace a projekt pro SŠ „Blázníš? No a!“ 33 % respondentů uvedlo, že nezná žádnou z uvedených aktivit. Nejznámější mezi respondenty se ukázala organizace Nevypusť duši, z. s., která působí

především prostřednictvím sociálních sítí a dále také organizace Péče o duševní zdraví, což je patrně způsobeno vysokým podílem respondentů z Pardubického a Královehradeckého kraje, kde jmenovaná organizace působí. Jako další organizace uváděli respondenti organizaci VIDA, z. s., Loono, z. s., a YouTube kanál Za Zdí.

V návaznosti na předem určené výzkumné předpoklady bylo prostřednictvím tohoto dotazníku také zkoumáno, zda má nejvyšší dosažené vzdělání vliv na průměrný počet stigmatizujících přesvědčení, které jedinci zastávají. Odpovědi respondentů byly rozřazeny do šesti kategorií, dle nejvyššího ukončeného vzdělání respondenta. Pro každou kategorii respondentů byl poté pomocí Excelu vypočítán průměrný počet stigmatizujících přesvědčení, které připadají v dané skupině na jedince. Výsledky byly následující:

Tabulka 8 - Průměrný počet stigma. přesvědčení na osobu (vlastní data)

| Nejvyšší dosažené vzdělání respondenta | Počet respondentů (N) | Celkový počet stigmatizujících přesvědčení pro skupinu (P) | Průměrně přesvědčení na osobu (P/N) |
|---|---|---|---|
| **Základní** | 14 | 27 | 1,929 |
| **Vyučen/a** | 31 | 69 | 2,226 |
| **SŠ s maturitou** | 88 | 140 | 1,591 |
| **VOŠ** | 3 | 4 | 1,333 |
| **Bc.** | 47 | 79 | 1,681 |
| **Mgr.** | 16 | 21 | 1,313 |

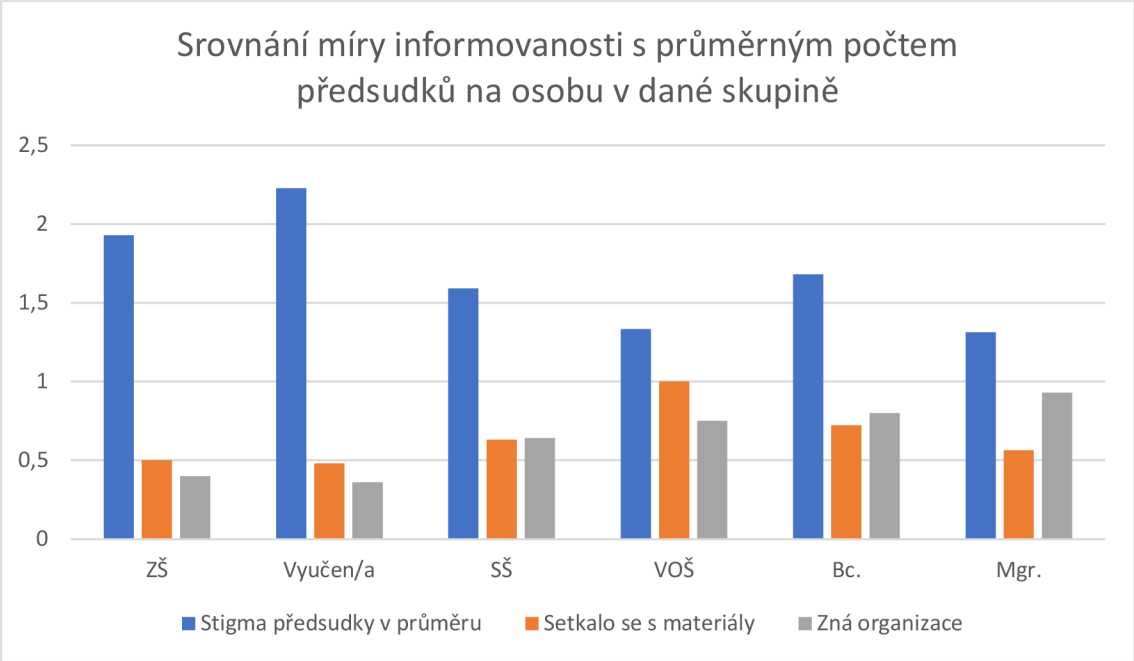
Z výzkumu vyplynulo, že nejméně stigmatizujících přesvědčení zastávali lidé s magisterským vzděláním, následovali lidé s VOŠ, dále s maturitou, s bakalářským vzděláním, se základním vzděláním a nejvíce stigmatizujících přesvědčení zastávali lidé, kteří jako nejvyšší dosažené vzdělání uvedli vyučení. Nejvyšší dosažené vzdělání ale není jediným faktorem, který stigmatizaci ovlivňuje. Jak se ukázalo během výzkumu, roli může hrát i celková informovanost jedince a zdroje, ze kterých informace čerpá. Následující tabulka porovnává, jak se jednotlivé skupiny vyjadřovaly k otázkám ohledně informovanosti o duševních poruchách.

Tabulka 9 - Informovanost z pohledu respondentů (vlastní data)

| Nejvyšší dosažené vzdělání respondenta | Osoby, které se setkaly se vzdělávacími/destigmatizačními materiály | Ocenilo by více informací | Zná projekty a organizace |
|---|---|---|---|
| **Základní** | 50 % | 57 % | 40 % |
| **Vyučen/a** | 48 % | 64 % | 36 % |
| **SŠ s maturitou** | 63 % | 73 % | 64 % |
| **VOŠ** | 100 % | 100 % | 75 % |
| **Bc.** | 72,3 % | 61,7 % | 80 % |
| **Mgr.** | 56,3 % | 69 % | 92,9 % |

Následující graf ukazuje, jak hodnotí svou informovanost respondenti s různým stupněm vzdělání. Modrá škála ukazuje, kolik průměrně připadá předsudečných hodnocení osob s duševní poruchou na osobu v dané skupině. Oranžová a šedá mají za úkol znázornit, jaká část respondentů z celkového počtu v dané kategorii dle vzdělání uvádí znalost vzdělávacích materiálů anebo destigmatizačních projektů, kampaní a organizací.

Obrázek 3 - Graf porovnávající průměrný počet předsudků a informovanost (vlastní data)




S ohledem na výsledky šetření lze konstatovat, že **výzkumný předpoklad č. 1 byl naplněn jen částečně**. Osoby s magisterským vzděláním sice uvádí v průměru na osobu

nejmenší počet stigmatizujících předsudků vůči duševním poruchám, nicméně nelze říci, že by výška dosaženého vzdělání periodicky snižovala míru předsudků u dané skupiny.

**Výzkumný předpoklad č. 2**, který předpokládal menší průměrný počet stigmatizujících přesvědčení u osob, kteří uvádí i jiné zdroje než pouze TV a internet byl ve výzkumu také **naplněn**. Při porovnání průměrného počtu předsudečných tvrzení, se kterými respondenti souhlasili, vykazovala skupina uvádějící jako jediné zdroje TV anebo internet vyšší počet předsudků na osobu než skupina uvádějící zdrojů více.

Tabulka 10- Míra předsudků v závislosti na zdroji informací (vlastní data)

| Uvedený zdroj informací | Počet respondentů | Průměrně předsudků na osobu |
|---|---|---|
| **TV a/nebo internet** | 8 | 1,702 |
| **Více zdrojů** | 191 | 2,25 |

Výzkumný předpoklad č. 3 zněl následovně: Respondenti, kteří mají ve svém okolí blízkou osobu, která trpí duševní poruchou zastávají méně stigmatizující postoje k duševním poruchám jako celku. Tento předpoklad se podařilo naplnit. 150 osob uvedlo na otázku, zda ve svém okolí má osobu s duševní poruchou, kladnou odpověď. Na jednoho respondenta z této skupiny průměrně připadalo 1,633 stigmatizujících tvrzení. U skupiny 49 respondentů, kteří uvedli, že ve svém okolí nikoho takového nemají pak připadala průměrně 2 stigmatizující tvrzení na osobu. **VP3 se tedy podařilo potvrdit**.

### 6.6.2 Rozhovory s osobami s duševní poruchou

Během analýzy výsledků rozhovorů byla použita metoda zakotvené teorie. Kódování získaných dat proběhlo na všech třech úrovních – otevřené, axiální, selektivní. Po realizaci rozhovorů a jejich následném přepisu byly jednotlivé části získaných dat kódovány ve vztahu k tématu výzkumu. Následným seskupováním a porovnáváním těchto kódů byly následně v rámci axiálního kódování stanoveny kategorie, které byly společné všem účastníkům rozhovoru a postupně byly nacházeny vzájemné vztahy mezi jednotlivými kategoriemi. Ve fázi selektivního kódování byla určena jedna stěžejní klíčová kategorie a ostatní kategorie byly vztaženy k ní dle modelu Strausse a Corbinové (1999). **Kategorie určené během axiálního kódování** byly následující:

I. Existence poruchy a její léčba
II. Rodina a její reakce
III. Partnerské a přátelské vztahy
IV. Reakce institucí
V. Vlastní postoj k diagnóze a sebestigmatizace
VI. Dopady na život
VII. Informace
VIII. Sociální služby

Následující část práce představuje výsledky interpretace vztahu jednotlivých respondentů ke stanoveným kategoriím.

**Respondent č.1**

Respondent č.1 je ženského pohlaví. Je jí 23 let a je studentkou vysoké školy. Dlouhodobě pobývá v Praze a Hradci Králové. V HK navštěvuje školu a bydlí na studentském bytě, v Praze má trvalé bydliště, bydlí v bytě s rodiči, se kterými je v kontaktu i při pobytu na studentském bytě. Dlouhodobě má partnera, se kterým plánuje společnou domácnost, ale čeká, až vystuduje a najde si práci. Má diagnostikovanou bipolární afektivní poruchu, panickou poruchu, posttraumatickou stresovou poruchu a přidruženou poruchu příjmu potravy.

**Kategorie I.**

První symptomy duševní poruchy se objevily asi ve 12 letech, psychologa navštěvuje od 14 let, posléze jí byla psychologem doporučena návštěva dětského psychiatra. Diagnostika a nalezení správné léčby byl náročný a zdlouhavý proces, provázený mnohými omyly.

*„Celý diagnostický proces u mě trval hodně dlouho, mnohokrát se mi stalo, že mě diagnostikovali špatně a léčba mi nefungovala a bylo mi ještě hůř. K tomu, že by mohlo jít o bipolární poruchu jsme došli asi před třemi nebo čtyřmi lety, ale potvrdilo se to vlastně až teď.“*

**Kategorie II.**

Po vyřčení diagnózy se objevilo popírání diagnózy a tabuizace tématu ze strany matky.

*„A když se to začalo řešit, tak to bylo hodně ze strany mámy takový, že o tom se zbytkem rodiny nechtěla vůbec mluvit. Hlavně třeba s tetou mojí a tak. Nechtěla aby se to v rodině vědělo…“*

Otec měl přístup lepší a víc se s ním dá na témata duševního zdraví mluvit, nicméně respondentka nemá v jeho postoji zcela jasno.

*„Když mu něco vadí, neřekne mi to sám, často to posílá právě přes mámu.“*

V rodině panuje, zejména ze strany matky, velká nedůvěra v terapii psychofarmaky, má strach z jejich negativních účinků, návykovosti a pochybuje o jejich funkčnosti.

*„Mám z toho pocit, že mi tím říká, že kdybych je nezačala brát, tak by mi teď bylo líp.“*

**Kategorie III.**

Při prvotní konfrontaci partnera s duševní poruchou reagoval nejistě, protože se s problematikou osobně nesetkal. Dlouhodobě se snaží respondentku pochopit,

ale ne vždycky je toho, kvůli absenci osobní zkušenosti, schopen. Duševní porucha má vliv na navazování přátelských vztahů i chování respondentky uvnitř těchto vztahů.

*„Vzpomínám si, že mi hodně úzkost bránila v tom se bavit s ostatními třeba na brigádě a tak, takže jsem jich nenavazovala tolik."*

*„… s propuknutím bipolární poruchy a v rámci nějakých hypomanických a manických stavů se úzkost upozadila a pak jsem měla velkou chuť ty vztahy navazovat naopak."*

*„A u vztahů s lidmi, které už mám, tak v těch hypomániích nebo mániích jsem měla rozhodně větší chuť se s nimi bavit."*

Respondentka mluví i o tom, že netolerance vůči duševní poruše jí odradila od budování přátelských vztahů s některými lidmi. Kvůli atakám duševní poruchy se také setkala s nečekanou ztrátou přátel.

*„… pak někdy docela nečekaně přišel nějaký konec přátelství, hlavně když jsem měla nějaké propady."*

**Kategorie IV.**

Na střední škole se respondentka setkala s velmi kladným a vstřícným přístupem, to ale zároveň přisuzuje tomu, že její stav jí dovoloval do školy více chodit. Nyní na VŠ má problémy s absencí, i přes snahu problémy formálně ošetřit se ze strany některých učitelů setkává s ignorací a negativním přístupem.

*„Mají nastavený nějaký systém, podle kterého jsem postupovala a splnila jsem všechny náležitosti, které po mně chtěli. Přes ten formální systém, byť za mě nedostatečný, jsem se dostala."*

*„Řekli mi, že o individuální plán se pokoušet nemám, protože mám duševní onemocnění a to mi rozhodně neschválí."*

V jiných institucích se setkala se vstřícným přístupem, problém měla u své bývalé praktické lékařky, která její problémy bagatelizovala.

*„Začala bagatelizovat moje problémy a začala mi vyprávět, s jakými vážnými fyzickými onemocněními k ní lidé chodí."*

**Kategorie V.**

Před samotným určením diagnózy byla respondentka velmi zmatená, nevěděla, co se s ní děje a jaký je původ jejích problémů, sebeobviňovala se, že si problémy sama navozuje a zatěžuje okolí.

*„Nerozuměla jsem, co se se mnou děje, byla jsem hodně zmatená. Když jsem se porovnávala s lidmi v okolí, chovali se jinak.“*

*„Rodiče o mě měli hodně strach, takže jsem se ještě sebeobviňovala za to, že jim přidělávám problémy.“*

Vyřčení diagnózy pro ni bylo jednak úlevou, ale také má strach z její prognózy. Převažuje ale úleva z toho, že ví, co se s ní děje.

*„Ale pak přišel i strach z téhle diagnózy – najednou to bylo oficiální a nevěděla jsem, co dělat teď.“*

Respondentky se dotýkají zejména tvrzení okolí, která její duševní poruchu a její projevy zpochybňují. Důvodem je to, že nad tím také dříve přemýšlela.

*„Nejvíc mě zasahují asi komentáře o tom, že si ty stavy sama vyvolávám nebo je v sobě ještě podporuji, libuju si v nich a využívám je k tomu, abych se mohla vyhýbat věcem, do kterých se mi nechce.“*

*„To mě hodně zasahuje i v návaznosti na to, že jsem nad podobnými věcmi přemýšlela dřív sama.“*

**Kategorie VI.**

Respondentka mluví o narušení vztahů s přáteli i problémech v rodinném prostředí. Přítomnost duševní poruchy i její stigmatizace negativně ovlivňuje i její vzdělávací proces, kde jí nebyl povolen individuální plán. Stigma duševní nemoci jí odrazuje od hospitalizace na terapeutickém oddělení, byť ji subjektivně vnímá jako přínos. Jako pozitivní přínos je zmíněn zvýšený zájem o problematiku. Přítomnost psychických obtíží byla i jedním z faktorů výběru studovaného oboru.

*„Dlouhodobě mám sama problém s tím se nechat hospitalizovat, vždycky to pro mě byla poslední možnost. Hodně se bojím, co by na to řeklo okolí, kdybych měla nálepku hospitalizované na psychiatrii.“*

**Kategorie VII.**

Respondentka je sama velmi dobře informovaná o problematice duševních poruch i jejich léčby a péče a osoby s duševní poruchou. To má souvislost s jejím zaměřením na sociální sféru. Informovanost společnosti vnímá jako nedostatečnou, ale zlepšující se, jako problematické vidí informace na populárních internetových zpravodajských serverech a v komerčních médiích, kde jsou lidé s duševní poruchou vykreslováni v negativním světle. Reformu psychiatrické péče vítá, na veřejnosti o ní ale není slyšet. Jako dobré zdroje informací uvádí odbornou literaturu, informace od psychoterapeuta a některé účty na sociálních sítích. Nízká informovanost veřejnosti je i faktorem nepochopení ze strany jejích rodičů a zbytku okolí.

*„Je to vyobrazeno stylem senzací – že jsou lidi s BAP nebezpeční a tak. No a obecně všechny duševní poruchy."*

*„Jako posouvá se to, už se o duševním zdraví mluví alespoň na školách, ale když jsem byla ještě na základce, tak tam se to vůbec neřešilo."*

*„Žije v představě, že jakmile si jednou vezmeš antidepresiva, tak to budeš brát celej život."*

**Kategorie VIII.**

Respondentka využívá či využívala sociální služby neziskových organizací Profem a Konsent. Ale pro řešení osobních témat preferuje spíše individuální terapeutický formát, ale měla by zájem o účast ve svépomocné skupině.

*„Dokážu si představit, že bych sama využila třeba nějakou svépomocnou skupinu pro lidi, co mají stejné onemocnění jako já. Bylo by fajn se moci na někoho takhle obrátit kromě terapeuta nebo psychiatra."*

**Respondent č.2**

Respondent č.2 je muž, je mu 24 let, žije v Brně a byla mu před třemi lety diagnostikována bipolární afektivní porucha. Pracuje jako programátor a tvoří obsah i na sociální sítě. Má partnerku, se kterou mají víceméně harmonický vztah.

**Kategorie I.**

Diagnózu má respondent poměrně krátce, ale odborníky na duševní draví navštěvoval z různých důvodů již před určením diagnózy BAP, kdy mu diagnostikovali emocionální nestabilitu.

**Kategorie II.**

Otec se k diagnóze postavil odmítavě, bral ji jako slabost nebo jako něco, co se dá překonat, když bude chtít. Matka, i přes těžkosti, se ho snažila pochopit a podpořit, ale nebylo to pro ni lehké, hlavně pokud měl respondent manické epizody.

*„V manických epizodách byla matka jako pevná opora, ale cítil jsem, že se jí to vnitřně dost dotýká, a občas jsem měl pocit, že už nemá sílu.“*

**Kategorie III.**

BAP respondenta ovlivňuje ve vztazích s jeho okolím. Jeho partnerka projevila velký zájem o pochopení a pomoc. V období manických epizod je respondentovou oporou.

*„V období manických epizod byla mou skalou, chodila mě pravidelně navštěvovat a snažila se pochopit, co procházím.“*

Mezi přáteli se setkal s různými reakcemi od podpory a přijetí po nepochopení. Některé přátele ztratil, obzvláště kvůli tomu, že neměli pochopení pro jeho chování v mánii. To mu dělalo problém i mezi kolegy v zaměstnání.

*„Ztratil jsem mnoho přátel a pracovních kolegů, kteří nebyli schopni odpustit a přehlédnout to, co jsem v těchto obtížných obdobích udělal.“*

**Kategorie IV.**

*„Ve svém zaměstnání jsem se rozhodl nezmiňovat svou duševní poruchu. V mé škole o mé nemoci vědí a respektují ji.“*

*„V mém případě jsem měl štěstí, že jsem se setkal s velmi podpůrnými lékaři. S obvodním lékařem, psychiatrem, psychologem i na úřadech jsem zažil respekt a ochotu pomoci.“*

**Kategorie V.**

Přijetí diagnózy vlastní duševní poruchy označuje respondent jako těžké. Jeho postoj se začal zlepšovat poté, co se zlepšila situace v rodině a pocítil nárůst přijetí a pochopení ze strany rodinných příslušníků.

**Kategorie VI.**

V souvislosti s duševní poruchou zmiňuje respondent narušení vztahů v rodině, mezi přáteli i na pracovišti. Manické epizody onemocnění často vedly k tomu, že udělal něco, co by normálně neudělal. Zároveň vnímá velké stigma ve vztahu k duševním poruchám ve společnosti, které přisuzuje nedostatečné informovanosti veřejnosti.

**Kategorie VII.**

Informovanost a stigma ve společnosti jsou podle respondenta stále velké a je potřeba proti nim bojovat. Sám se snaží čerpat informace z co nejvalidnějších zdrojů. Jako důležité v jeho cestě za přijetím diagnózy a získáváním informací považuje kontakt s lidmi, kteří zažívají podobné problémy.

*„Důležitou roli hraje také sdílení zkušeností s lidmi, kteří procházejí podobnými situacemi, prostřednictvím online komunit.“*

**Kategorie VIII.**

Služby nevyužívá a žádné konkrétní se zaměřením na duševní zdraví nezná.

**Respondent č.3**

Respondent č.3 je třicetiletý muž, který žije ve středně velkém městě v Ústeckém kraji. Momentálně se nachází v pracovní neschopnosti kvůli problémům, které nesouvisí s duševním zdravím, během života pracoval v různých firmách jako operátor výroby. Má stabilní partnerský vztah, ve kterém je spokojený. Má diagnostikovanou depresivní poruchu, objevily se u něj suicidální sklony. Momentálně je přes dva roky stabilní, bez medikace.

**Kategorie I.**

První příznaky duševní poruchy respondent popisuje někdy cca ve třinácti letech, kdy se u něj projevily změny nálad a nestabilita emocí. Odbornou pomoc vyhledal až ve 20 letech, vzhledem k okolnostem v rodině.

*„Moje máma měla celkově k celé problematice hodně negativní postoj a myslím si, že mi to dost zabránilo vyhledat efektivní pomoc když to ještě nebylo tak hrozný."*

**Kategorie II.**

S rodinou se nestýká, popisuje dlouhodobé problémy ve vztahu s matkou a jejími partnery. V dospívání ho vychovávala babička, na kterou byl fixovaný, bál se, že vyhledání pomoci by ho od ní mohlo odloučit. Jediný, kdo se na něj z rodiny neobrátil po vyřčení diagnózy zády byl jeho strýc, který mu pomáhal, když potřeboval. Zbytek rodiny se na konto duševních onemocnění vyjadřoval v negativním slova smyslu.

*„Strejda mi v určitých chvílích pomáhal. Ale v rodině to bylo spíš horší než lepší."*

*„… často padaly v negativním smyslu fráze, že by měl jít někdo na psychiatrii atd., třeba když se hádala mamka s babičkou."*

**Kategorie III.**

Z turbulentního vztahu s matkou si do počátečních vztahů přenesl velkou míru nedůvěry k ženám, která vedla k tomu, že některým nesděloval informace o své duševní poruše a pokud je sdělil, často se setkal ze strany partnerek s manipulací a jiným negativním chováním. V současném vztahu je spokojený, o své duševní poruše přítelkyni řekl a možnost otevřeně mluvit o své psychice hodnotí velmi kladně. Přijetí z její strany je pro něj velmi důležité.

*„… to se změnilo až s příchodem současné přítelkyně. Ale s důvěrou je to mnohem lepší, jsem rád, když můžu svoje pocity sdílet s druhým člověkem."*

Přátelé na jeho duševní poruchu reagovali různě, nyní jich má jen pár, co s ním zůstali, má jednoho kamaráda, který ho zná už dlouhé roky a ten mu reflektoval, že to s ním před léčbou nebývalo lehké. Respondent v dospívání využíval sociální sítě k volání o pomoc, to vedlo k ignoraci vrstevníky a ztrátě některých přátel.

*„Já jsem o tom hodně mluvil na sociálních sítích, což byl hodně druh volání o pomoc. Většina lidí na to nereagovala moc dobře, většina mě pak ignorovala. Zbytek, se kterým jsem se bavil dál, tak z toho zbyli asi 4 lidi… většina to nevzala úplně nejlíp.“*

*„Třeba tři lidi mi tehdy říkali, že to není deprese, je to jen lenost a měl bych začít něco dělat nebo víc dělat, i když to třeba ani fyzicky nešlo. Ale nepřijde mi to neobvyklý.“*

**Kategorie IV.**

V zaměstnání se respondent setkal s různými reakcemi v různých firmách. V první firmě vedla jeho otevřenost v problematice duševních poruch k vedení k následnému vyloučení z kolektivu. V propadech bylo překážkou snížení pracovní výkonnosti neslučitelné s jeho pozicí – jedno zaměstnání musel opustit. Mluví o tom, že většině závodních lékařů byla diagnóza duševní poruchy jedno, jen jeden s ním o ní debatoval.

*„Z těch třech fabrik to věděli ve dvou a většinou to dopadlo tak, že mě vystrčili z kolektivu. I když jsem to řekl jen vedení, tak se to někdo dřív nebo později dozvěděl a nemuselo to být ode mě.“*

Má také negativní zkušenost z doby, kdy si po úraze žádal o podporu na Úřadě práce, kde se setkal se zhoršením přístupu ze strany pracovnic po sdělení psychiatrické diagnózy. S lékaři má převážně pozitivní zkušenost, ale setkal se s nezájmem a neprofesionalitou ze strany psychiatrů během hospitalizace a na krizovém příjmu.

*„Jeden si ze mě dělal legraci, když jsem otevíral citlivá témata. To mi přišlo hrozně neprofesionální. A u druhého jsem měl pocit, že ať mu řeknu cokoliv, je to vlastně jedno. Vždycky mi napsal stejnou medikaci, necítil jsem z jeho strany žádný zájem.“*

**Kategorie V.**

Uvědomění si toho, že má problémy pro něj bylo těžké, protože jeho rodinná situace nedovolovala problémy řešit. Pro respondenta byly dříve odsudky okolí zraňující, postupem času ale získal odstup a takové komentáře s ním už nic nedělají. Sám zpětně hodnotí své chování v propadových stavech jako hloupé.

**Kategorie VI.**

Duševní porucha u respondenta č. 3 vedla ke ztrátě většího množství kamarádů. Měla za následek nutnost měnit zaměstnání. Za život několikrát zažil sociální vyloučení z kolektivu. Jako pozitivní rozhodně vnímá snížení míry vlastních předsudků, chuť se v problematice informovat. Kdyby měl možnost, chtěl by působit jako peer.

**Kategorie VII.**

Když se rozhodl vyhledat pomoc, nevěděl, kde ji má hledat, protože o problematice neměl téměř žádné informace. Sám přiznává, že v minulosti zastával větší množství předsudků k osobám s duševními poruchami, ale s nárůstem jeho informovanosti a zájmu o problematiku se to značně zlepšilo.

Informovanost veřejnosti je špatná, informací je dost, ale lidé o informace nemají zájem. Porovnává přístup veřejnosti v ČR se situací v zahraničí, kde je situace mnohonásobně lepší. Respondent čerpá informace z odborné literatury a od terapeutů. Média a validitu informací v nich sdělovaných hodnotí podle toho, zda jde o veřejnoprávní či komerční média. O reformě psychiatrické péče slyšel jednou v TV, nejsou o ní téměř žádné informace, větší dopady nezaznamenal.

*„Specificky v ČR si myslím, že dostupnost takových informací je velká, ale většina lidí o ně nemá zájem. Když jsem byl ve Španělsku nebo Finsku, lidi tam tolik předsudků rozhodně neměli. Češi mi v tomhle přijdou rozhodně horší, než zbytek Evropy.“*

*„Pokud vezmu třeba veřejnoprávní televizi, tak mi ta prezentace nepřijde vyloženě špatná. Ale od komerčních médií mi přijde vysloveně špatná. Určitě bych v tomhle věřil spíš veřejnoprávním médiím.“*

**Kategorie VIII.**

Sociální služby nevyužívá, ale má o některých přehled. O využití by uvažoval, pokud by věc neměla odkladu a sociální služba by byla dostupnější než psychiatrická ambulance. Jako problém vidí zejména to, že jeho okolí není službami příliš zasíťováno.

*„Já bych to uvítal u řešení nějakých akutních problémů. Ale na mluvení o osobních a palčivých věcech byl raději využil terapeuta.“*

*„… o sociální službě vím nejblíž v Ústí nad Labem, což je docela daleko.“*

**Respondent č.4**

Respondentka č. 4 je ženského pohlaví. Je jí 26 let, bydlí v Pardubicích, ale VŠ studuje v Hradci Králové. Je bez partnerského vztahu, momentálně tráví nejvíce času doma, u svých rodičů. Žádala si o invalidní důchod, ten jí však nebyl schválen. Je nyní v procesu hledání zaměstnání, ale ve většinou je překážkou probíhající vysokoškolské studium. Má diagnostikovanou hraniční poruchu osobnosti a další přidružené poruchy jako je panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha a těžká chronická deprese.

**Kategorie I.**

Proces diagnostiky i nasazení léčby popisuje respondentka jako složitý. S vyhledáním odborné pomoci vzhledem k postoji rodiny dlouho čekala, následovaly problémy s tolerancí nastavené farmakoterapie. Poprvé si začala všímat, že je s ní něco jinak asi v deseti letech. Jednou navštívila školní psycholožku na škole, což se nesetkalo s kladnou reakcí v rodině. Vyčkávala do 18 narozenin, aby mohla své problémy začít řešit sama za sebe, bez rodičů. Navštěvuje psychoterapeuta, psychiatra, má zkušenosti i s hospitalizací.

**Kategorie II.**

Vývoj postoje rodiny byl velmi dynamický, respondentka vnímá pozitivní změny v postoji její rodiny. Zpočátku se setkala s velkým odmítáním, hlavně ze strany matky. Postoj rodiny jí bránil ve vyhledání odborné pomoci.

*„Čekala jsem na moment, kdy budu moct jít na psychiatrii sama, bez rodičů.“*

Respondentka jako příčinu odmítání diagnózy ze strany matky přisuzuje jednak postojům ve zbytku rodiny a také tomu, že matka cítí za duševní problémy své dcery vinu.

*„Podle mě měla pocit, že sama zklamala a pořád mi opakovala takový ty věci jako: „Jak ti může být špatně, když máš úplně všechno?! Kroužky, na který chodíš. Lidi, kteří jsou na tom špatně tyhle věci přeci nedělají!““*

Uvědomění rodičů podle respondentky přišlo až po první hospitalizaci, po které se začali zajímat o poruchu samotnou a opravdu jí začali její problémy věřit. Na posun v přístupu svých rodičů je pyšná, i když šlo o zdlouhavý a náročný proces. Nyní ví, že v nich má plnou podporu a pomohou jí, i když ne vždycky ví jak. Specifikum přístupu její rodiny vidí také v tom, že mezi sebou mají pevná pouta a vzájemně se na sebe mohou spolehnout, vztahy jsou ale odtažité a více chladné.

**Kategorie III.**

Sféra osobních vztahů je hraniční poruchou ovlivněna značně. Nejznatelnější vliv pociťuje respondentka v případě milostných vztahů, i v kamarádských ale bojuje s některými projevy poruchy. Subjektivně respondentka popisuje zhoršení příznaků hraniční poruchy – objevuje se velká nejistota, polarita emocí, strach z odmítnutí. Partneři často nejsou příliš ochotni se v problematice vzdělávat a dochází tak k nedorozuměním, které většinou vyústí v konec vztahu.

*„Takže se zamilovávám rychle a intenzivně a ten partner, pokud nemá hraniční poruchu (smích), to tak samozřejmě nemá. A to bývá problém.“*

*„… jakmile jsem ve vztahu, tak se projevy mojí hraniční poruchy extrémně zhorší.“*

*„No ale aktuálně jsem sama a jsem přesvědčená, že mi tak bude i do budoucna líp, být sama.“*

Respondentka přišla za svůj život o mnoho přátel, ne přímo kvůli duševnímu onemocnění obecně, ale konkrétně kvůli diagnóze poruchy osobnosti. Teď má naštěstí stabilní partu kamarádů, na které se může obrátit a udržuje s nimi pravidelný sociální kontakt.

*„Nemůžu říct, že bych se teda setkala s někým, kdo by se mnou nechtěl být kamarád jen na základě toho, že mám duševní nemoc. Setkala jsem se s tím spíš když jsem jim řekla, že mám poruchu osobnosti.“*

**Kategorie IV.**

Co se týče veřejných institucí, vnímá vysokou úroveň stigmatizace ze strany zdravotníků, ale informace má jen z doslechu. Ve škole se setkala s různými přístupy, od maximální podpory pedagogů po devalvaci jejích emocí a duševního onemocnění. Velký podíl na tom má lidský faktor. Nejhorším zážitkem z instituce pro ni byla zamítnutá žádost o invalidní důchod i přes to, že splnila zákonem danou hranici. Důchod jí nebyl ani částečně přiznán kvůli jejímu úspěšnému studiu VŠ a také kvůli tomu, že je držitelkou řidičského oprávnění.

*„Člověk se snaží fungovat jako normální člověk ve společnosti, chce jen trochu podpořit a oni ho odmítnou, protože podle nich na tom není dostatečně špatně, aby mu mohli invalidní důchod přiznat. Co mě k tomu napadlo bylo: Promiňte, že se aspoň snažím…“*

**Kategorie V.**

S vyřčením diagnózy se respondentka srovnávala poměrně dobře, ale zpočátku jí vyděsily věci, které si o hraniční poruše přečetla v literatuře. V počátcích duševních obtíží se cítila jako černá ovce rodiny a zklamání. Často přemýšlí nad tím, jaké by věci byly, kdyby byla zdravá. Nyní diagnózu bere hlavně jako východisko pro seberozvoj a vysvětlení toho, proč má tak odlišné prožívání od ostatních.

*„Můj postoj k HPO je ale takový, že hodně přemýšlím nad tím, jaký by byl život, kdybych tuhle nemoc neměla."*

*„Připadala jsem si jako černá ovce. Takový to dítě, co se nemělo narodit a dělá problémy, protože pořád něco chce."*

V minulosti měla respondentka sama předsudek vůči psychotickým poruchám, protože o nich neměla dostatek informací. To se změnilo po osobní zkušenosti s osobami se schizofrenií, kdy zjistila, že jde o naprosto normální jedince. S předsudky v okolí se setkává dodnes, jsou podle ní důsledkem nízké informovanosti.

*„Myslím, že je proti duševním onemocněním jednak velký předsudek a taky lidi neví, jak s tím pracovat. Zvlášť u poruch osobnosti, schizofrenie nebo i bipolární poruchy mi přijde, že si lidi myslí, že lidi s tou diagnózou jsou úplní blázni."*

**Kategorie VI.**

Duševní porucha má u respondentky dopady na všechny sféry jejího života, v některých je znatelná více, v některých méně. K boji s některými negativními dopady jí pomáhá terapie. Pozitivní dopad vidí v tom, že našla smysluplnou perspektivu do budoucna, kdy chce pomáhat ostatním lidem s duševní poruchou. Kvůli této perspektivě nakonec přehodnotila i svou vzdělávací dráhu. Přála by si pracovat jako peer pracovník nebo vzdělavatel pro veřejnost v problematice hraniční poruchy osobnosti.

*„Teď vím, že chci pomáhat lidem, kteří na tom byli jako já, že fakt nevěděli. A rodiče třeba jim bránili s tím někam jít. Takže v tomhle to zase beru hodně pozitivně."*

*„Ale na druhou stranu by mě lákalo tam být jako ten vzdělavatel, třeba vést nějakou skupinu pro rodiče osob s hraniční poruchou."*

**Kategorie VII.**

Informace respondentka čerpá především z nejnovějších výzkumů, sociálních sítí, odborné literatury a od lékařů a terapeutů. Vadí jí ale, že některá odborná literatura působí stejně stigmatizujícím dojmem jako některé jiná média, což by se podle ní dít nemělo. Některá odborná literatura se dle ní příliš zaměřuje na negativní stránky poruch osobnosti a ignoruje touhu a schopnost nemocného své chování i navzdory poruše ovládat.

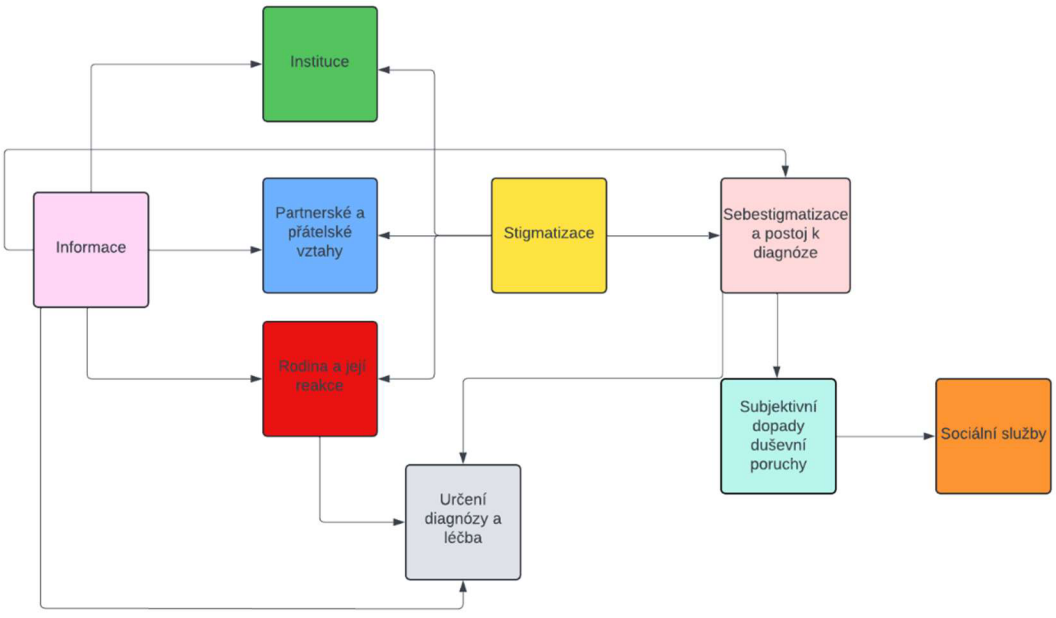
K otázce informovanosti veřejnosti se vyjadřuje, že je špatná, ale vidí zlepšující se tendence. Setkává se se vzdělávacími materiály i s tím, že o ně lidé mají zájem. Informovanost o reformě psychiatrické péče je podle ní nedostatečná, ale vzhledem k velkému přehledu v oboru psychiatrie vidí její pozitivní dopady v tvorbě Center duševního zdraví.

**Kategorie VIII.**

V sociálních službách má respondentka velmi dobrý přehled, uvažuje o návštěvě organizace CEDR Pardubice. Až bude pociťovat potřebnost, tak ví, kam se má obrátit nebo kam odkázat člověka v nouzi. Nasycenost kraje službami je podle ní různá podle jednotlivých regionů.

**Selektivní kódování**

Na základě určených kategorií v procesu axiálního kódování a v souvislosti se zaměřením výzkumu byla jako klíčová kategorie určena **Stigmatizace**. Následující schéma znázorňuje vzájemné propojení jednotlivých kategorií na základě výpovědí respondentů.



Na základě určení vztahů mezi kategoriemi je možné získaná data dosadit do paradigmatického modelu dle Strausse a Corbinové (1999), který prezentuje následující tabulka.

Tabulka 11 - Paradigmatické schéma kategorií (vlastní data)

| | |
|---|---|
| Příčinné podmínky | Existence diagnózy duševní poruchy u jedince a její léčba |
| **Jev (klíčová kategorie)** | **Stigmatizace** |
| Kontext | Reakce blízkého okolí jedince, reakce institucí, informační zdroje |
| Intervenující podmínky | Informovanost jedince i veřejnosti, přijetí či odmítnutí okolím |
| Strategie zvládání a jednání | Míra otevřenosti o duševní poruše, sebevzdělávání, využívání sociálních služeb, sdílení s okolím, vyhledávání svépomoci |
| Následky | Zvýšený zájem o problematiku duševních poruch, sociální izolace, obtížnější navazování a udržování vztahů, jiné subjektivní dopady |

# 7 Diskuze

V kvantitativní části výzkumu se podařilo naplnit celkem tři ze čtyř stanovených výzkumných předpokladů. Jediný předpoklad, který lze pokládat za splněný jen částečně, je předpoklad číslo 1. Výška vzdělání periodicky nesnižuje počet stigmatizujících předsudků, které zastávají osoby v jednotlivých kategoriích rozřazených dle jejich stupně vzdělání. V tomto bodě se tedy tento výzkum rozchází s výzkumem *Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta*, který byl realizován v roce 2006 výzkumníky T. Cookem a J. Wangem. Nutno samozřejmě podotknout, že Cookův a Wangův výzkum proběhl na mnohem větším výzkumném vzorku, jeho výsledky jsou tedy pravděpodobně reprezentativnější (ve vztahu k jejich výzkumnému vzorku). Dá se polemizovat o tom, zda by tento výzkum při delším časovém trvání tento výzkumný předpoklad nepotvrdil. Z dalších výsledků výzkumu je nicméně jasné, že výška dosaženého vzdělání není jediným faktorem, který má vliv na stigmatizaci osob s duševní poruchou.

VP2, VP3 a VP4 se podařilo potvrdit, jak bylo předpokládáno v souladu se studiem výzkumů a dalších zdrojů v teoretické části. Co pro mě bylo ale překvapující bylo to, že více lidí označilo jako závažnější psychotické poruchy, než kolik jich označilo závislostní poruchy. To může být způsobeno zejména tím, že respondenti častěji uváděli, že osoby s psychotickou poruchou nemohou své chování kontrolovat, trpí halucinacemi, bludy a deziluzemi. Tyto obavy u závislostních poruch často neměli, vnímají zřejmě větší míru kontroly nad chováním osob se závislostí, než u osob s psychózou.

Kvalitativní část obsahovala 4 rozhovory s osobami s duševní poruchou. Tři z nich byly informačně velmi nasycené, jeden z rozhovorů byl spíše kratší a odpovědi více strohé. Pomocí metody zakotvené teorie se z dat podařilo určit hlavní kategorie jevů, které duševně nemocní v souvislosti se svou poruchou v životě vnímají. Z výsledků vyplynulo, že se všichni dotazovaní ve svém životě setkávají ve spojení s jejich duševní poruchou se stigmatizací, která je ovlivňuje na mnoha úrovních jejich života. Má dopady na jejich rodinné, přátelské, milostné vztahy i na přístup veřejných institucí jako je zdravotnictví a další. Postoj společnosti a blízkého okolí jedince k duševním poruchám má za následek ovlivňování délky doby, než jedinec vyhledá odbornou pomoc. Odkládání vyhledání pomoci má často za následek subjektivně horší dopady duševní poruchy než včasné vyhledání. Významným faktorem stigmatizace je nízká informovanost veřejnosti o problematice duševních poruch a nezanedbatelná je též role médií,

které se z velké části podílí na formování obrazu duševně nemocných v očích veřejnosti. Lidé s duševní poruchou vykazují vyšší míru otevřenosti této problematice a chuť se v ní vzdělávat. Pro některé může vlastní duševní onemocnění působit jako významný motivační faktor v touze pomáhat druhým lidem a zvyšovat jejich informovanost v zájmu boje se stigmatem duševní nemoci. Kvalitativní rozhovory tak naplnily jeden z hlavních cílů výzkumu – zjistit, jak stigmatizaci vnímají osoby s duševní poruchou.

Během rozhovorů jsem se ve všech případech setkala s velkou otevřeností o své duševní poruše mluvit, což je patrně způsobeno tím, že všichni moji respondenti se o tuto oblast více či méně zajímají i z odbornějšího pohledu, než většinová veřejnost. Celkově ale vyjadřovali vysokou míru stigmatizace, ať už se jednalo o stigma v rodině, stigma ze strany přátel, kolegů nebo zdravotníků či úřadů. Kvantitativní dotazník ale mezi mladými lidmi ukázal, že mnoho z nich odmítá stigmatizující předsudky o duševních poruchách. Jako velmi pozitivní vnímám i touhu veřejnosti získat v dané problematice více informací, kterou uvedlo 67,8 % respondentů dotazníku. Snad lze tedy díky tomuto faktoru do budoucna předpokládat zvýšení informovanosti veřejnosti v problematice, která by pomohla v boji se stigmatem duševní nemoci.

Ráda bych také vzpomněla některé limity kvalitativní části výzkumu jako je menší výzkumný vzorek a malý věkový rozptyl respondentů. I když nebyl věk pro respondenty rozhovoru omezen, dobrovolně se mi přihlásili spíše mladší lidé (maximální věk byl 30 let). Na druhou stranu to s sebou přineslo i pozitivní dopad, protože jsme si byli vzájemně věkově blízko a snadněji jsme nacházeli stejnou terminologii i důvěru v průběhu rozhovoru. Jsem také velmi ráda, že se mi i přes počáteční potíže podařilo sehnat respondenty mužského pohlaví, protože se mi velmi aktivně hlásilo větší množství žen na rozhovor, muže jsem musela spíše oslovit a několikrát jsem byla odmítnuta. To může být způsobeno větší otevřeností žen k rozpravě o svých emocích, než je tomu u mužů.

# Závěr

Úkolem této diplomové práce bylo komplexně popsat problematiku stigmatizace a s ní související sebestigmatizace u osob s duševní poruchou v České republice. Teoretická část shrnuje fenomén stigmatizace duševně nemocných, jeho historii, kontext i faktory. Následně se práce věnuje i destigmatizačním aktivitám, které aktuálně v ČR probíhají a váží se, mimo jiné, k právě probíhající reformě psychiatrické péče, která na našem území probíhá od roku 2013. Proces boje se stigmatem duševní nemoci ve společnosti je zdlouhavý proces, závisející zejména na úrovni informovanosti společnosti o duševních poruchách, jejích projevech a možnostech jejich léčby a terapie. Výzkumný cíl se podařilo naplnit.

Praktická část této práce byla rozdělena na dvě části. Hlavní část tvořil kvantitativní výzkum, jehož cílem bylo zjistit postoje k osobám s duševní poruchou mezi veřejností. Věkově byl výzkum ohraničen na období mladší dospělosti, vzhledem k předpokládaným velkým generačním rozdílům v percepci tohoto jevu. Kvantitativní část byla realizována formou dotazníkového šetření. Výsledky šetření byly následně statisticky zpracovány ve vztahu k předem určeným výzkumným předpokladům, které se pojily k problematice stigmatizace. Cílem bylo odpovědět na otázku, jak mladí lidé stigmatizují osoby s duševní poruchou a jaké faktory ve stigmatizaci hrají roli. Zkoumány byly zejména faktory jako bylo vzdělání respondentů, přítomnost či absence osobní zkušenosti s osobou s duševní poruchou, zdroje informací a příslušnost stigmatizované poruchy ke konkrétní diagnostické skupině. V dotazníkovém šetření se podařilo zcela naplnit tři ze čtyř výzkumných předpokladů.

Doplňkovou část praktické práce, jejímž cílem bylo čtenáři přiblížit, jak je stigmatizace vnímána osobami s duševní poruchou, probíhala pomocí neformálních polostrukturovaných rozhovorů. Respondenty pro tuto část práce se stali dva muži a dvě ženy, kteří byli ochotní sdílet své zkušenosti s duševní poruchou i její stigmatizací. Respondenti kvalitativní části výzkumu přinesli, ve spojení s výsledky dotazníkového šetření, komplexnější pohled na problematiku, do kterého byl díky jejich perspektivě zařazen i subjektivní na dopad stigmatizace na osoby s duševní poruchou.

Dotazníkové šetření na obdobné téma mezi širokou veřejností ve více věkových kategoriích by mohlo pro destigmatizační aktivity i reformu psychiatrické péče přinést poznatky o konkrétních přesvědčeních současné společnosti, které by mohly vést k lepšímu zacílení destigmatizačních a vzdělávacích kampaní.

# Seznam použitých zdrojů

## Použitá literatura


ADAMCOVÁ a kol. Oddálení léčby u pacientů s panickou poruchou. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2010, 106 (2), s. 145–149. ISSN 1212-0383.

ALLPORT, Gordon Willard. *O povaze předsudků*. Přeložil Eduard GEISSLER. Obzor (Prostor). Praha: Prostor, 2004. ISBN 80-7260-125-3.

BECK, A. T., & FREEMAN, A. M. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Press.

BĚLÍK, Václav a kol. *Slovník sociální patologie*. Praha: Grada, 2017. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0599-1.

CORRIGAN, P. W., KERR, A. et al. (2005a). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11, 179-190. ISSN 0962-1849.

DOUBEK a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze: příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2008c. ISBN 978-80-7345-156-1.

GOFFMAN, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books.

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

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.

HORÁČEK, J. (ed.), (2003). *Psychoterapeutické přístupy v léčbě psychóz*. Praha: Amepra.

HORÁČKOVÁ, K., MIHALOVÁ, I., CIBULKA, J., JAROŠÍKOVÁ, H., ČERNÍKOVÁ, T. & CHONYMOVÁ, P. (2022). Česká politika v oblasti závislostí a priority předsednictví České republiky v Radě EU v r. 2022. *Zaostřeno*. 2022, 8 (1), 1-16. ISSN 2336-8241.

HUBNER, Anita. *Mám to o sobě říct?: jak se vypořádat se stigmatem duševní nemoci.* Přeložil Milena NOVÁKOVÁ. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1870-8.

JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3679-2.

JANSKÁ, Vlasta. Sociální konstrukce předsudečné typizace lidí s duševním onemocněním. *Sociální práce*. 2008; 5 (1): s. 61–67. ISSN 1213-6204.

LIVINGSTON, J. D., BOYD, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 71, 2150-2161. ISSN 0277-9536.

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

PRAŠKO, Ján. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.

PRAŠKO a kol. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-737-X.

PŘIKRYL, Radovan. Antipsychiatrické hnutí. *Psychiatrie pro praxi*. 2010; 11 (1), s. 40–41. ISSN 1213-0508.

RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu*. Praha: Česká psychiatrická společnost o. s., 2012.

STRAUSS, Anselm L. a CORBIN, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. SCAN. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

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

THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha. Centrum pro rozvoj péče a duševní zdraví, 2011. ISBN 978-80-260-0302-1.

VENCOVSKÝ, Eugen. *Psychiatrie dávných věků*: *(od Hippokrata k Pinelovi)*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-226-5.

WENIGOVÁ, Barbora. Stigma a duševní poruchy. *Sanquis*. 2005, 38, s. 24–28. ISSN 1212-6535.

World Health Organisation (WHO). *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. 2002. Geneva: World Health Organisation. ISBN 9241562072.

**Online zdroje**

AMARESHA AC, VENKATASUBRAMANIAN G. Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. *Indian Journal of Psychological Medicine* [online]. 2012, 34(1):12-20 [cit. 2024-05-20]. DOI: 10.4103/0253-7176.96149. In: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3361836/pdf/IJPsyM-34-12.pdf.

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, Z. S. *Stopstigma*. [online]. [cit. 2024-06-08]. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/.

COOK, T.M., WANG, J. Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta. *BMC Psychiatry* [online]. 10, 29 (2010). [cit. 2024-05-31]. In: https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-10-29#Bib1.

CORRIGAN, P. W., & WATSON, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53. In: https://psycnet.apa.org/record/2002-10493-016.

CORRIGAN, Patrick W., Amy C. WATSON, Gabriela GRACIA, Natalie SLOPEN, Kenneth RASINSKI a Laura L. HALL. *Newspaper Stories as Measures of Structural Stigma. Psychiatric Services* [online]. 2005b, 56(5), 551-556 [cit. 2024-01-31]. ISSN 1075-2730. In: https://ps.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.ps.56.5.551.

DUCHOŇOVÁ, Kateřina. *Mediální obraz duševně nemocných v ČR*. In: Blisty.cz. [online]. © 2015, 27. 7. 2015. [cit. 2024-01-31]. Dostupné z: https://blisty.cz/art/78261-medialni-obraz-dusevne-nemocnych-v-cr.html.

FOKUS PRAHA, Z. Ú. *Oficiální webové stránky Fokusu Praha*. [online]. [cit. 2024-06-08]. Dostupné z: https://fokus-praha.cz/.

CHOMYNOVÁ a kol. *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2023*. 2024. Praha: Úřad vlády České republiky [online]. ISBN 978-80-7440-336-1. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/35600/1300/Souhrnn%C3%A1%20zpr%C3%A1va%20o%20z%C3%A1vislostech%20v%20%C4%8CR%202023_web.pdf.

KELLER, Jan. *Předsudek* [online]. [cit. 2023-12-05]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/P%C5%99edsudek.

KOUBOVÁ, Michaela. *Stigmatizace duševně nemocných v Česku přetrvává. Podporují ji média i politici*. In: Zdravotnickydenik.cz. [online]. Praha, Media Network s.r.o., © 2015, 16. 8. 2015. [cit. 2024-01-31]. Dostupné z: https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/08/stigmatizace-dusevne-nemocnych-v-cesku-pretrvava-podporuji-ji-media-i-politici/.

LIBIGER, Jan. Psychiatrie a stigma. *Sanquis*. [online]. 2002, č.19, s. 14. [cit. 2023-12-09]. ISSN 1212-6535. Dostupné z: https://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art782.

MILKOWITZ DJ, CHUNG B. Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research. *Family Process*. 2016; 55(3):483-99. [online]. [cit. 2024-06-06]. In: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5922774/.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR). *Strategie reformy psychiatrické péče*. 2013. [online]. [cit. 2024-06-05]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf.

MZČR. *Destigmatizace (NUDZ)*. [online]. [cit. 2024-06-05]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/destigmatizace-nudz.

Národní zdravotnický informační portál (NZIP). *Duševní nemoc* [online]. [cit. 2023-12-05]. Dostupné z: https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/340.

NZIP. *Schizotypální porucha osobnosti* [online]. [cit. 2024-06-05]. Dostupné z: https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/499.

NAWKOVÁ a kol. The picture of mental health/illness in the printed media in three Central European countries. *Journal of Health Communication*. 2012;17(1):22-40. [cit. 2024-01-31] doi: 10.1080/10810730.2011.571341.

NÚDZ. *Media Guide* [online]. Praha, 2019, [cit. 2024-01-31]. Dostupné z: https://narovinu.net/wp-content/uploads/2020/12/media_guide_2021.pdf.

NÚDZ. *Stigma a stigmatizace* [online]. [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: https://narovinu.net/stigma/.

NÚDZ. *Stigma je horší než samotné duševní onemocnění. Odborníci z celého světa vyzývají k účinné destigmatizaci*. [online]. [cit. 2024-06-07]. Dostupné z: https://www.nudz.cz/pro-

media/tiskove-zpravy/stigma-je-horsi-nez-samotne-dusevni-onemocneni-odbornici-z-celeho-sveta-vyzyvaji-k-ucinne-destigmatizaci.

PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, Z. S. *Péče o duševní zdraví – Pomáháme lidem žít s duševní nemocí*. [online]. [cit. 2024-06-08]. Dostupné z: pdz.cz.

PETRUSEK, Miroslav. *Labelling* [online]. [cit. 2023-12-05]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Labelling.

PRAŠKO, Ján. Stigma psychiatrie. *Česká a slovenská psychiatrie*. [online]. 2010; 106(2): s. 71–72. [cit. 2024-01-25]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2010_2_71_72.pdf.

ROBERTS, Glenn. Narrative and severe mental illness: what place do stories have in an evidence-based world? *Advances in Psychiatric Treatment*. 2000;6(6):432-441. In: https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/narrative-and-severe-mental-illness-what-place-do-stories-have-in-an-evidencebased-world/AC4112C21F3E985C3174AA362D009D45.

ROE D., HASSON-OHAYON I., DERHI O., YANOS P., LYSAKER P. Talking about life and finding solutions to different hardships: a qualitative study on the impact of narrative enhancement and cognitive therapy on persons with serious mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2010 Nov;198(11):807-12. In: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3208263/.

SEEMÜLLER, Florian. *ICD-11 and mental disorders: important changes, controversies, and future directions* [online]. [cit. 2024-03-16]. In: https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-023-05186-w.

SWAIM, Emily. *Types of Stigma and Steps to Stamping It Out* [online]. [cit. 2024-01-25]. In: https://www.healthline.com/health/what-is-stigma.

SYMPATHEA, O. P. S. Naše organizace. [online]. [cit. 2024-06-08]. Dostupné z: http://www.sympathea.cz/index.php/o-nas/nase-organizace.

THORNICROFT, G., BROHAN, E., KASSAM, A. Public attitudes and the challenge of stigma‘. In Michael Gelder, and others (eds), *New Oxford Textbook of Psychiatry*, 2009. 2nd edn. Oxford, 2012. [online]. [cit. 2024-01-28]. In: https://doi.org/10.1093/med/9780199696758.003.0002

THORNICROFT, G., ROSE, D., & MEHTA, N. (2010). Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(1), 53–59. In: https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/discrimination-against-people-with-mental-illness-what-can-psychiatrists-do/05104E6003AD84B992DE863CF863583A.

THORNICROFT, Graham. People with severe mental illness as the perpetrators and victims of violence: time for a new public health approach. *The Lancet*. 2020; 5 (2): s. E72-E73. [cit. 2024-01-31]. In: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2820%2930002-5.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011-2017*. Praha, 2018. [online]. [cit. 2024-06-04]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf.

VÁGNEROVÁ, Pavlína. Stigma, strach, předsudky, odmítání. *Časopis České asociace pro psychické zdraví (ESPRIT)*. 2009; 13 (7-8): s. 6-7. [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: https://issuu.com/capz/docs/09_esprit_7-8-09.

VIDA Z. S. VIDA aktivizuje a zapojuje lidi s duševním onemocněním do systému péče o lidi s duševním onemocněním. [online]. [cit. 2024-06-08]. Dostupné z: http://www.vidacr.cz/.

World Health Organisation (WHO). *Mental health* [online]. [cit. 2023-12-05]. In: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response.

WHO. *MKN-10: Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)*. ÚZIS ČR [online]. WHO/ÚZIS ČR, 2024. [cit. 2024-05-30]. Dostupné z: https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99.

WHO. *MKN-11 pro statistiky úmrtnosti a nemocnosti: Duševní, behaviorální nebo neurovývojové poruchy (06)*. ÚZIS ČR [online]. WHO/ÚZIS ČR, 2024. [cit. 2024-04-20]. Dostupné z: https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/cs#334423054.

# Přílohy

Příloha A – Dotazník pro veřejnost

Příloha B – Vyhodnocení dotazníku statistickým programem Survio.com

Příloha C – Přepis rozhovorů pro kvalitativní část práce

## Příloha A – Dotazník pro veřejnost



# Příloha: dotazník

### Stigmatizace osob s duševními poruchami v ČR

Dobrý den, jsem Bc. Romana Faltýnková a jsem studentkou posledního ročníku navazujícího magisterského studia oboru Sociální pedagogika - specializace Výchovné poradenství na Univerzitě Palackého v Olomouci. Chtěla bych Vás pro účely mé diplomové práce poprosit o vyplnění následujícího dotazníku, který mapuje postoje lidí k osobám s duševní poruchou. Dotazník je určen respondentům v období mladší dospělosti, tedy ve věkovém rozpětí od 18 do 30 let. Jeho vyplnění zabere 10 až 20 minut. Moc Vám děkuji za Váš čas, který věnujete jeho vyplnění a pomůžete mi tak realizovat můj průzkum v diplomové práci.

1 Jste...

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ žena ◯ muž ◯ jiné/nechci uvádět

2 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ základní ◯ vyučen/a ◯ středoškolské s maturitou ◯ bakalářské ◯ magisterské ◯ VOŠ

3 Jaké je Vaše zaměstnání?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ nezaměstnaný ◯ student ◯ mateřská/rodičovská dovolená ◯ pracuji (na částečný či plný úvazek)

4 Do jaké věkové kategorie spadáte?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ 18 až 24 let ◯ 25 až 30 let

## 5 V jakém kraji v současnosti dlouhodobě pobýváte?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ◯ Praha
- ◯ Středočeský kraj
- ◯ Jihočeský kraj
- ◯ Plzeňský kraj
- ◯ Karlovarský kraj
- ◯ Ústecký kraj
- ◯ Liberecký kraj
- ◯ Královehradecký kraj
- ◯ Pardubický kraj
- ◯ Vysočina
- ◯ Jihomoravský kraj
- ◯ Olomoucký kraj
- ◯ Zlínský kraj
- ◯ Moravskoslezský kraj

## 6 Odkud získáváte informace o problematice duševních onemocnění?

Nápověda k otázce: *Vyberte všechny zdroje, ze kterých získáváte informace o dané problematice*

- ☐ odborná literatura (odborné knihy, časopisy pro odbornou veřejnost i v online formě atd.)
- ☐ populárně-naučná literatura (časopis Moje psychologie, Psychologie dnes aj.)
- ☐ internetové zpravodajství, články, diskuze a sociální sítě
- ☐ osobní zkušenost s osobou s duševní poruchou
- ☐ televize
- ☐ Jiná (prosím uveďte) _____

## 7 Máte ve svém blízkém okolí osobu trpící duševní poruchou?

Nápověda k otázce: *Kamarádi, členové rodiny, známí, spolužáci, kolegové atd.*

◯ Ano ◯ Ne

## 8 Jak byste popsali své osobní zkušenosti s duševně nemocnými osobami?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ převážně pozitivní ◯ převážně negativní ◯ neutrální ◯ nemám os. zkušenost s člověkem s duševním onemocněním

## 9 Můžete popsat konkrétní zkušenost?

10 Vyberte prosím všechny typy duševních poruch, se kterými jste se setkali

Nápověda k otázce: *(v literatuře, TV, na internetu, v osobním životě,...)*

- ☐ psychotické poruchy (schizofrenie, poruchy s bludy, psychózy)
- ☐ afektivní poruchy (deprese, bipolární afektivní porucha)
- ☐ neurotické poruchy (úzkostné stavy, agorafobie, sociální fobie, panická porucha, obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha)
- ☐ poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, bulimie, záchvatovité přejídání aj.)
- ☐ závislostní poruchy (závislost na návykových látkách, gambling a další)
- ☐ poruchy osobnosti (narcistická, hraniční aj.)

11 Myslíte si, že je některá skupina z výše jmenovaných onemocnění (z pohledu společnosti) závažnější než ostatní?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- ☐ psychotické poruchy
- ☐ afektivní poruchy
- ☐ neurotické poruchy
- ☐ poruchy příjmu potravy
- ☐ závislostní poruchy
- ☐ poruchy osobnosti
- ☐ ne, všechna jmenovaná onemocnění vnímám se stejnou závažností

12 Pokud jste vybrali v předchozí otázce některou ze skupin onemocnění jako závažnější, můžete zdůvodnit své rozhodnutí?

13 Označte všechna tvrzení o lidech s duševním onemocněním, se kterými souhlasíte:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- ☐ Lidé s duševním onemocněním jsou nebezpeční a měli by se neustále nacházet pod odborným dohledem.
- ☐ Když se dozvím, že někdo v mém okolí trpí duševní poruchou, vyvolává to ve mně nepříjemné pocity (obavy, nervozita, strach, vztek,...)
- ☐ Lidé s duševním onemocněním nedokáží ve škole nebo v práci produkovat stejné výsledky jako zdravá populace.
- ☐ Duševní porucha osoby by mě odradila od toho, abych s ní měl/a intimní vztah.
- ☐ Myslím, že duševní nemoc se dá překonat dostatkem vůle a práce.
- ☐ Duševní onemocnění nelze zcela vyléčit.
- ☐ Duševně nemocní lidé páchají častěji trestnou činnost než zdravá populace.
- ☐ Duševní poruchy jsou podle mě méně závažné než fyzická onemocnění.
- ☐ Myslím si, že velká část lidí, kteří tvrdí, že mají duševní poruchu jsou líní a nedokáží plnit svoje povinnosti.
- ☐ Když se potkám s člověkem, který má duševní onemocnění, spolehlivě to na něm poznám.
- ☐ Nesouhlasím s žádným výše uvedeným tvrzením

14 Myslíte si, že by měly být osoby s duševní poruchou ponechány ve svém přirozeném prostředí (rodina, komunita), nebo že je prospěšnější jejich hospitalizace?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ myslím, že je oboustranně prospěšné je ponechat v rodině a komunitě ◯ myslím, že by měly být hospitalizovány

15 Zdůvodněte prosím výběr své odpovědi v předchozí otázce:

16 Setkali jste se v poslední době se vzdělávacími materiály a kampaněmi, které se týkají duševního zdraví?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ ano ◯ ne

## 17 V jaké formě jste se s těmito materiály setkali?

Nápověda k otázce: *Vyberte všechny, které jste zaregistrovali.*

- ☐ informační plakáty, brožury a letáky u lékaře, v lékárně atd.
- ☐ stránky a příspěvky na sociálních sítích (příspěvky na Instagramu, Facebooku, videa na YouTube aj.)
- ☐ TV pořady, spoty a reportáže
- ☐ webové stránky přímo zaměřené na duševní zdraví
- ☐ nesetkal/a jsem se s ničím z výše uvedeného
- ☐ Jiná (prosím uveďte) _____

## 18 Je podle Vás dostatek informací pro veřejnost a duševních poruchách?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ◯ ano, cítím se být dobře informovaný/á
- ◯ ne, ocenil/a bych více informací
- ◯ problematika mě nezajímá

## 19 Slyšeli jste někdy o následujících organizacích a projektech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- ☐ Péče o duševní zdraví z. s.
- ☐ Nevypusť duši z. s.
- ☐ projekt "Destigmatizace" a web "Na Rovinu"
- ☐ kampaň "Týdny pro duševní zdraví" pořádané organizací FOKUS Praha
- ☐ projekt na středních školách "Blázníš? No a?"
- ☐ Neslyšel/a jsem o žádné organizaci ani projektu.
- ☐ Jiná (prosím uveďte) _____

## 20 Napadá Vás cokoliv, co byste rádi doplnili k dotazníku nebo problematice duševních poruch?

Nápověda k otázce: *Zde je váš prostor :))*

## Příloha B – Statistické vyhodnocení dotazníku nástrojem Survio.com

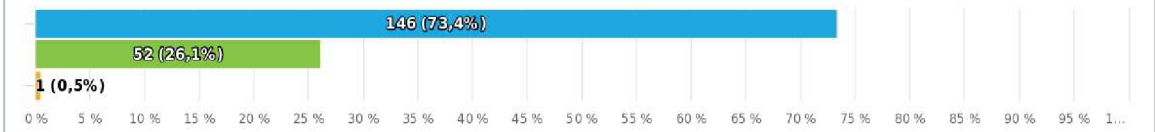


# Výsledky

### 1 Jste...

*Výběr z možností, zodpovězeno 199 x, nezodpovězeno 0 x*

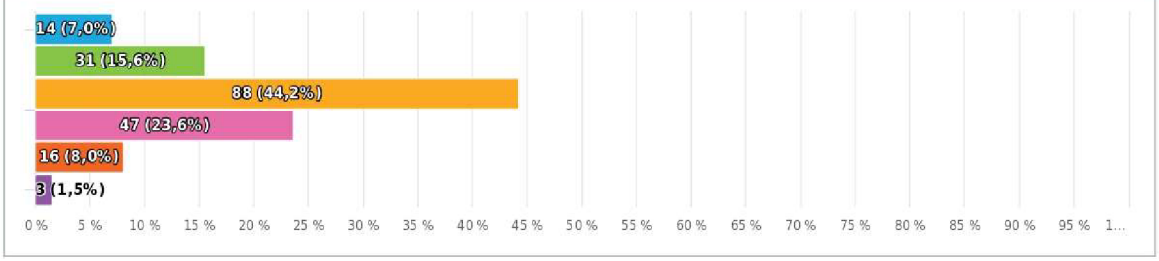
| Možnosti odpovědí | Responzí | Podíl |
|---|---|---|
| žena | 146 | 73,4% |
| muž | 52 | 26,1% |
| jiné/nechci uvádět | 1 | 0,5% |




### 2 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

*Výběr z možností, zodpovězeno 199 x, nezodpovězeno 0 x*

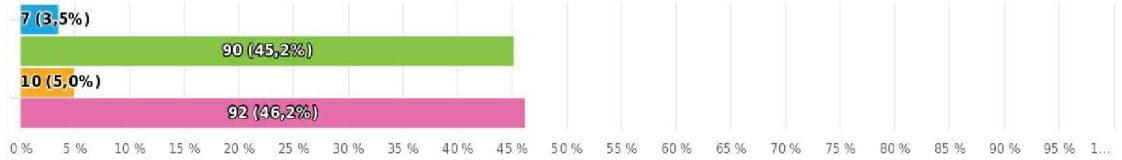
| Možnosti odpovědí | Responzí | Podíl |
|---|---|---|
| základní | 14 | 7,0% |
| vyučen/a | 31 | 15,6% |
| středoškolské s maturitou | 88 | 44,2% |
| bakalářské | 47 | 23,6% |
| magisterské | 16 | 8,0% |
| VOŠ | 3 | 1,5% |



## 3 Jaké je Vaše zaměstnání?

*Výběr z možností , zodpovězeno 199 x, nezodpovězeno 0 x*

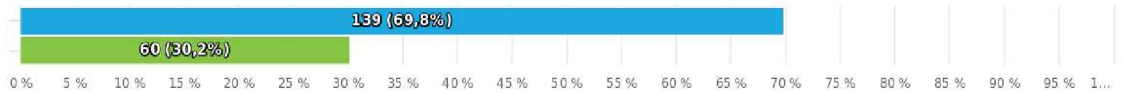
| Možnosti odpovědí | Responzí | Podíl |
|---|---|---|
| nezaměstnaný | 7 | 3,5% |
| student | 90 | 45,2% |
| mateřská/rodičovská dovolená | 10 | 5,0% |
| pracuji (na částečný či plný úvazek) | 92 | 46,2% |




## 4 Do jaké věkové kategorie spadáte?

*Výběr z možností , zodpovězeno 199 x, nezodpovězeno 0 x*

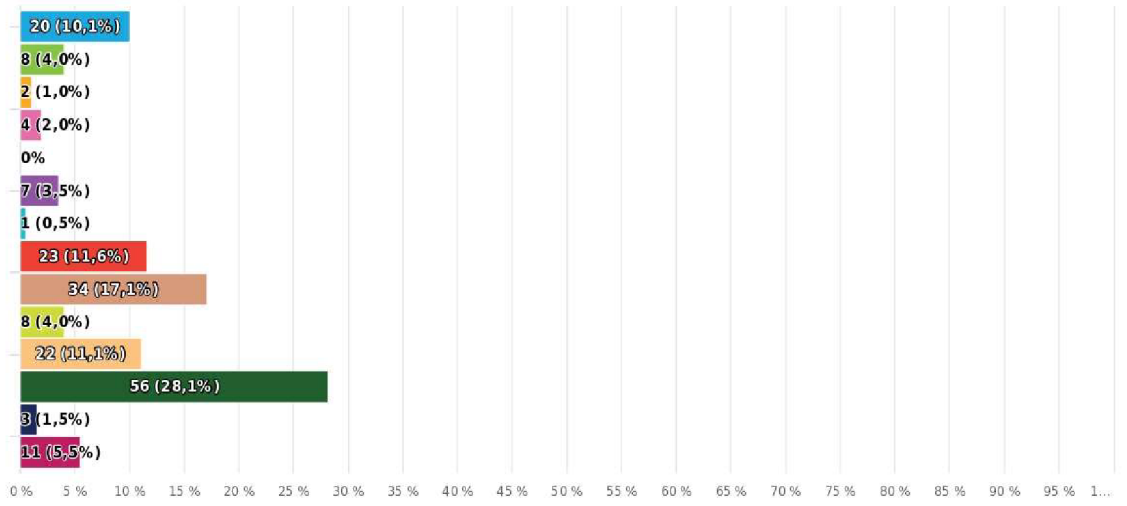
| Možnosti odpovědí | Responzí | Podíl |
|---|---|---|
| 18 až 24 let | 139 | 69,8% |
| 25 až 30 let | 60 | 30,2% |



## 5 V jakém kraji v současnosti dlouhodobě pobýváte?

*Výběr z možností , zodpovězeno 199 x, nezodpovězeno 0 x*

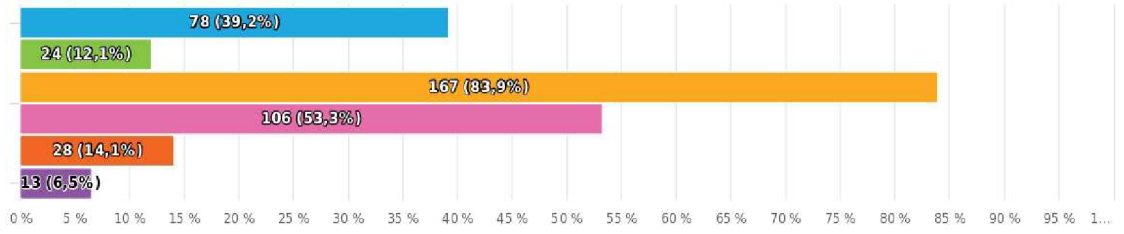
| Možnosti odpovědí | Responzí | Podíl |
|---|---|---|
| Praha | 20 | 10,1% |
| Středočeský kraj | 8 | 4,0% |
| Jihočeský kraj | 2 | 1,0% |
| Plzeňský kraj | 4 | 2,0% |
| Karlovarský kraj | 0 | 0,0% |
| Ústecký kraj | 7 | 3,5% |
| Liberecký kraj | 1 | 0,5% |
| Královehradecký kraj | 23 | 11,6% |
| Pardubický kraj | 34 | 17,1% |
| Vysočina | 8 | 4,0% |
| Jihomoravský kraj | 22 | 11,1% |
| Olomoucký kraj | 56 | 28,1% |
| Zlínský kraj | 3 | 1,5% |
| Moravskoslezský kraj | 11 | 5,5% |



## 6 Odkud získáváte informace o problematice duševních onemocnění?

*Výběr z možností, více možných , zodpovězeno 199 x, nezodpovězeno 0 x*

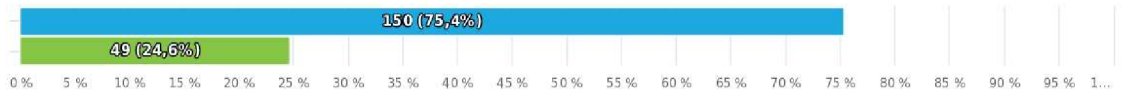
| Možnosti odpovědí | Responzí | Podíl |
|---|---|---|
| odborná literatura (odborné knihy, časopisy pro odbornou veřejnost i v online formě atd.) | 78 | 39,2% |
| populárně-naučná literatura (časopis Moje psychologie, Psychologie dnes aj.) | 24 | 12,1% |
| internetové zpravodajství, články, diskuze a sociální sítě | 167 | 83,9% |
| osobní zkušenost s osobou s duševní poruchou | 106 | 53,3% |
| televize | 28 | 14,1% |
| Jiná (prosím uvedte) | 13 | 6,5% |




## 7 Máte ve svém blízkém okolí osobu trpící duševní poruchou?

*Výběr z možností , zodpovězeno 199 x, nezodpovězeno 0 x*

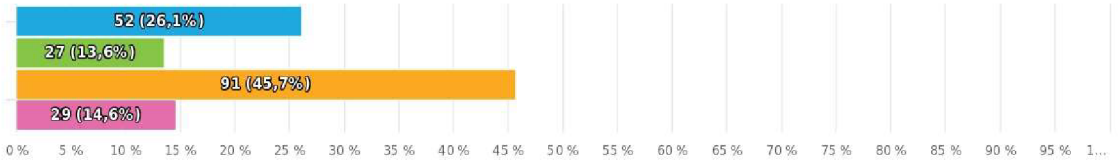
| Možnosti odpovědí | Responzí | Podíl |
|---|---|---|
| Ano | 150 | 75,4% |
| Ne | 49 | 24,6% |



## 8 Jak byste popsali své osobní zkušenosti s duševně nemocnými osobami?

*Výběr z možností, zodpovězeno 199 x, nezodpovězeno 0 x*

| Možnosti odpovědí | Responzí | Podíl |
|---|---|---|
| převážně pozitivní | 52 | 26,1% |
| převážně negativní | 27 | 13,6% |
| neutrální | 91 | 45,7% |
| nemám os. zkušenost s člověkem s duševním onemocněním | 29 | 14,6% |




## 9 Můžete popsat konkrétní zkušenost?

*Textová odpověď, zodpovězeno 81 x, nezodpovězeno 118 x*

- asi nemůžu popsat konkrétní zkušenost, protože těch lidi znám opravdu hodně, ale obecně nerozlišuju člověka s duševní poruchou a bez. Sama trpím na úzkosti, poruchu příjmu potravy a ADHD, nedávno v moji terapii zaznělo, že možná mám PTSD. Stejně jak bych chtěla, aby lidé neviděli ve mě jen diagnózu, tak se snažím neškatulkovat lidi sama.
- Až na výjimku v rámci možností naprosto normálně fungující lidé, kteří mají limity v učité sféře jednání (např. člověk se sociální úzkostí, bulimik). Ovšem byla jsem také svědkem „záchvatu" schyzofrenika při požití vyšší dávky omamných látek, kdy bylo nezbytné tohoto člověka silou udržovat u země.
- Babička byla možná pořad je alkoholik, trpí velkými propady nálad a někdy upadne do depresí, kdy máme v rodině několik dni strach jestli vůbec žije.
- Babička má stařeckou demenci, postupně se stav zhoršuje.
- Babička měla Alzhaimra. Měla dobře dny, i špatné dny...
- Bipolární porucha mojí kamarádky ji občas brání v trávení času s přáteli nebo i jen ve vstaní z postele.
- bratranec - pokus o sebevraždu, bere léky.... navenek je to naprosto normální člověk, má přítelkyni, miluje hudbu - zpívá a hraje na kytaru, pracuje v obchodě :-) ... kamarád - sociální fobie, chodí do práce normálně, ale ven na pivo nebo návštěvu vyleze jednou za měsíc. Doma sám je nejspokojenější....
- Bývalý přítel měl několik duševních poruch, nechtěl si to připustit, natož je řešit (chodil na terapie, ale nebral si nic k srdci). Bylo to velmi těžké pro něj i pro lidi v jeho okolí.
- Cestou autobusem potkávám schizofrenní osobu, i přes občasné nekontrolované momenty jsou názory dotyčné osoby velmi zamyšlenívhodné.
- Často to bývají velmi pozitivní lidé se silnou vůli a velkou empatii. Vždy v nich naleznete podporu i když se oni necítí nejlépe. Nikdy se mi nestalo, že by se ke mě chovali špatně.
- Děda má něco jako Alzheimera. Neslouží mu krátkodobá paměť. Tak před rokem se vrátil do věku 6-14 let a znovu objevuje sexualitu. Mě se to jako muže naštěstí netýká, ale ženy se musejí mít v jeho blízkosti na pozoru.
- Deprese, obsedantně kompulzivní porucha. Časem jsme dokázali najít řád a vyznat se jak v náladách i v obsesích a vhodně na reagovat. Ale stále zde byly i výjimky na které nikdo připraven nebyl.
- Disociativní porucha
- Dva byli závislí na pervitinu
- Eliška je mezi lidmi v pohodě, takže na ní není jako tak nic znát, horší to pak je, když je sama
- Emotionally draining

- I přesto, že daná osoba má nejtěžší období již pravděpodobně za sebou a plně si uvědomuje, že se jedna o psychický problém, tak stejně nastávají momenty, kdy je mimo soulad s objektivní realitou.
- Jakožto řidič BMW jsem dost solidní retard.
- Jedna z nejbližších kamarádek trpí těžkými depresemi, zkušenosti jsou převážně neutrální, dříve negativní, později pozitivní. Člověk se musel naučit, jakým způsobem s ní jednat (např. smířit se s tím, že ne vše jde ihned, ruší se domluvené plány, atd.) a jak jí býti oporou. V pubertě to mezi námi dělalo neshody, v dospělosti se to srovnalo a máme vztah založený na respektu k psychické rozpoloženosti druhého. Otec je schizofrenik, zkušenosti jsou převážně negativní. Sama trpím úzkostmi a depresí.
- Jednou jsem viděl Blázna chodit a mluvit nebo i pracovat dokonce i přemýšlet někdy dostal rozum. Viděl jsem ho kutálet se z kopce, viděl jsem ho pít, jíst. Někdy bojoval nekdy byl klidný. Někdy zlý někdy hodný. Taky se sprchuje nebo se snaží milovat.
- Jsem asi špatně pochopila pro koho je dotazník určen. Já mám zkušenosti z pohledu nemocného. Ale mám zkušenost s alkoholickou matkou tam bohužel je zkušenost nemilá. Jeji výchova nepomohla moji poruše.
- Jsou milí, ale odtažití
- Jsou to lidé jako každí jiní. Mají ale obecně víc empatie.
- Jsou to moji přátelé
- Kamarádi, spolupacienti. Často citliví lidé, empaticti...
- Kamarádka trpí extrémními úzkostmi a obsesí, ale mně to nijak neovlivňuje. Spíš muže v jejím okolí a její wellbeing.
- Kamarád má poruchu, snažíme se mu pomoct. Někdy je to depresivní ale spíše je stále veselý
- Komunikace s oběma osobami je komplikovaná, neboť obě dvě mají diagnostikovanou hraniční poruchu osobnosti. Mnohdy si nejsem jistá, jak reagovat, když se chovají nepřiměřeně a mnohdy se snažím jejich reakce nenápadně korigovat, neutralizovat dopad nežádoucích slov, ale stojí mne to hodně energie.
- Lékařka s lehkou formou schizofrenie
- Lidí s duševní poruchou jsem za život poznala dost. Jak v práci, tak v osobním životě. Každá zkušenost je jiná, každá nemoc je jiná a každý člověk je jiný. Nedělá mi problém jednat a takovými lidmi.
- Má babička trpí depresemi, takže tyto epizody řešíme často. Sama trpím sociální uzkostí a docházím na terapii.
- Mam kolem sebe tech poruch vice, od schizofrenie, pres deprese az po zavislosti. K mim depresim a zavislosti-kdyz jsem s tim pracovala, a mluvila narovinu, nikdy jsem nemela problem. I kdyz nekteri maji pak pocit, že jsem z takove nizsi spolecenske skupiny (i se tak chvilku chovaji)
- Mám několik kamarádek s HPO a PTSD. Kamaráda s depresivní poruchou osobnosti, kamaráda s těžkým ADHD a kamaráda s OCD.
- Mám velkou degerativní úzkostnou poruchu do toho po fyzické stránce se mě díky této poruše rozvinula epilepsie, kamarádka má změnu osobností taky s epilepsii, máme velké depresivní úzkostní stavy, panické attacky, každý den je na zhroucení, každý dech je bolestivý, až se nejde nadechnout. Občas je i na zvracení, srdce bije též bolestivě a je mi do breku. Není sranda si dělat legraci a říkat, to určitě hraješ. Nikdy nevíš, dokud nezažiješ.
- Mám v okolí ženu s hraniční poruchou osobnosti. Je poměrně těžké s ní vyjít a zvládat její stavy.
- Má nejlepší kamarádka trpí duševní nemocí. Lepšího člověka jsem nikdy nepoznala, i když to je občas těžký.
- Moje nejlepší kamarádka trpěla silnýma depresema, sociální úzkostí, bylo to s ní jako na houpačce. Ale kvůli podobným problémům jsme si padly do oka a zvládly si v nějaké míře navzájem pomoct.
- Můj otec má bipolární poruchu, nijak to neřeší a nevyhledal pomoc, útlumová období jsou v pořádku, ale mánie jsou rok od roku horší, občas se za něj stydím, dřív hodně sázel, nejvíc v období mánií. Kvůli tomu se s ním mamka rozvedla. Vždy mu někdo z rodiny pomohl se splacením dluhů, letos snad se sázením přestal, alespoň to teda slíbil babičce (jeho mamince) a rodina se dohodla, že mu už peníze nepůjčí. Měl se jít léčit na tři měsíce do Bohnic, ale na poslední chvíli to zrušil.
- Můžu ale nechcu, bylo by to na dlouho
- Na první pohled nelze poznat, že osoby mají duševní poruchu, pokud se jedná o afektivní nebo neurotické poruchy.
- Narcismus ve vztahu
- Náročná
- Na VŠ máme jednu holčinu, která trpí panickými atakami, kdykoliv, kdy pociťovala nějaký stres nebo ji ve škole něco nešlo, měla problémy, jednou po skončení gymnastiky jsme ji chytli v takovém stavu v šatně, kdy se ji nějaký prvek nedařil, hrozně plakala, že se nemohla ani nadechnout. Celkově ale je to super, chytrá holka, která vždy se vším pomůže, když může.
- Ne
- Nebyli nebezpeční
- nechci uvést

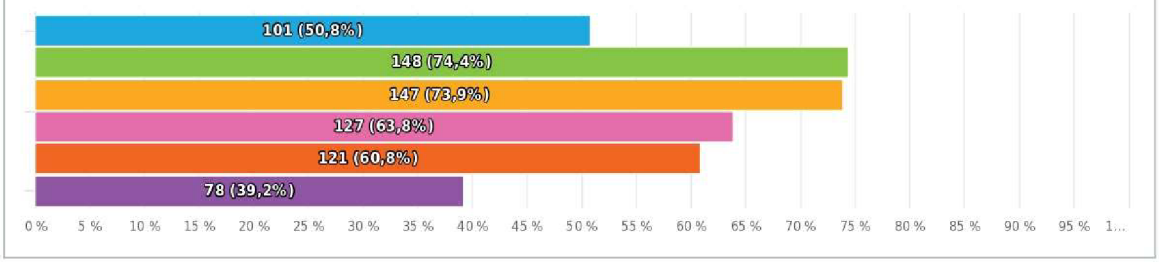
- Někdy nechtěli úplně popsat co se děje..
- (2x) Nemám
- (2x) Nemám
- Nikdo na mě nebyl zlý, agresivní apod. Většinou se s nimi s velkou dávkou empatie a trpělivosti pustím do rozhovoru. Zároveň mě rozhovor s takovými lidmi vyčerpává.
- Od školy mám spolužáka s těžkou schizofrenii.. Po škole se už moc nevídáme, každý má svůj život. Jelikož bydlíme poblíž malého města, občas se potkáme, chováme se k sobě s respektem a proběhne i nějaký humor, jako za starých času. Je hodně náladový, ale mě osobně to nevadí. Setkávám se každý den s lidmi a dokážou být více odporný, než kde jaký nemocný člověk. Oba víme ze si neublížíme a ze si dokážeme pomoci jako starý známí/přátele (přeci jen jsme lidi). Bohužel, okolí ho odsuzuje a nechápe..
- Osoba má epizody mánie a epizody sebezničující deprese. JE někdy těžké být takovému člověku oporou a do takového vztahu investovat.
- Osobně jsem jednu dobu trpěla poruchou příjmu potravy a lidi kolem mě z toho byli dost nešťastní. Nenechala jsem si vysvětlit, že už to přeháním a byla posedlá svou postavou, jídlem a cvičením.
- O všech můžu mluvit jako o vzdělaných lidech se zájmem o vzdělání a seberozvoj, s motivací pracovat na své osobě a zároveň ochotou pomáhat ostatním, jejichž onemocnění je limitovalo převážně mimo společnost, v domácím prostředí. Ve společnosti na sobě nedávali nic znát, respektive na první pohled žádné onemocnění patrné nebylo.
- Panické ataky, prudké změny nálad
- Pomoc při potížích
- Porucha osobnosti s člověkem se musí jednat jinak a mluvit také tak.
- Pracovala jsem v bývalém zaměstnání, tzn. ve výchovném ústavu s léčebným režimem, kde se takové osoby vyskytovaly. Největší zkušenost byla s chlapcem, který měl schizofrenií a poté dívka u které nebyla stanovená diagnóza, ale pokusila se zavraždit pedagožku, což se jí nepovedlo, ale po odchodu dívky ze zařízení nám bylo sděleno jiným zařízením, že měla duševní onemocnění a v době činu nevěděla co dělá.
- Pracuji jako siaclni pracovnice v oblasti podpory bydlení osob bez přístřeší. Mnoho mých klientů trpí právě duševním onemocněním.
- Pracuji na oddělení dětské neurologie, kde máme občas pacienty i s duševní poruchou. Měli jsme slečny s PPP, děti s poruchou osobnosti, schizofrenií, úzkostmi, OCD, depresemi. V podstatě všechno možné a moje zkušenost je neutrální. Děti většinou měly zavedenou medikaci.
- přítel má disociativní poruchu identity, těžké deprese a obsedantně kompulzivní. i přes to, jak jsou to těžké nemoci, je to úžasný člověk
- Psychicky nemocný muž mi pomohl nést nákup
- Sama jsem si prošla depresemi
- Sebepoškozování
- Sestra má psychiatrickou diagnózu. Dlouho ji i přes moje naléhání nechtěla řešit a ignorovali ji. Skončilo to psychiatrickou léčebnou. Proto špatná zkušenost.
- Setkala jsem se jen s pár lidma co mají nějakou závislost nebo fobii z hadů a tak dále.
- Setkání s osobami určitého duševního onemocnění ve mně evokuje lítost a zamyšlení se nad mými malichernými problémy, ale zároveň mi je někdy jejích chovají nepříjemné.
- spolubydlící je přesvědčena o tom, že je méněcenná, nadává si a obviňuje své okolí, že jí lžeme a jsme srabi, co jí nedokážou říct „její pravdu", že je k ničemu, do očí
- Trpím klinickou depresí a trpí ji cela rodina otec nedávno dostal bipolární poruchu
- Úzkosti, nechutenství, nespavost, pláč...
- Úzkosti, panicke ataky u rodinného příslušníka
- všichni maj dneska nějakou poruchu asi se to nedá zobecňovat
- Záleží na onemocnění. Nejčastěji však lhaní, nespolehlivost, podvody, manipulace
- Zkušenost s narcistní poruchou osobnosti, ale ne diagnostikovanou. Jinak v okolí úzkosti. Nemám vyloženě negativní zkušenost.
- Zkušenost s obsedantně kompulsivní poruchou, posttraumatickou poruchou po autonehodě, s mentální anorexií, závislost na alkoholu a lécích.
- známý klučina má poruchu empatie (nevím jakou přesně), ale vysvětlovali nám to, jakože v podstatě necítí bolest, a tak nedokáže poznat, že něčím někomu jinému může způsobovat bolest
- Žádnou konkrétní si teď nevybavím
- Žádnou nemám

20 let s otcem bez diagnostikovane bipolární afektivni nálady, takže střídání mánie, nekontrolovatelny vztek, házení věcí, deprese + Vedle ve vchodu bydlí schyzofrenik, už po nás jednou vystartoval a křičel

## 10 Vyberte prosím všechny typy duševních poruch, se kterými jste se setkali

*Výběr z možností, více možných , zodpovězeno 199 x, nezodpovězeno 0 x*

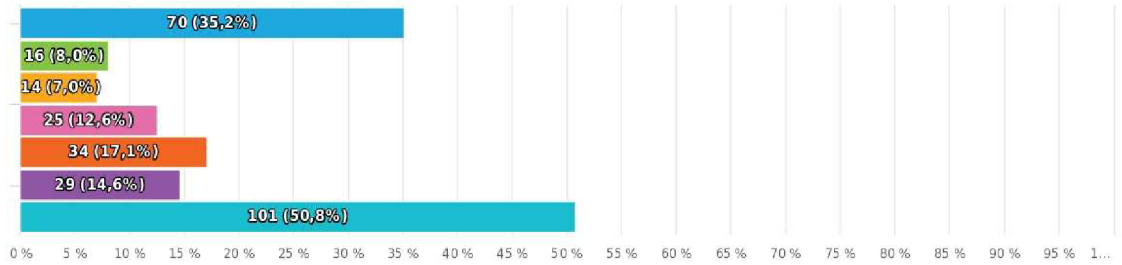
| Možnosti odpovědí | Responzí | Podíl |
|---|---|---|
| psychotické poruchy (schizofrenie, poruchy s bludy, psychózy) | 101 | 50,8% |
| afektivní poruchy (deprese, bipolární afektivní porucha) | 148 | 74,4% |
| neurotické poruchy (úzkostné stavy, agorafobie, sociální fobie, panická porucha, obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha) | 147 | 73,9% |
| poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, bulimie, záchvatovité přejídání aj.) | 127 | 63,8% |
| závislostní poruchy (závislost na návykových látkách, gambling a další) | 121 | 60,8% |
| poruchy osobnosti (narcistická, hraniční aj.) | 78 | 39,2% |



## 11 Myslíte si, že je některá skupina z výše jmenovaných onemocnění (z pohledu společnosti) závažnější než ostatní?

*Výběr z možností, více možných , zodpovězeno 199 x, nezodpovězeno 0 x*

| Možnosti odpovědí | Responzí | Podíl |
|---|---|---|
| psychotické poruchy | 70 | 35,2% |
| afektivní poruchy | 16 | 8,0% |
| neurotické poruchy | 14 | 7,0% |
| poruchy příjmu potravy | 25 | 12,6% |
| závislostní poruchy | 34 | 17,1% |
| poruchy osobnosti | 29 | 14,6% |
| ne, všechna jmenovaná onemocnění vnímám se stejnou závažností | 101 | 50,8% |




## 12 Pokud jste vybrali v předchozí otázce některou ze skupin onemocnění jako závažnější, můžete zdůvodnit své rozhodnutí?

*Textová odpověď, zodpovězeno 58 x, nezodpovězeno 141 x*

- .
- Anoreixie - často způsobena okolím a člověk se z ní špatně dostává Poruchy osobnosti vnímám jako jednu z nejvážnějších věcí protože se skrze to dokáží rozvinout i další psychické poruchy snadněji. I díky okolním lidem a vlivům okolí
- Člověk může být velmi nebezpečný pro svoje okolí
- Deprese je dnes více diskutovqný a asi i diagnostikovaný stav, o kterém se ve společnosti myslím již poměně mluví, často ale zlehčeně, protože jsou s tím zaměňňovány méně závažné stavy a ve společnosti se o tom potom mluví spíše ve smyslu méně závažné věci. Gambling a alkoholismus či závislost na drogách jsou hustě probíraná témata, často vedoucí k totálnímu úpadku rodiny či jednotlivce, který se ale jinak jevil zdravý. Společnost má pocit, že se tomu dá předejít, a tak se to asi víc řeší.
- Halucinace
- Je těžší k léčení
- jsou to onemocnění, kde člověk může uškodit ne jenom sobě, ale i ostatním.
- Málo kdo ví ze je to opravdu těžké se s deresemi a úzkostmi vyrovnat

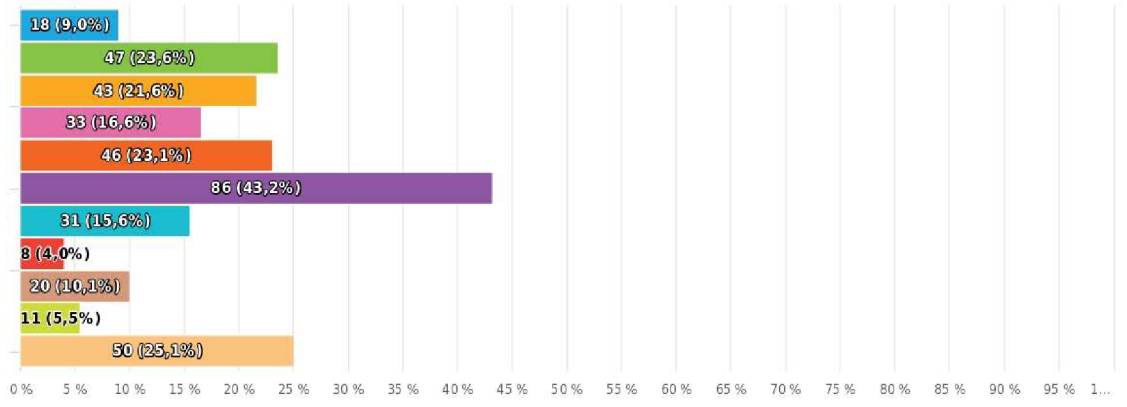
- mám pocit, že psychotické a afektivní poruchy mohou být nebezpečnější pro okolí postižené osoby.
- Má větší dopad na lidi okolo
- Menší porozumění takovým lidem, složitější průběh onemocnění a léčby .. hlasy, bludy, halucinace, paranoia - neumím si představit život s tímto onemocněním, nevím, jak s takovým člověkem jednat, jak se cítí, jak přemýšlí, jak mu pomoci. Vnímám, že tito lidé jsou často odříznuti od společnosti, cítím k nim lítost a strach, co s nimi bude do budoucna.
- Myslím především drogy, ty jsou v dnešní době velmi "populární" a jednoduše se k nim člověk může dostat, je to problém se kterým se lidé většinou nerodí.
- Myslím si že lidi s těmito poruchami budou pravděpodobněji nebezpeční pro společnost.
- Myslím si že vše co jsem označila může ohrozit dotyčnou osobu nebo i okolí a mělo by se tomu dávat větší pozornost a měli by se o tom více mluvit.
- Myslím, že je náročnější léčba.
- Myslím, že je s výše zmíněnými poruchami je těžké se v dnešní společnosti prosadit. Je to moc velký handicap. Lidé to nemusejí vždy pochopit nebo na to brát zřetel/dávat svoji energii, aby s postiženou osobou vycházeli.
- Myslím, že uvedené varianty mohou být velmi nebezpečné nejen pro daného jedince, ale i pro jeho okolí.
- Myslím, že v dnešní době už tahle témata nejsou tabu. O všem se veřejně mluví, až na mě občas působí, že se z toho stává jakýsi trend a těžko se pak rozlišuje, zda ten člověk duševním onemocněním opravdu trpí. Ovšem co se dle mého názoru příliš neřeší, nebo zůstává uzavřené pod pokličkou, jsou psychotické poruchy. Většina lidí si u těchto případů řekne "Je divnej, ale takovej je už od dětství." a přehlíží se fakt, že by ten člověk mohl trpět právě některou z těchto poruch.
- Narkomani jsou nebezpeční hlavně sobě, ale potenciálně i svému okolí. Lidé s poruchami osobností jsou často ve vysoké politice a ovlivňují vesele miliony životů. Člověk v total deziluzi může být potenciálně nebezpečný.
- Ne
- Nejvíce znatelna
- Některé jsou nebezpečné pro cizince některé pro rodinu
- nemoci jako schizofrenie často silně ovlivňují okolí, jedinec má zkreslené vnímání a často nedokáže normálně fungovat i přes medikaci
- Nemocní často nejsou schopni vnímat realitu
- nepředvídatelnost, mohou být nebezpečné pro své okolí
- Neurotická porucha a PPP se možná zdají, že nejsou nejfatálnějšími poruchami, nicméně mi přijdou nejhorší vzhledem k funkčnímu stylu života daných osob. Je to velmi tabuizované, ale dané osoby mají problém s jídlem 24 hodin denně nebo dokáží ze sluníčkové osoby v mžiku oka udělat ztuhlé klubko nervů, které se nedokáže ani pohnout, a to by si toho někdo všiml. Mnohdy jsou jen nepochopeni a okřiknuti.
- Nevybral
- Ohrožení na životě z nedostatku příjmu
- Ostatní podle mě neomezují v životě tak moc.
- Ovlivňuje to více lidí, velkou společnost, ne jen jednoho konkrétního
- Podle mého jsou více mezi lidmi než ostatní onemocnění
- Podle mě jsou úplně nejhorší poruchy s bludy, tito lidé jsou nepředvídatelní, nelze jim jejich přesvědčení vyvrátit.
- Pokud člověk nedokáže sám za sebe přemýšlet a sám si vystačit je nutne mu pomoci bez ohledu na to kdo to je
- Porucha osobnosti, psychotické poruchy, člověk nikdy neví, jak se ten druhý zachová, co zrovna prožívá, nebo vidí. Poruchy příjmu potravy, je to nebezpečné pro zdraví toho člověka a společnost se na něj dívá skrz prsty
- Porucha potravy protože se tím člověk ničí. A tělo není stroj nato aby takový sousto unesli.
- poruchy ktere predstavuji riziko i pro okoli cloveka nejen pro cloveka samotneho
- Přijde mi, že jde o onemocnění, u kterých člověk méně zvládne ovlivnit, zda nastanou nebo ne.
- přijde mi, že společnost bere psychotické a osobnostní poruchy neskutečně stigmatizovaně (zejména schizofrenii a narcistickou poruchu, pro příklad), že třeba mnoho lidí ani nevěří, že se dají do určité míry léčit (přesněji potlačit); za sebe osobně je vnímám všechny se stejnou závažností
- Přijde mi, že společnost na zbytek uvedených nemocí nevěří. Tuhle zase berou jako něco, za co se zavírá do blázince.
- Psychotické poruchy (např, schizofrenii) vnímám jako závažnější, jelikož je neléčitelná. Zároveň společností jsou vnímány více negativně - někdo, kdo má bludy bude vnímán jako "blázen" spíše než někdo kdo má depresi (o které se toho obecně hodně ví a každý si umí představit, co to přibližně znamená) nebo i HPO či BAP (kde to bude spíše připisováno osobnosti).

- Schizofrenie a bipolarní porucha, těžké deprese mají nejistou prognózu. Závislosti jsou hodně četné. Takže zátěž pro stát a systém obecně, navíc stigma.
- Subjektivně to tak cítím, nedokážu blíže vysvětlit
- Tak vzhledem k tomu, že psychózy jsou považovány za jedny z nejtěžších duševních onemocnění, je odpověď jasná.
- tam je asi stěžejní etiologie, pokud je genetického původu závažnost je větší v kontextu horšího hledání léčby
- Téměř nemožná resocializace
- Tímto - např. gambling - ohrožují nejen sebe, ale i svou rodinu a své okolí. Např. shánění a prohrávání rodinných peněz
- Upřímně si nejsem jistá která skupina je ta správná, ale já si myslím že nejnebezpečnější jsou ti, kteří pak kvůli své nemoci jednají a ubližují jiným. Ať už je to drogová závislost, nebo nějake trauma z dětství apod.. (myslím tím vrahy, násilníky atd)
- U vybraných skupin vnímám zvýšené riziko poškození zdraví samotné osoby (sebepoškozování, sebevražda, podvýživa) či jejího okolí.
- V dnešní době se díky lidem co na sebe tomto FALEŠNĚ upozorňují přehlížejí ti co doopravdy mají nějaké psychické poruchy.
- Vidím každý den, různou vážnost psychických poruch, schizofrenii, porucha osobnosti. Já končím v nemocnicích, vidím blízký chodit i já do léčeben. Vidím jejich bolest, vnímám jejich i svou, bolest. Změnu emocí, agresivitu, plachost, smutek, osamělost.. nikdy si nedělám z toho srandu, protože to takhle mohu pochopit. Ti, co nic takového nezažívají a neberou to vážně, ať se snaží aspoň do toho neplést. Jinak budou nejhorší lidé, co kdy můžete potkat.
- Výše zaklikle poruchy většinou bývají nebezpečné pro ostatní lidi. Napadají na veřejnosti, okrádají nebo dokonce dokáží kvůli poruše i zabít.
- Záleží na míře, ale psychotickezooruchy mají velkou míru invalidizace a je úspěch, když člověk dobře funguje ve společnosti
- Závislostní poruchy z důvodu, pokud se jedná o závislost na návykových látkách, tak člověk pod vlivem takových látek v případě spáchání závažného trestného činu většinou nenese zodpovědnost. Navíc takoví lidé nejdříve jednají a až později jim dochází následky jejich činů. Psychotické poruchy - lidé s těmito poruchami jsou nepředvídatelní. A důsledky jejich jednání si nemusí uvědomovat vůbec.
- Z pohledu společnosti ano, myslim, ze lide s poruchami z kategorii, které jsem vybrala, mohou byt nekdy nebezpecni pro okoli
- z pohledu společnosti jsou tyto poruchy vnímány hůře. z pohledu mého nezáleží na typu poruchy (samozřejmě pokud nejde o sebevražedné sklony), všechny by se měly řešit a nemělo by být nesnadné o nich mluvit. Já sama mívám panické ataky a úzkostné ataky a jediný to ví můj snoubenec, a taky mi trvalo mu to říct. Lidi by se neměli bát se ozvat, kolik mladých lidí si vzalo život, protože se báli o tom mluvit.
- Z pohledu společnosti (ne z mého vlastního) jsou tyto skupiny vnímány závažněji. Například deprese či poruchy příjmu potravy jsou často probírány na ZŠ - lidé jsou s nimi seznámeni a pak je tolik nepřekvapí. Zároveň se takovými onemocněními ohání dost lidí i bez dg - což snižuje pak závažnost (lidé nepoznají, zda to myslí vážně nebo se jen snaží být něčím "zajímavý")
- Z těchto lidí si myslím, že má společnost větší strach
- 11) otázku bych bral s rezervou. Jsou případy, kdy mohou být pro společnost vážnou hrozbou, ale také jsou případy kde se dá na nemoci pracovat.. Je to jen a jen o lidech.

## 13 Označte všechna tvrzení o lidech s duševním onemocněním, se kterými souhlasíte:

*Výběr z možností, více možných , zodpovězeno 199 x, nezodpovězeno 0 x*

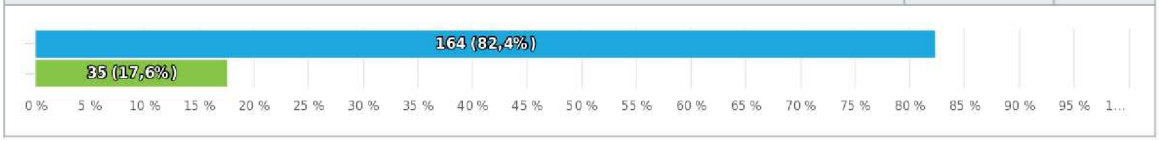
| Možnosti odpovědí | Responzí | Podíl |
|---|---|---|
| Lidé s duševním onemocněním jsou nebezpeční a měli by se neustále nacházet pod odborným dohledem. | 18 | 9,0% |
| Když se dozvím, že někdo v mém okolí trpí duševní poruchou, vyvolává to ve mně nepříjemné pocity (obavy, nervozita, strach, vztek,...) | 47 | 23,6% |
| Lidé s duševním onemocněním nedokáží ve škole nebo v práci produkovat stejné výsledky jako zdravá populace. | 43 | 21,6% |
| Duševní porucha osoby by mě odradila od toho, abych s ní měl/a intimní vztah. | 33 | 16,6% |
| Myslím, že duševní nemoc se dá překonat dostatkem vůle a práce. | 46 | 23,1% |
| Duševní onemocnění nelze zcela vyléčit. | 86 | 43,2% |
| Duševně nemocní lidé páchají častěji trestnou činnost než zdravá populace. | 31 | 15,6% |
| Duševní poruchy jsou podle mě méně závažné než fyzická onemocnění. | 8 | 4,0% |
| Myslím si, že velká část lidí, kteří tvrdí, že mají duševní poruchu jsou líní a nedokáží plnit svoje povinnosti. | 20 | 10,1% |
| Když se potkám s člověkem, který má duševní onemocnění, spolehlivě to na něm poznám. | 11 | 5,5% |
| Nesouhlasím s žádným výše uvedeným tvrzením | 50 | 25,1% |



## 14 Myslíte si, že by měly být osoby s duševní poruchou ponechány ve svém přirozeném prostředí (rodina, komunita), nebo že je prospěšnější jejich hospitalizace?

*Výběr z možností, zodpovězeno 199 x, nezodpovězeno 0 x*

| Možnosti odpovědí | Responzí | Podíl |
|---|---|---|
| myslím, že je oboustranně prospěšné je ponechat v rodině a komunitě | 164 | 82,4% |
| myslím, že by měly být hospitalizovány | 35 | 17,6% |




## 15 Zdůvodněte prosím výběr své odpovědi v předchozí otázce:

*Textová odpověď, zodpovězeno 199 x, nezodpovězeno 0 x*

- 
- -
- (3x).
- Aby nebyli odcizení a aby cítili podporu od okolí
- asi nelze generalizovat ale obecně lidé neurotičtí případně i další mají raději své přirozené útočiště než docházení do cizího prostředí
- Asi záleží na tom, jestli dokáží sobě/okolí ublížit a jestli je okolí připraveno/ochtno se o ně starat
- Asi záleží na typu poruchy a závažnosti - hospitalizovat každého a poruchou je nesmysl, naopak když budou lidé a poruchou ponechání ve svém přirozeném prostředí, tak je větší šance, že se budou cítit lépe a může to být přínosné i pro jejich okolí - třeba to pomůže destigmatizovat...
- Budou doma, v prostředí, které by mělo být pro lidi bezpečným útočištěm. Hospitalizace ve většině případů není vhodná. Volila bych ji jako poslední možnost.
- Člověk s problémy by se měl "zotavovat" v domácím prostředí s lidmi co ho mají rádi o on jim dokáže důvěřovat. Podle mě by měl docházet na terapie ale jinak hospitalizace za mě nepomůže
- Dle závažnosti, u těžkých poruch je někdy lepší hospitalizace.
- Dlouhodobý pobyt v léčebně ještě nikoho zcela neuzdravil, jedinec musí mít kontakty se svou rodinou, ať už blízkou či vzdálenou.
- Dochází k lepší a rychlejší šanci na stabilizaci
- Domácí prostředí je vhodnější
- Doma se cítí pohodlněji
- Dost záleží na individuálním případu.
- Duševně nemocní většinou ocení, když se s nimi zachází běžně a bez rozdílů (pokud to teda nevyžaduje situace) a zároveň jejich rodina a blízcí se učí ty lidi přijímat jaký jsou, a jsou nuceni pochopit, že je to stále ta samá osoba, že je to furt jejich dcera/otec/teta, whatever. Že je to pořád on, ten člověk.
- Duševně nemocný člověk by měl mít tu možnost vídat svoji rodinu, ale zároveň i možnost konzultací či léčby v komunitě. Být striktně vázán jen na rodinu nebo jen být někde zavřený na hospitalizaci mi nepřijde jako správná cesta.
- Hodně záleží na závažnosti stavu a jsou situace, kdy je vhodnější hospitalizace, ale obecně, pokud je to možné a dotyčný si není nebezpečný, nebo svému okolí, pak je rozhodně nejlepší nechat ho v přirozeném prostředí.
- Horší adaptace na nemocniční prostředí může prohloubit psychické problémy u pacienta.
- Hospitalizace a s ní související omezení osobní svobody by mohlo psychický pacientů zhoršit. Ponechání člověka s duševním onemocněním může být prospěšné, jestliže je její blízké okolí schopné a ochotné ji pomoci se vzájemnou pomocí specialisty.
- Hospitalizace by mohla nemoc ještě zhoršit (osobní názor)

- Hospitalizace je drahá stejně jako rodina a lék se najde v obou oblastech i když nemusí existovat děkuji
- Hospitalizace je za mě namístě jen tehdy, kdy se pro to rozhodne sám duševně nemocny člověk. Pokud je nebezpečný pro sebe a své okolí, tak samozřejmě také.
- Hospitalizace může způsobit vysoký stres z cizího prostředí, či z cizích osob, který dokáže silně ovlivnit průběh nemoci či její příznaky.
- Hospitalizace např. v případě poruch příjmu potravy lépe zaměří léčení, osoba je více pod dohledem a je to pro ni - dle mého názoru - bezpečnější.
- Hospitalizace po dobu léčení, pokud je porucha zvlášť závažná
- Hospitalizace problém akorát odsune
- Hospitalizace za mě není prospěšná pro nemocného, pokud celou situaci zvládá ambulatně.
- Chtěla bych zaškrtnout obojí, když je stav vážný, myslím si že není nic lepšího než mít nonstop péči. Být pod dohledem, mít možnost vždy komunikovat s psychologem. Avšak kolikrát mám z dětí pocit, že by byly radši doma, že by se tam samozřejmě cítily líp. Takže za mě záleží na konkrétním stavu.
- chybí mi odpověď, že záleží. je lepší je nechat doma, pokud nemoc není v aktuní fázi a mají podporu rodiny. naopak je lepší hospitalizace při akutním stavu nebo toxické domácnosti
- Idk
- Izolace by vše jen zhoršila. Utvrdila a přesvědčila by je v tom, že jsou jiní, špatní. Ikdyž tomu tak není.
- Izolace není řešení.
- Jak kdy - pokud je potřeba, aby někdo byl pod dozorem (odborným), nebo se o něj rodina nedokáže starat, aniž by jí to naprosto vyčerpalo (e.g. maminka se třemi dětmi, starající se o otce schizofrenika a babičku závislou na opiátech), je asi namístě aspoň dočasná hospitalizace. Obecně je ale lepší, když je člověk mezi lidmi, kteří ho mají rádi; a rodině taky prospěje, když se musí o někoho starat - trpělivost, statečnost a laskavost jsou dobré vlastnosti a na tomhle se dají posilovat.
- Jejích chování je nepředvídatelné
- Je na to zvyklí, změny by nemuseli prospět
- Je pro ně dobré být s rodinou, přáteli a pokud je třeba, tak docházet do podpůrné skupiny, k odborníkovi
- Je to pro ne komfortnější
- Je to pro ne lepší , lépe se to překonavá když jsou v bezpečném prostředí
- Je to pro ne přirozené prostředí pokud se tam cítí dobře a bezpečně samozřejmě
- Je to relevantní. V některých případech je lepší být ve známém prostředí. Někdy lepší být mimo a pod dozorem a mimo spouštěč e duševní nepohody
- Jj
- Jsem člověk kteří trpí silnými depresemi ale dokážu chodit do práce i když jsem tlumena medikaci
- Jsou to taky lidé ☒ Dle mého názoru je vždy nutné posuzovat každý konkrétní případ zvlášť a ústavní hospitalizaci považovat za prostředek ultima ratio. Pokud je možné pomoci člověku takovým způsobem, kterým bude méně zasazen do svých práv, je nutno takový prostředek zvolit (např. ambulantní formy léčby). Opačný postup zjevně odporuje právním a tedy i společenským zásadám.
- Když už má člověk duševní onemocnění, je zvyklý na jeho prostředí, známé a rituály, často je pro něj velmi těžké když ho z něj někdo vytrhne.
- Komunijace
- Kontakt s rodinou pokud to není nijak závažné je za mě důležitý
- Lepší prostředí
- Lidé s jakoukoliv poruchou se cítí nejlépe ve svém, sobě dobře známém prostředí. Většina těchto lidí nesnáší jakékoliv změny. Někteří mají problém vyjít z bytu ven.
- Má to svá pro a proti
- Mohou se v této oblasti vzdělávat obě strany; Hospitalizace jen v akutních případech. Nevidím v separaci prospěch pro duševně nemocné lidi.
- Moje kamarádka byla hospitalizována v Bohnicích a ten pobyt určitě ničemu neprospěl...
- Myslím si tak půl na půl, někdy je hospitalizace nutná
- Myslím si že by měli zůstávat s lidmi kteří je znají nejlépe. A věřím že jim to může pomoct víc než si občas člověk myslí.
- Myslím si že duševně nemocní lidé by neměli hned být zavření a nemělo by se na ně dívat jak na blázny protože každý má jiný průběh a pokud to má ten člověk tak nějak pod kontrolou, tak by to té dané osobě mohlo spíše ublížit na psychice mnohem víc než když je mezi svými a cítí tu podporu. Nehledě na to, že ne každé zařízení je dobré a kolikrát se spousta lidí vrátí ještě v horším psychickém stavu.
- Myslím si ,že jim více prospěje láska rodiny než doktoři

- Myslím si,že když je člověk duševně nemocný tak mu prozpívá vědět,že ho rodina bere takovýho jaký je.
- myslím si že nejde řešit plošně, záleží na konkrétním případě a konkrétní duševní poruše.
- Myslím si že nelze říct vseobcne rozhodnout. Je potřeba posoudit každý případ jednotlivě podle stavu člověka
- Myslím si, že osobám s duševní poruchou prospěje, když budou se svými blízkými
- Myslím si, že pokud je to nutné je vhodná alespoň na kratkou chvíli a pro vhodnou doagnostiku hospitalizace a dále pak pobyt v rodině. Ale pro rodinu je to mnohdy také velmi náročné
- Myslím si, že takto silná změna jim mlže spíše přitížit
- Myslím si že to záleží na závažnosti nemoci, v jakém je stádiu. Pokud jsou sobě nebo okolí nebezpeční, měli by se hospitalizovat. Pokud to nezachází do těchto krajních situací měli by zůstat ve svém prostředí
- Myslím si že záleží na intenzitě poruchy. Pokud je ale porucha intenzivní natolik, že narušuje život člověku a jeho okolí, je nutná odborná pomoc
- Myslím ze jim bývá lépe hlavně mezi milujcimi lidmi kteri jim jsou oporou ale pokud cítí ze potřebuji spíše odbornou pomoct tak na hospitalizaci není nic špatného
- Myslím, že být mezi rodinnou je pro trpící osoby příjemnější a je větší šance, že se porucha zmírní nebo vyléčí. Samozřejmě pokud nejsou osoby v přímém ohrožení.
- Myslím že lékařský dozor je stejně důležitý jako podpora rodiny a jeho okolí
- Myslím, že pro osoby s duševní poruchou je lepší zůstat ve známém prostředí. Ale pro každého může být vhodnější něco jiného
- Myslím že společnost jim může pomoct
- Myslím že záleží na rozsahu a závažnosti dané poruchy.
- Myslím, že záleží na situaci. V případě snahy ublížit sobě nebo okolí, tak je hospitalizace lepší řešení
- Nah
- Nebudu zdůvodňovat
- Nedokážu jednoznačně zodpovědět. Podle mě současný systém v ČR není špatný, člověk je ponechaný ve svém prostředí, dokud nevykazuje nebezpečí svému a cizímu životu.
- Nejde hospitalizovat člověka na xy měsíců proti jeho vůli
- Někteří můžou byt nebezpeční svému okolí nebo sobě.
- Nemohla jsem se upřímně rozhodnout myslím si že to velmi záleží na konkrétním případě
- Nemusí si zvykat na nové prostředí
- Nemyslím si ani jedno, je to hodně individuální. Někomu hospitalizace pomůže, někomu stav ještě zhorší
- Nemyslím si, že je vhodně vybírat pouze jednu možnost - záleží na povaze poruchy a aktuálním stavu jedince
- Nemyslím si, že pro psychické zdraví je vhodné být izolován od rodiny a blízkých .. psychické potíže by se mohly prohloubit..
- Není vždy nutná hospitalizace jde o závažnost situace
- Nesouhlasím ani s jednou. Za mě záleží v jakem stavu člověk je. Někdy je třeba odborná pomoc a hospitalizace jindy je vhodnější zázemí rodiny
- Nevím, jestli je to oboustranně prospěšné. Lidé pečující o lidi s duševními poruchami se většinou značně vyčlení ze společenského života, jsou 24/7 zaměstnáni péčí o druh ébez vidiny konce... Myslím, že jim to vlastně zničí život. Ale péče o dítě nebo příbuzného bývá pro tyto lidi jasnou věcí. Je to tedy na nich. Hospitalizace je podle mě krajní meze nezvladatelných jedinců, jinak ale pacientům asi moc neprospívá.
- Nevím proč
- Nikdy jsem v takové nemocnici nebyla, ale kamarád abstinent byl půl roku v protialkoholní léčebně a pomohlo mu to perfektně, ale druhá strana mince jsou špatní zaměstnanci, kolikrát mám pocit, že člověk odtud vyleze pokud je léčen pro nějakou psychickou poruchu jako deprese apod. a je na tom ještě hůř protože má trauma z té nemocnice.
- Nikdy není dobré vytrhávat nemocného člověka z jeho prostředí.
- Nikomu nemůže prospívat dlouhodobá hospitalizace
- No jak u koho, ale obecně je ti doma líp
- No tady asi záleží co dotyčnému je. Hodně záleží jestli by mu rodina pomáhala nebo spíš ublizovala. Proto si myslím že je dobré aby byla v blízkosti rodina a dotyčného podporovala ale také aby byl dotyčný pod dozorem odborníků. Tak že když by šlo zvolit obě odpovědi zvolím je.
- Odborná péče
- Osobně bych zařadil variantu, která zahrnuje zohlednění individuální situace. Ne každá duševní porucha je stejná a stejně intenzivní. Někdy je hospitalizace nepochybně žádoucí, ale obecně je asi lepší, když jedinec zůstává ve svém přirozeném prostředí, s předpokladem, že navštěvuje odborníka.

- Otázka výše by měla mít více možností na odpověď. Co když člověk trpí doma a ve svém kolektivu a únik je to hlavní, co mu pomůže? Nebo co když naopak trpí sociální úzkostí a cizí prostředí s cizími lidmi to akorát zhorší? Je třeba k tomu přistupovat individuálně, dle pacienta.
- Pocit bezpečí, prostředí které je jim blízké podpora rodiny
- Podle mého názoru by osoby s duševní poruchou by měly být v prostředí, kde se cítí klidně a dobře.
- Podle toho jak jsou duševně onemocnění.
- Podle toho jak závažná porucha je. Pokud je možnost osobu ponechat v rodině, tak bych určitě zvolila tuto možnost.
- Pokud bychom měli dostatečně podporovány systém péče, moc bych si přála, aby se mohly osoby a duš. onemocněním ve svém prostředí. Ovšem jsou situace, kdy je hospitalizace nutná nebo efektivní. Pro rodinu je také velmi náročné pečovat o osobu s duš. Onemocněním v akutním stavu. Po krátkém čase je hospitalizace vysvobozením pro pečující, aby mohli nabrat sílu pro péči po hospitalizaci.
- Pokud jedinec neohrožuje sebe a ani okolí, tak by mohl pobyt spíše uškodit. Ovšem rozhodnutí je individuální a velmi komplexní (zájem jedince; názor odborníka; prostředí, kde žije; povinnosti).
- Pokud má člověk anorexii, nebo trpí těžkou depresí, tak pomoc potřebuje, tohle sám nevyléčí.
- pokud má dotyčný velmi úzký vztah s rodinou, je podle mě lepší nechat ho ve známém, komfortním prostředí
- Pokud mají rodinu/ přátele mohou jim pomoci se s tím lépe vypořádat
- Pokud neohrozuji ostatni lidi, tak nevidim duvod aby byli hospitalizovani pokud ovsem sami nechteji kvuli nejakeho duvodu
- Pokud se jedná opravdu o duševní nemocí, není důvod, pokud daná osoba není nebezpečná, někde jí uzavírat. Pokud tedy sama nechce.
- Pokud to není nutne není duvod odloučení. Samotná hospitalizace muže byt velký stres.
- Pokud to zvládne a nepotřebuje lékařský dohled, tak by měl být ve svém přirozeném prostředí
- Po prodiskutování s odborníkem by mohlo pomoci domácí prostředí s docházkou na pravidelné sezení
- Potrebuji podporu a nejake fungovani. Dokazu si vsak predstavit situace kdy je hospitalizace bezpecnejsi
- Potřebují nějaký svůj comfort, aby se nemuseli tolik stresovat, než jen ležet na lůžku, avšak pokud s vřelou náručí a chováním nabídnout léčení, určitě je to první pomoc, kterou si můžeš dopřát, stačí aby měli podle vážnosti poruchy pravidelnou návštěvu lidí, která ta osoba miluje. Má své potřeby, aby mohl lépe spolupracovat, zároveň aby tu osobu distancovali od stresových, více emočných situací.
- Pro klid ostatních
- Protoze domaci prostredi a nevyclenovani že spolecnosti mohou napomoct k rychlejsimu zlepseni stavu a lepsimu zacleneni po preleceni
- protože díky rodině to můžete nejvíce zvládnout, opora je hlavní
- Protože je lepší když jsou v prostředí které znají.
- Protože jsou tam odborníci, kteří by mohli pomoct. Pokud to v rodině nefunguje. Pokud to v rodině funguje, tak by měla rodina pomoct
- Při akutních stavech je rozhodně lepší hospitalizace, avšak z dlouhodobého hlediska je lepší trávit čas ve známém prostředí a s blízkými.
- Přijde mi to bezpečnější pro společnost.
- Přirozené prostředí je určitě prospěšnější pro léčbu, pokud je možná. Pokud není, tak alespoň pro zmírnění důsledků nemoci. Samozřejmě ale v závažných případech, kdy je jedinec nebezpečný pro své okolí je nutné uvažovat o druhé možnosti, tedy hospitalizaci.
- Přirozené prostředí je vždy lepší.
- Přirozeně prostředí je vždy podpůrnější. Izolace není řešením problemu pouze jeho skrytím.
- Přirozené prostředí má pozitivní psychosomatický efekt na jedince.
- ráda bych ještě dodala že toto tvrzeni "Myslím si, že velká část lidí, kteří tvrdí, že mají duševní poruchu jsou líní a nedokáží plnit svoje povinnosti." má značná úskalí. Hodně lidí o sobě říká že má duševní onemocnění, ale nemají to potvrzené lékařem (no a i to se dá zahrát, aby si to lékař myslel... odpovědět na pár otázek o tom, jak se člověk cítí a popsat deprese není úplně těžké). a na tuto otázku č.15, záleží... schizofrenici můžou bít sobě i okolí nebezpeční. komunita zase depky léčí
- Rodina a jejich prostředí, na které jsou zvyklí, je jejich motivací jít dál
- Rodina by měla rozhodnout o hospitalizaci, jenom jestli už to sami nezvládají.
- Rodina dává v nejlepsi případě člověku tu největší podporu, což napomáhá ke zlepšení psychického stavu. V komunitě se člověk setkává s lidmi, kteří mají podobný osud jako oni, takže jim to dává pocit, že někam patří a nemusí se za svoje onemocnění stydět.
- Sama jsem magor a měli by mě zavřít
- Sama jsem se lépe vyléčila doma než na psychiatrii
- Sama trpím sociální úzkostí a stvy úzkosti, a myslím si, že setkávání s lidmi je pro mě dobré a nějak mě to posouvá, přestože v té chvíli to tak necítím

- Samosebou jsou závažnější poruchy, které jsou okolí nebezpečné a vyžadují hospitalizaci, ale domnívám se, že u těch méně závažných je lepší, když zůstanou v okolí rodiny a přátel, protože to může prospívat jejich stavu.
- Samozrejme zalezi na type poruchy a tom či je rodina podporujúca. Ak sa jedna o pacienta ktorý je svojim správaním co i len potenciálnou hrozbou - hospitalizovať.
- Samozřejmě záleží na druhu duševní poruchy, pokud jde již o hodně závažný stav, kdy již tato osoba ohrožuje sebe, či své okolí, je na místě hospitalizace. Pokud však v rodině a kolektivu jsou příznivé podmínky a zdravotní stav to jedinci dovoluje, určitě je pro něj lepší jeho přirozené prostředí.
- Samozřejmě že je lepší, když je osoba v domácím prostředí. Ale opět je to sporné. Záleží na okolnostech okolo. Jestli se tam cítí dobře. Jestli rodina má sílu, snahu a trpělivost se o tuto osobu starat. Jestli má dobré přátele/kamarády který mu mohou pomoci. A tak dal.. je to různorodé.
- S hospitalizací souhlasím jenom tehdy, pokud je člověk nebezpečný sobě či okolí. Ve všech jiných případech je důležité být obklopen svým známým prostředím a lidmi.
- Souhlasí a nesouhlasí
- Takový lidi nemají co dělat venku
- Tak to záleží na stavu pacienta. Známe prostředí a komunita jsou zásadní, pokud je kvalitní. Když je ale někdo v akutní psychóze, tak je nutný lékařský dohled.
- Taky jako asi záleží jak moc silnou poruchu mají, některým dělá dobře, když jsou ve svém prostředí s lidmi, které mají rádi, ale někdy je pro ně hospitalizace prostě lepší volbou
- Ta otázka je zavádějící. S jakou duševní poruchou? Akutně vzniklé psychotické onemocnění? Hospitalizace. Emočně nestabilní porucha osobnosti? Převážně doma.
- Těmto lidem nedělá dobře jakákoliv změna, natož prostředí a společnosti
- Těžká otázka, asi záleží jak moc porucha ovlivňuje fungování člověka, pokud je to porucha kde dochází k agresi, asi je lepší pro obě strany hospitalizace, pokud je to ještě pro člověka snesitelné a obě strany souhlasí s ponecháním pacienta v rodině pak je to take správně
- Těžko jsem vybírala. Na jednu stranu tací lidé potřebují oporu rodiny, na druhou stranu hospotalizace jim může zajistit nejvíce odborné pomoci.
- Těžko říci, ono asi každému prospěje v jiných situacích něco jiného, ale lidé se cítí mezi blízkými přeci jen lépe.
- Těžko se mi to zdůvodňuje
- To byla těžká otázka, asi bych vybrala obě možnosti, kdyby to šlo. Záleží na závažnosti případu dle mého názoru. Výhody a nevýhody určitě mají oboje prostředí. Vybrala jsem rodinu a zůstat v komunitě proto, že neztratí dotyčný kontakt s bližším okolím, mohou mu pomáhat nepříjemné situace překonávat, zároveň se třeba nemusí stresovat, že kvůli hospitalizaci přijde o práci a bude mít nějakou finanční nejistotu
- tohle je hrozne tezke, nekdy je hospitalizace nutnost a muze pomoci s vytrzeni ze stereotypu a pomoci nastartovat cestu za vylecenim ale nekdy je pro clovek lepsi zustat ve svem
- to hrozně záleží v jakém stavu daná osoba je, protože na jednu stranu může být v podporující rodině, ale výsledky ve škole mít nebude (protože škola není dost přizpůsobivá- abych se vyjádřila k tomu, proč si myslím, že nebude mít stejné výsledky) a i přesto může dojít k tomu, že se daná osoba dostane do stavu, kdy rodina nemůže pomoct a tehdy je jediná možnost hospitalizace
- To je asi dost individuální. Některým lidem neprospívá změna prostředí a jsou fixovaní na určité lidi, takže by jim mohla hospitalizace stav akorát zhoršit.
- U předchozí otázky bych nejradši zvolila obě možnosti. Někdy stačí a pomůže rodina, někdy je nutná hospitalizace.
- Upřímně si nemyslím, že je na tuto otázku jen jedna správná odpověď. Záleží na duševní poruše nebo i na tom, jaké zázemí daný člověk má.
- Určitě je nutné individuální posouzení, člověk s akutní psychózou nebo suicidálními úmysly nemůže být ponechán v komunitě dokud nedojde ke stabilizaci jeho stavu, zaléčení. Pokud však tyto stavy nejsou přítomny, je podpora okolí a rodiny v přirozeném prostředí nenahraditelná.
- Určitě není pro člověka dobré být izolovaný někde od rodiny/přátel.Hospitalizace by v tomto případě mohla být spíš na škodu.
- Určitě se člověk cítí lépe a bude se mu i lépe léčit, když vedle sebe bude mít svojí rodinu a blízké a bude v prostřední, která zná a je mu tam dobře.
- Už jen kvůli pocitu bezpečí je lepší je nechat mezi kamarády a rodinou( samozřejmě v případě, že se rodina zajímá a snaží se pomoct) hospitalizace jen v případě ze jsou nebezpeční sobe nebo svému prostředí
- Velmi obtížné. Myslím, že neco mezi by mohlo byt mnohonásobně lepší možnost.
- Ve svém přirozeném prostředí mají větší šanci na "zotavení" a vrácení se do normálu. Kdežto při hospitalizaci uvidí ostatní hospitalizované s psychickými nebo duševními poruchami a neuvidí ten "normální" svět kterému by se měli vyrovnat.
- Ve známém prostředí jim bude lépe. Hospitalizace pouze v krajních případech, kdy potřebují neustálý dohled.
- V některých případech trpí lidé určitou poruchou právě kvůli prostředí, ve kterém žijí, proto je v případě lepší toto prostředí změnit.
- V potaz bych vzala obě možnosti, každá duševní porucha by se měla řešit jinak a dle rozsahu

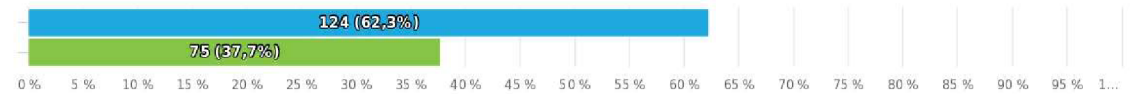
- Vrámci hospitalizace se jim dostane odborná pomoc spíše a možná i dříve či rychleji, než při pobytu v rodinném prostředí. Mezi vyškolenými odborníky je pro ně dle mě daleko vhodnější prostředí.
- V rodině/komunitě se mu dle mého muže dařit o mnoho více než v odborných zařízeních. (Neplatí pro všechny samozřejmě)
- V rodinném prostředí mají větší psychickou pohodu.
- Vše samozřejmě záleží na rodinném zázemí, nejlepší je souhra lékařů, rodiny a nemocné osoby.
- vubec se neda generalizovat, je to pripad od pripadu
- Vytrhnutí z denního stigmatu a důraz na uvědomění si problému je dle mého názoru velice důležité a to pod odborným dohledem.
- Vytrhnutí z prostředí, kde mají lásku a podporu ne podle mě pro ně další podraz. Ano,pokud doma toto nemá a rodina naopak psychicky nepomáhá,tak pak je hospitalizace asi lepší
- Vytržení ze známého prostředí vyvolá stres a zhoršení stavu
- Vytržení z jejich prostředí by mohlo duševní poruchu zhoršit
- Zalezi na konkretni poruse a jeji hloubce, samozrejme jsou lide, kteri jiz musi byt hospitalizovani, ale podle me by to mohlo v jiných pripadech i jeste vice uskodit.
- Záleží asi na povaze poruchy a zázemí které doma má, asi nejde generalizovat co je 100% lepší
- Záleží dle typu poruchy. Uzkosny člověk se může léčit doma,schizofrenie by měla být léčena za hospitalizace, než se ustali meditace
- záleží jak moc závažná porucha to je, v případě že by mohli být nebezpeční pro sebe nebo své okolí je hospitalizace nejlepší volba.
- Záleží jakou člověk nemoc má a jaké závažnosti. Pokud má ale podporu v rodině, je to vhodné prostředí. Pokud je nebezpečný v tu chvíli sám sobě nebo okolí, je vhodná hospitalizace.
- Záleží jak si vedou, jestliže jsou komunikativní a rodina je schopná se postarat bez větších potíží, nevidím v tom problém.
- Záleží na druhu a Míře duševní poruchy. Ale hodně obecně řečno si myslím, že je lepší hospitalizace.
- Záleží na druhu duševní poruchy, ale odborná intenzivní pomoc v ústavu by za mě mohla pomoct překonat problémy v kratším čase. Kolikrát mohou být i rodiny samotné spouštěčem problémů, si myslím.
- Záleží na duševním onemocnění, jinak si myslím, že by měli být s rodinou.
- Záleží na každém jedinci , a záleží v jakem stavu jsou
- Záleží na konkrétní situaci, pokud člověk bezprostředně ohrožuje sebe nebo okolí, tak samozřejmě hospitalizace. Rovněž pokud ambulantní léčba selhává, je na místě zvážit hospitalizaci.
- Záleží na nemoci, ale myslím si, že každému z nás by prospělo jít na měsíc do nějaké léčebný kde se naučíme vypořádat intenzivně se svými problémy, s terapeuty atd. Nemyslím to trvale. Pokud se ale jedná o nebezpečí na zdraví jiných lidí ci zvířat, mělo by to být zváženo.
- Záleží na stavu nemocného. Pokud je na tom velmi špatně a nedokáže se s tím už dál prát, tak je lepší hospitalizace, ale domácí prostředí je pro nemocného určitě příjemnější - pokud není důvodem nemoci právě domov.
- Záleží na tom, jak je na tom člověk špatně, aby neublížil sobě. Ale pokud je stabilizován pak nevidím důvod ho vytrhnout z přirozeného prostředí, kde mají podporu okolí.
- Záleží na tom, o jak vážnou poruchu se jedna ale pokud neohrožuje sebe a ostatní měl by zůstat se svou rodinou a ne někde v ústavu s cizími lidmi
- Záleží na typu poruchy
- Záleží na vážnosti stavu dané osoby. Pokud je ale duševní porucha pod kontrolou, osoba není nebezpečná pro sebe, ani pro okolí, pak nevidím důvod, proč by měla být hospitalizovaná.
- Záleží na závažnosti duševní poruchy, ale mimo rodinné prostředí se může často akorát zhoršovat.
- záleží na závažnosti, jestli dokážou nějak samy fungovat můžou být v rodině
- Záleží na závažnosti onemocnění. Např. otec schizofrenik, v době kdy odmítal léčbu, byl nebezpečný sobě i okolí. V tom případě je za mě vhodná hospitalizace.
- Záleží na závažnosti onemocnění, někdy může být krátkodobá cílená hospitalizace také efektivní
- Záleží na závažnosti stavu
- Záleží také pokud není v rodině/komunitě problém, to je na invidualním posouzení. Ale jinak je lepší ponechat člověka v prostředí kde se cítí komfortně.
- Za předpokladu, že se v tomto známém prostředí cítí bezpečně a milovaně, přijde mi logické, že pro ně bude příjemnější zůstat tam, kde to znají
- za sebe bych zvolila třetí odpověď - že záleží na poruše a míře nebezpečnosti chování jedince (ať už sobě samému nebo okolí); ale myslím, že by bylo převážně lepší je ponechat v přirozeném prostředí místo vyjmutí a vhození do prostředí cizího

- Změna prostředí může zhoršit projevy poruchy
- Změny prostředí by mohly projevy ještě zhoršit. Samozřejmě ale budou existovat situace, kdy je hospitalizace nutná.
- Z mé strany je důležité oboje, odborný dohled a péče a teplo domova
- známe prostření a známí lidé
- Znemozneni jejich prirozeneho prostredi by mohlo vest ke zhorsenemu stavu
- Zodpovězení otázky 14 je pro mě náročné, protože si myslím,že se jedná vždy o individuální případ. Rodinné prostředí může být při léčbě velmi výhodné, pokud je podporující a láskyplné. Pokud se ale osoba v rodinném prostředí necítí dobře, pak si myslím,že by bylo lepší ji hospitalizovat. Myslím si,že jsou i případy, u kterých je hospitalizace nutná.

## 16 Setkali jste se v poslední době se vzdělávacími materiály a kampaněmi, které se týkají duševního zdraví?

*Výběr z možností , zodpovězeno 199 x, nezodpovězeno 0 x*

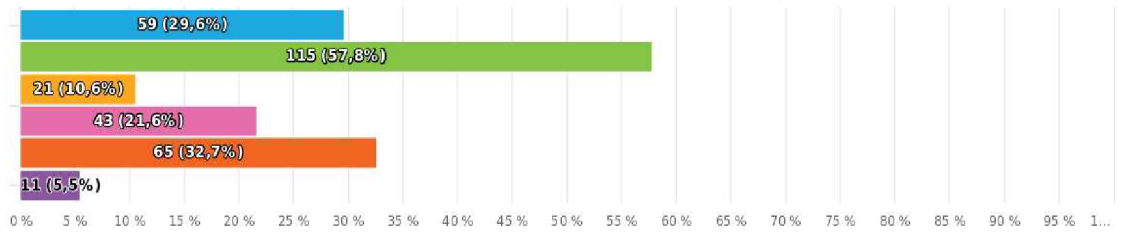
| Možnosti odpovědí | Responzí | Podíl |
|---|---|---|
| ano | 124 | 62,3% |
| ne | 75 | 37,7% |



## 17 V jaké formě jste se s těmito materiály setkali?

*Výběr z možností, více možných , zodpovězeno 199 x, nezodpovězeno 0 x*

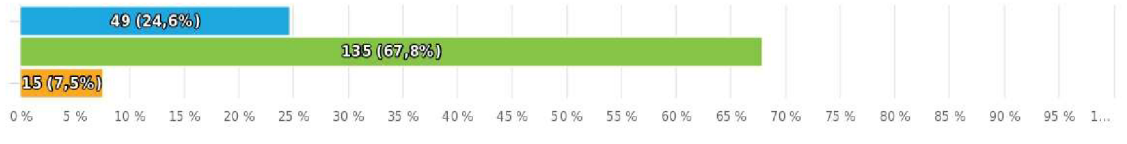
| Možnosti odpovědí | Responzí | Podíl |
|---|---|---|
| informační plakáty, brožury a letáky u lékaře, v lékárně atd. | 59 | 29,6% |
| stránky a příspěvky na sociálních sítích (příspěvky na Instagramu, Facebooku, videa na YouTube aj.) | 115 | 57,8% |
| TV pořady, spoty a reportáže | 21 | 10,6% |
| webové stránky přímo zaměřené na duševní zdraví | 43 | 21,6% |
| nesetkal/a jsem se s ničím z výše uvedeného | 65 | 32,7% |
| Jiná (prosím uveďte) | 11 | 5,5% |




## 18 Je podle Vás dostatek informací pro veřejnost a duševních poruchách?

*Výběr z možností , zodpovězeno 199 x, nezodpovězeno 0 x*

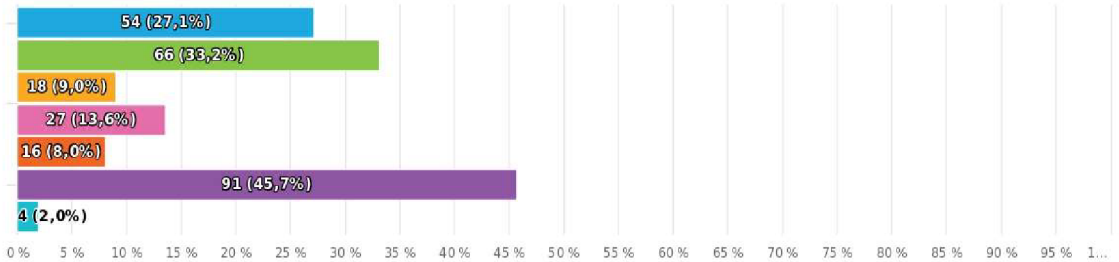
| Možnosti odpovědí | Responzí | Podíl |
|---|---|---|
| ano, cítím se být dobře informovaný/á | 49 | 24,6% |
| ne, ocenil/a bych více informací | 135 | 67,8% |
| problematika mě nezajímá | 15 | 7,5% |



## 19 Slyšeli jste někdy o následujících organizacích a projektech?

*Výběr z možností, více možných , zodpovězeno 199 x, nezodpovězeno 0 x*

| Možnosti odpovědí | Responzí | Podíl |
|---|---|---|
| Péče o duševní zdraví z. s. | 54 | 27,1% |
| Nevypusť duši z. s. | 66 | 33,2% |
| projekt "Destigmatizace" a web "Na Rovinu" | 18 | 9,0% |
| kampaň "Týdny pro duševní zdraví" pořádané organizací FOKUS Praha | 27 | 13,6% |
| projekt na středních školách "Blázníš? No a?" | 16 | 8,0% |
| Neslyšel/a jsem o žádné organizaci ani projektu. | 91 | 45,7% |
| Jiná (prosím uveďte) | 4 | 2,0% |




## 20 Napadá Vás cokoliv, co byste rádi doplnili k dotazníku nebo problematice duševních poruch?

*Textová odpověď, zodpovězeno 40 x, nezodpovězeno 159 x*

- -
- fajn dotazník, klidně mohlo být víc otázek
- Hodně štěstí s diplomkou :)
- Chtělo by to nějak bojovat s dezinformacemi a přijímáním ve společnosti. Člověk co má úskosti přeci není automaticky vrah a blázen co patří do ústavu. Dotazník je jinak dobrý :) hodně štěstí
- Jeden z problémů moderní doby. Každá generace má vlastní kosu, o kterou se řízne. Touto kosou míním něco, na co se hodí nějaký genetický či mentální výkyv.
- Je skvělé o tom mluvit lidi to sbližuje to je pro mě největší přínos a nejúčinější lék
- Lidé s psychickou poruchou jsou v dnešní době bráni jako slabí jedinci, co si to akorát vymýšlí. Bohužel ono to tak kolikrát je, že na sebe chtějí někteří mladí akorát upozornit a vymýšlí si, zveličují a všechno svádí na svou "nemoc". Kvůli tomu pak trpí ti lidé, kteří opravdu nějakou poruchu mají a jsou házeni do stejného pytle. Většinou ti skutečně nemocní o tom nemluví.
- Mělo by se o tom více mluvit ve školství

## Příloha C – Přepisy rozhovorů

### Rozhovor s respondentem č.1

V – výzkumník, R – respondent

V: Ráda bych se Tě zeptala, jak na tvou diagnózu a celkově psychické problémy reagovalo tvoje okolí, počínaje tím nejdůležitějším – rodinou? Mám na mysli i před léčbou samotnou.

R: *Bylo to asi hodně o nějakém popírání. Ještě než došlo vůbec k terapii nebo posléze nějaké medikaci, nebylo to přímo popírání, ale spíš nějaké nepochopení. Sami z toho byli špatní, nevěděli, co se mnou mají dělat a já taky ne. A když se to začalo řešit, tak to bylo hodně ze strany mámy takový, že o tom se zbytkem rodiny nechtěla vůbec mluvit. Hlavně třeba s tetou mojí a tak. Nechtěla aby se to v rodině vědělo… stalo se to spíš tak časem. Až si na to zvykla. Ale když jsem začala chodit na terapie, tak mi na férovku řekla, abych o tom nemluvila, že nechce, aby to někdo věděl.*

V: A vadilo by jí, i kdyby ses to rozhodla sdělit příbuzným ty sama?

R: *Vyloženě mi to nezakázala, ale dávala mi najevo svůj postoj k tomu, že nechce, aby to někdo věděl. S tátou to bylo lepší, ten se se mnou o tom i víc bavil.*

V: Když jsi začínala s farmakoterapií, jaký byl postoj rodiny?

R: *U těch léků to rozhodně nebylo pozitivní, hlavně ze strany mámy. Ta má dosud velké obavy, co mi ty léky můžou udělat. Žije v představě, že jakmile si jednou vezmeš antidepresiva, tak to budeš brát celej život. Takže se mě od toho hodně snažila odradit, říkala mi, že jsem měla na ty terapie chodit ještě delší dobu a že mi první léky neměli dávat tak brzy. Mám z toho pocit, že mi tím říká, že kdybych je nezačala brát, tak by mi teď bylo líp. A co se týče táty, tam mám v tomhle docela otazník. Když mu něco vadí, neřekne mi to sám, často to posílá právě přes mámu. Ale myslím si, že on zrovna k lékům tak stigmatizující postoj nezaujímá, i když o mě má taky strach.*

V: A má sám zkušenost s něčím takovým? S farmakoterapií nebo něčím podobným.

R: *Vím jen, že docházel na psychoterapii, ale o lécích nic nevím.*

V: Dobře. Říkala jsi mi, že máš partnera. Jaké jsou jeho reakce v souvislosti s Tvojí duševní poruchou?

R: *Prvotní reakce nebyla rozhodně negativní, bylo to pro něj hodně neznámé. Nevěděl, jak má k některým věcem přistupovat. Byl podporující, ale bylo to pro něj nové, protože to ve své rodině nikdy nezažil.*

V: A co se týče celkově vztahů, i kamarádských, ovlivnila celkově tvoje duševní porucha jejich navazování? Z tvého pohledu samozřejmě.

R: *Myslím si, že je to možný. Vzpomínám si, že mi hodně úzkost bránila v tom se bavit s ostatními třeba na brigádě a tak, takže jsem jich nenavazovala tolik. Ale na druhou stranu s propuknutím bipolární poruchy a v rámci nějakých hypomanických a manických stavů se úzkost upozadila a pak jsem měla velkou chuť ty vztahy navazovat naopak. Teď si myslím, že nebýt té mánie, asi bych navazování vztahů tak neiniciovala. A u vztahů s lidmi, které už mám, tak v těch hypomániích nebo mániích jsem měla rozhodně větší chuť se s nimi bavit.*

V: A máš zkušenost s tím, že by ses s někým třeba nezačala bavit, protože jsi mu nechtěla sdělovat, že máš nějakou diagnózu?

R: *U lidí mého věku to tak asi nikdy nebylo. Když jsem pak vycítila po nějaké době, že mají vůči mně předsudky, tak jsem ztratila zájem se s nimi bavit. Byl to takový přirozený proces, kdy jsme spolu prostě ukončili kontakt. Ale stalo se mi, že jsem měla kamarády, kterým jsem pak sdělila, že mám nějaké problémy, v dobré víře, že to bude v pohodě, ale nebylo. Tak pak někdy docela nečekaně přišel nějaký konec přátelství, hlavně když jsem měla nějaké propady.*

V: Sdělila jsi svou diagnózu ve škole? S jakým ses případně setkala přístupem?

R: *Ano, ve škole jsem to oznámila už na střední škole a teď na vysoké taky. Na střední si myslím, že po mně nepotřebovali ani nějaké zprávy od psychiatra. Tam mi učitelé vycházeli hodně vstříc, protože viděli, že mi není dobře. Nebyl problém se tedy domluvit na nějakém pozdějším odevzdání úkolu. Byli hodně chápaví. Ale to bylo taky období, kdy jsem i přes to, že mi bylo zle, dokázala do školy chodit. Což se teď na vysoké ještě zhoršilo a už to moc nefunguje. Na VŠ už jsem musela řešit absenci, aby se to i formálně ošetřilo a tam jsem se tedy nesetkala s přívětivým přístupem.*

V: A řekla bys, že to nebylo přívětivé spíš v tom formálním přístupu nebo v přístupu konkrétně těch lidí, se kterými jsi to řešila?

R: *Rozhodně to bylo oboje, ale za mě to bylo hodně o těch lidech. Mají nastavený nějaký systém, podle kterého jsem postupovala a splnila jsem všechny náležitosti, které po mně chtěli.*

*Přes ten formální systém, byť za mě nedostatečný, jsem se dostala. Větší problém byl v lidech. Byla jsem hodně odrazovaná od toho, abych si zažádala o individuální plán, i když by pro mě byl mnohem lepší – hlavně skrz absenci, na kterou nejvíc narážím. Ale přímo v centru speciálně vzdělávacích potřeb mi řekli, že vzhledem k tomu, na jakém studuju ústavu, tak vzhledem k přístupu vyučujících k této problematice budu mít lepší kývnout na to horší, abych měla alespoň nějakou úlevu. Že individuální plán by pro mě mohl dopadnout ještě hůř, protože některým vyučujícím je v podstatě jedno a stejně by po mně chtěli absenci jen do nějakého limitu a ještě bych měla práci navíc. Ti vyučující nejsou moc ochotní tolerovat tyhle výluky.*

V: A setkala ses někdy s tím, že by někdo skrze tohle centrum řešil nějaké třeba fyzické onemocnění a máš tušení, jak na to učitelé reagovali?

R: *Přímo fyzické onemocnění ne. Ale spolužačka měla anorexii a té tedy uznali stoprocentní absenci, ale na základě toho, že byla hospitalizovaná. Já jsem měla zprávu od psychiatra, že v depresivních propadech prostě nejsem schopná v té škole prezenčně být – stejně, jako kdybych byla hospitalizovaná. Ale hospitalizovaná jsem nebyla, takže mi to neuznali. A řekli mi, že o individuální plán se pokoušet nemám, protože mám duševní onemocnění a to mi rozhodně neschválí.*

V: Máš nějaké zkušenosti se sdělováním diagnózy v nějakých veřejných institucích? U praktického lékaře, na úřadě nebo někde jinde?

R: *Momentálně mám praktika, se kterým jsem spokojená. Ale setkala jsem se s negativní reakcí u mé bývalé praktické lékařky. Té jsem dodávala zprávy z psychiatrie a měla hodně nevhodné reakce.*

V: Jak to konkrétně myslíš, v čem to tkvělo, že byly nevhodné.

R: *Začala bagatelizovat moje problémy a začala mi vyprávět, s jakými vážnými fyzickými onemocněními k ní chodí. A taky jsem jednou potřebovala předepsat medikaci, protože moje psychiatra byla mimo dosah a nevěděla jsem, kam se mám obrátit a s tím byl taky velký problém. Nechtěla mít s předepsáním receptu nic společného, přišlo mi, že má problém s mou diagnózou. Myslím, že kdybych potřebovala akutně léky na ředění krve nebo něco podobného, mám pocit, že s tím by problém nebyl.*

V: A když se přesuneme k tobě, vzpomeneš si na svoje prvotní pocity když jsi zjistila, že zřejmě máš nějakou duševní poruchu? A jak se to změnilo k dnešnímu dni?

R: *Tak jako první se u mě už na základní škole objevily velké úzkosti a panické ataky. Nerozuměla jsem, co se se mnou děje, byla jsem hodně zmatená. Když jsem se porovnávala s lidmi v okolí, chovali se jinak. Měla jsem strach, co se se mnou děje. A původně jsem to přisuzovala nějakému fyzickému problému, protože se ty úzkosti tak projevovaly – zvracela jsem, bylo mi špatně, hubla jsem a bylo mi slabo. Takže jsem dost dlouhou dobu, tehdy ještě s rodiči, chodila po doktorech. Až po nějaké době si dětská lékařka na základě neprůkazných testů a jakémkoliv fyzickém problému uvědomila, že by mohlo jít o psychický problém. Ale to trvalo dlouho, pak už jsem začala mít pocit, že si to snad vyvolávám sama. Ptala jsem se sama sebe, co dělám špatně a proč jsem jiná než ostatní. Rodiče o mě měli hodně strach, takže jsem se ještě sebeobviňovala za to, že jim přidělávám problémy.*

V: A řekla bys, že vyřčení diagnózy pro Tebe byla úleva nebo tam bylo nějaké popření? Celkově kdyby ses zamyslela nad svou reakcí na to.

R: *No, to je hodně problematické. Celý diagnostický proces u mě trval hodně dlouho, mnohokrát se mi stalo, že mě diagnostikovali špatně a léčba mi nefungovala a bylo mi ještě hůř. K tomu, že by mohlo jít o bipolární poruchu jsme došli asi před třemi nebo čtyřmi lety, ale potvrdilo se to vlastně až teď. To pro mě byla obrovská úleva. Ale pak přišel i strach z téhle diagnózy – najednou to bylo oficiální a nevěděla jsem, co dělat teď. Četla jsem o tom hodně literatury a začala jsem mít obavy ohledně nejisté prognózy. Ty mám pořád, ale převažuje hlavně úleva, protože vím, co se mnou je.*

V: Jak ty osobně vnímáš komentáře a poznámky tvého okolí, které mají? Mají na Tebe velký vliv, nebo je spíš vypouštíš?

R: *Nejvíc mě zasahují asi komentáře o tom, že si ty stavy sama vyvolávám nebo je v sobě ještě podporuji, libuju si v nich a využívám je k tomu, abych se mohla vyhýbat věcem, do kterých se mi nechce. To slýchám často ve spojení se školou. To mě hodně zasahuje i v návaznosti na to, že jsem nad podobnými věcmi přemýšlela dřív sama.*

V: A když se zamyslíš, třeba v minulosti, když jsi neměla ještě takové množství informací o této problematice, zastávala jsi někdy nějaké přesvědčení, které teď zpětně vnímáš jako stigmatizující?

R: *To si nemyslím, vzhledem k tomu, že jsem byla vždycky hodně sociálně zaměřená a získávala jsem o tom hodně velké množství informací. Nic si nevybavím.*

V: Takže když si to shrneme, ze všech informací, které jsi mi o sobě sdělila, tak využíváš psychoterapii, navštěvuješ psychiatra, tak bych se ráda zeptala, jestli využíváš třeba ještě nějakou sociální službu ve tvém okolí.

R: *Jo, využívám Profem a ještě skupinovou terapii od Konsentu* (pozn. nezisková organizace zaměřující se na boj se sexuálním násilím a obtěžováním).

V: Dobře, to je pro Prahu a co se týče Hradce Králové, tady jsi něco využívala někdy?

R: *Měla jsem tady hrazených několik terapií právě od Profemu. To mi připomíná, ještě jsem chodila na skupinovou terapii tam, ale to mi nevyhovovalo. Nedělalo mi to dobře, celkově tenhle formát. Ale služby jsem v Hradci nehledala moc.*

V: A z tvého pohledu, přijdou Ti tahle města dostatečně zasíťovaná, co se týče jak lékařů, psychoterapeutů, tak sociálních služeb?

R: *Tak Hradec teda rozhodně ne a Praha taky ne. Sice je toho tam víc, ale taky kolik je tam lidí. Když si vzpomenu na ty hromady lidí, co čekaly na ty skupiny, to bylo fakt hodně lidí. I na terapie. A v Hradci jsem hledala pro kamarádku terapie. Přes pojišťovnu to bylo bez šance, na soukromý taky, i když trochu lepší, ale zas na tok ne každý má peníze.*

V: Teď bych se tě ještě ráda zeptala, jaké informační zdroje využíváš ty sama pro zjišťování informací o duševním zdraví. Myslím tím různé knihy, časopisy, články na internetu atd.

R: *Jo, no tak z časopisů mám ráda časopis Psychologie, to ráda čtu.*

V: A přijdou Ti tam ty informace z tvého pohledu validní, i když jde spíš o populárně-naučnou literaturu?

R: *No rozhodně mi to přijde lepší než výsledky toho, co na člověka vyskočí, když to napíše do Googlu. Dál získávám informace od mojí psychoterapeutky, tam se vždycky ptám na to, co mě zajímá. Potom hodně čtu odborné knihy a nějaké stránky na Instagramu s touhle tématikou – psychologie.cz na Instagramu, Loono a influenceři, kteří sami tvoří nějaký takový obsah – třeba Jana Vítová a další lidé. Můj obsah na Instagramu je vlastně hodně o tomhle, sleduju převážně podobné profily.*

V: Takže ty se informuješ z docela velkého počtu zdrojů. A jaká je z tvého pohledu informovanost veřejnosti?

R: *Rozhodně špatná. Myslím si, že lidi vůbec nevědí – buď nechtějí a nebo to nemají kde zjistit. Spoustu lidí napadne si otevřít Wikipedii, ale když to člověk neprožije, nic mu to nedá, takže hledá na internetu dál. A dostane se na spoustu míst, kde jsou různé bulvární články o tom, že člověk…. nevím, utratil všechny peníze v mánii. A lidi si hned myslí, že všichni lidé, co mají bipolární poruchu takhle utrácí peníze, což se samozřejmě někdy stát může, ale do médií se prostě dostanou jenom tyhle negativní senzační věci. Ale ty obyčejný věci, co by popisovaly obyčejný život lidí s touhle diagnózou tam nenajdeš.*

V: A četla sis někdy třeba články v bulváru nebo na různých zpravodajských webech konkrétně o třeba bipolární poruše?

R: *Jo a je to docela vtipný. Je to vyobrazeno stylem senzací – že jsou lidi s BAP nebezpeční a tak. No a obecně všechny duševní poruchy. Vzpomínám si na ten případ jak ta paní ubodala v roce 2014 kluka ve škole. Jediné, co bylo v médiích uvedeno bylo, že byla schizofrenička. A najednou byli všichni vyděšení ze všech lidí se schizofrenií. A pak do toho ještě přilévají politici a všichni. Jako posouvá se to, už se o duševním zdraví mluví alespoň na školách, ale když jsem byla ještě na základce, tak tam se to vůbec neřešilo.*

V: Dobře, díky. Poslední věc, na kterou se Tě zeptám je to, jestli jsi slyšela o reformě psychiatrické péče. A myslíš si, že o ní má veřejnost dostatek srozumitelných a dostupných informací?

R: *Ne. Přemýšlím, kdy jsem o tom slyšela sama… ale kdybych si sedla k televizi nebo koukala na zprávy, tak si myslím, že to tam na mě nevyskočí. Systematicky a srozumitelně se podle mě veřejnost o reformě neinformuje.*

V: V rámci reformy mají vznikat různá komunitní centra, která by umožnila víc lidem zůstávat ve svém přirozeném prostředí. Uvítala bys i ty, kdyby se psychiatrické péče víc centrovala do komunity, spíš mimo nemocnice?

R: *Určitě. Dlouhodobě mám sama problém s tím se nechat hospitalizovat, vždycky to pro mě byla poslední možnost. Hodně se bojím, co by na to řeklo okolí, kdybych měla nálepku hospitalizované na psychiatrii. A taky od přátel, kteří mají hospitalizaci za sebou vím, že často jim to taky zas tak nepomůže a když neví, co s nimi, napíší jim do zprávy, že jsou v pohodě a pošlou je domů. Lákala by mě jen zařízení, která jsou spíš čistě terapeuticky zaměřená. A taky si myslím, že by nějaká komunitní centra mohla suplovat neexistující návaznou péči. Dokážu si představit, že bych sama využila třeba nějakou svépomocnou skupinu pro lidi,*

*co mají stejné onemocnění jako já. Bylo by fajn se moci na někoho takhle obrátit kromě terapeuta nebo psychiatra.*

**Rozhovor s respondentem č.2**

V: Jak na Tvoji diagnózu reagovala rodina?

R: *Když jsem sdělil diagnózu, matka se snažila pochopit a podpořit mě, ale otec to nějak nedokázal přijmout. Viděl to spíš jako slabost nebo něco, co se dá jednoduše překonat. V manických epizodách byla matka jako pevná opora, ale cítil jsem, že se jí to vnitřně dost dotýká, a občas jsem měl pocit, že už nemá sílu.*

V: A to ti hned diagnostikovali právě bipolární poruchu? Když jsme se předtím bavili, říkal jsi, že máš zkušenosti s psychology a psychiatry už z dřívějška.

R: *Původně jsem měl diagnostikovanou emocionální nestabilitu a na to, že je to bipolární porucha se přišlo až po tom, co jsem měl manickou epizodu.*

V: A jak na Tvoji diagnózu reagovala partnerka?

R: *Když jsem partnerce řekl o mé diagnóze, byla nesmírně podpůrná. V období manických epizod byla mou skalou, chodila mě pravidelně navštěvovat a snažila se pochopit, co procházím.*

V: S jakou reakcí ses setkal ze strany přátel a známých?

R: *Někteří byli opravdu podporující a porozumění, ale bohužel, ne všichni dokázali přijmout to, co jsem prožíval během manických epizod. Ztratil jsem mnoho přátel a pracovních kolegů, kteří nebyli schopni odpustit a přehlédnout to, co jsem v těchto obtížných obdobích udělal.*

V: A co se stalo, že se to setkalo s takovou závažnou reakcí?

R: *Tak asi nejhorší je se smířit s těmi manickými epizodami. Pro mě to znamená, že jsem po dobu několika měsíců nepříčetný což mi znemožňuje normálně fungovat, udržet si práci nebo vztahy.*

V: A v zaměstnání nebo škole jsi se o diagnóze zmínil? Pokud ano, jak na to reagovali učitelé, spolužáci nebo kolegové?

R: *Ve svém zaměstnání jsem se rozhodl nezmiňovat svou duševní poruchu. V mé škole o mé nemoci vědí a respektují ji.*

V: A všiml sis někdy, že by tvoje diagnóza ovlivnila třeba to, jak se k tobě chovají u praktického lékaře nebo na úřadech atd.?

R: *V mém případě jsem měl štěstí, že jsem se setkal s velmi podpůrnými lékaři. S obvodním lékařem, psychiatrem, psychologem i na úřadech jsem zažil respekt a ochotu pomoci.*

V: Dokážeš si vzpomenout, jaké to bylo poprvé, když jsi slyšel svou diagnózu a jaký jsi k ní měl postoj? A jak se případně ty pocity proměnily do současnosti?

R: *Když jsem se poprvé dozvěděl o své diagnóze, bylo to pro mě těžké. Ale postupně jsem začal nacházet podporu a pochopení ze strany rodiny.*

V: Zažil jsi někdy nějaké odsuzující komentáře okolí? Co to v Tobě vyvolalo?

R: *Ano ale většinou to bylo nedorozumění nebo nedostatek informací o duševních poruchách.*

V: Využíváš nějakou sociální službu ve svém okolí? A pokud ne, víš o nějaké sociální službě, která je zaměřená na lidi s duševním onemocněním?

R: *Ne.*

V: Co bys označil za svoje hlavní zdroje informací o bipolární poruše?

R: *Informace o mé duševním onemocnění získávám z různých zdrojů. Patří sem konzultace s lékaři. Důležitou roli hraje také sdílení zkušeností s lidmi, kteří procházejí podobnými situacemi, prostřednictvím online komunit.*

V: Jaký je tvůj názor na informovanost veřejnosti, co se týče psychických poruch. Je podle Tebe dostatečná?

R: *Z mého pohledu je informovanost veřejnosti o problematice duševních poruch stále poměrně nízká. Stigma a nedostatek porozumění jsou stále běžnými problémy.*

V: A slyšel jsi Ty osobně třeba o reformě psychiatrické péče u nás?

R: *No, to jsem tedy neslyšel…*

V: Jedním z jejích cílů je přesunout většinu péče do přirozeného prostředí člověka? Uvítal bys sám za sebe takovou možnost?

R: *Myslím si, že reforma psychiatrické péče, která by měla za cíl přesunout většinu péče do přirozeného prostředí člověka, je velmi důležitý krok. Větší dostupnost a podpora komunitních služeb a ambulantní péče může být pro mnoho lidí s duševními obtížemi velmi prospěšná.*

**Rozhovor s respondentem č. 3**

V: Tak nejdřív bych se Tě ráda zeptala, jestli jsi v pořádku s tím, že se Tě zeptám na rodinu.

R: *Jsem už asi dva roky stabilní, takže myslím, že je to v pohodě. Co se týče rodiny, valná většina to nepřijala nebo o tom neví. Jedinej, kdo to přijmul byl strejda, zbytek to nepřijal moc dobře – ani máma, ani otčím. Otec o tom ani neví. Strejda mi v určitých chvílích pomáhal. Ale v rodině to bylo spíš horší než lepší.*

V: V rodině byl celkově takový přístup k duševním poruchám?

R: *Co si pamatuju, často padaly v negativním smyslu fráze, že by měl jít někdo na psychiatrii atd., třeba když se hádala mamka s babičkou. Takže to nebrali jako něco pozitivního. Ale bylo docela důvodný podezření, že byla babička trochu paranoidní, i když by si to nikdy nepřiznala. Často byla schopná říct, že slyší ze zahrady hlasy, což nebylo možný. Ale nikdy s tím lékaře nevyhledala, nejspíš kvůli tomu, že by to byla ostuda… to taky padalo docela často.*

V: To je docela typické přesvědčení, hlavně u starších generací. Ještě něco bys chtěl doplnit k rodině a jejich přístupu nebo co Ti přijde důležité?

R: *Řekl bych, že do určité míry jsem zažil i domácí násilí, i když nevím, jak moc to můžu objektivizovat, znám lidi, co to mají horší. Mám za to, že to taky posléze zhoršilo můj zdravotní stav. Moje máma měla celkově k celé problematice hodně negativní postoj a myslím si, že mi to dost zabránilo vyhledat efektivní pomoc když to ještě nebylo tak hrozný.*

V: Takže tedy bys celkově postoje rodiny shrnul jako negativní tedy, kromě strejdy?

R: *Jo. S matkou nejsem dneska už v kontaktu, těžko říct, jak by to vypadalo dneska. Jinak je to k rodině všechno.*

V: Dobře. Teď bych se Tě ráda zeptala, jak z tvého pohledu ovlivňuje tvoje duševní onemocnění tvůj partnerský život a navazování vztahů s druhými osobami – jak kamarádské, tak milostné?

R: *To je docela složitá otázka. Když to vezmu kolem a kolem, měl jsem v životě docela problém si nacházet kamarády. Mám člověka, se kterým se bavím od šestnácti a ten mi říkal, že než jsem byl stabilní, choval jsem se, když to řeknu naplno, jako debil. To bych v tý době sám o sobě řekl, někdy i teď. Nicméně byl tam rozhodně problém, nemohl jsem si najít nikoho, s kým bych vydržel. To se týká i partnerek co jsem měl, měl jsem hodně nestabilní nálady a kromě mojí současné přítelkyně, která mě přijala se vším to byl problém. U zbylých partnerek byly ty vztahy docela toxický. Byl tam problém navázat lidskej partnerskej vztah.*

V: Jak to konkrétně myslíš?

R: *Vytahovaly to na mě při hádkách, některý využívaly mých propadů. Při nich se se mnou snažily manipulovat i do věcí, co jsem nechtěl. Moje druhá partnerka to dělala celý 4 roky, co jsem s ní byl. Tam jsem to přehlížel, sám jsem nebyl úplně skvělej partner. Než jsem byl stabilní, nacházel jsem si i hodně toxických kamarádských vztahů. Šlo hodně o lidi s duševní poruchou, dřív nebo později diagnostikovanou.*

V: Říkal jsi někdy kamarádům explicitně, že máš duševní poruchu?

R: *Já jsem o tom hodně mluvil na sociálních sítích, což byl hodně druh volání o pomoc. Většina lidí na to nereagovala moc dobře, většina mě pak ignorovala. Zbytek, se kterým jsem se bavil dál, tak z toho zbyli asi 4 lidi… většina to nevzala úplně nejlíp.*

V: A co se týče partnerských vztahů, tam vnáší svou duševní poruchu narovinu?

R: *Jo, přítelkyně o tom ví, neměl sem o tom problém mluvit. Ale měl bych s tím problém, když jsem byl v propadu. Moje třetí přítelkyně o tom neměla tři roky ani tušení, tam jsem se to snažil skrývat.*

V: A vyhovuje Ti to tak víc, když můžeš s takovou věcí přijít narovinu, než to skrývat?

R: *Určitě, je to úleva. Jsem radši když ví, co se se mnou děje. Ale vzhledem k tomu, jaký jsem měl vztah s matkou, můj vztah k ženám provázela většinu mého dospělého života hlavně nedůvěra… to se změnilo až s příchodem současné přítelkyně. Ale s důvěrou je to mnohem lepší, jsem rád, když můžu svoje pocity sdílet s druhým člověkem.*

V: A jak na tvojí duševní poruchu reagovali v zaměstnání? Řekl jsi jim to? Měl jsi třeba někdy nějaké problémy kvůli absenci a jak jsi to řešil?

R: *Celkově jsem byl ve třech fabrikách, v současné práci to ví jen lékař. Z těch třech fabrik to věděli ve dvou a většinou to dopadlo tak, že mě vystrčili z kolektivu. I když jsem to řekl jen vedení, tak se to někdo dřív nebo později dozvěděl a nemuselo to být ode mě. Pak když ke mně někdo přišel a zeptal se mě na to, tak jsem se tím úplně netajil. Což, zpětně, byla chyba, protože na mě lidi začali reagovat úplně jinak.*

V: A to následně vedlo k vyloučení z kolektivu?

R: *Určitě. Ale v jedný fabrice to bylo docela dobrý, tam s tím nebyl problém, ale byly tam jiný problémy. Nedobrovolný přesčasy, který vedly k insomnii, 4 dny jsem nespal a pak jsem chtěl spáchat sebevraždu.*

V: A to o tvé diagnóze věděli a i tak jsi musel chodit na povinné přesčasy?

R: *To bylo povinný pro všechny, bez výjimek, takže vlastně jo. Nehledě nad to, že to bylo nad rámec zákona. No, takže tam mě nezlikvidovalo to prostředí, ale spíš tyhle podmínky.*

V: No a co závodní lékař? Většinou když člověk dochází na psychiatrii, nepovolí mu ani noční směny.

R: *No upřímně, ve všech čtyřech zaměstnáních, kde jsem byl na vstupní prohlídce to ty doktory nezajímalo. Sice věděli o mojí diagnóze, všude mě nechali dělat noční. Ale v současné práci se o mě doktor zajímal, jestli to doopravdy zvládnu a měl se mnou tříhodinový pohovor. Ale jinak jsem moc zájem ve fabrikách nezažil.*

V: Máš nějakou zkušenost, že sdělení tvojí diagnózy by třeba ovlivnilo to, jak se k tobě chovají u obvodního nebo jiného lékaře, na úřadě nebo v podobných institucích? Nebo že ta péče byla nějaká jiná?

R: *Můj praktický lékař mě má od 18 let, jeho pohled na mě se nezměnil. Ale když jsem si žádal o podporu, když jsem měl zlomenou nohu, tak jsem se setkal asi s trochu zvláštní reakcí, když jsem jim přinesl i zbytek mojí zdravotní anamnézy. Tam se ten pohled změnil… jejich jednání se spíš zhoršilo, nehledě na to, že jsem tam byl se zlomenou nohou.*

V: Měly nějaké předsudky nebo poznámky třeba o nějaké lenosti atd? Že by přisuzovali i prokazatelně fyzickou věc psychice?

R: *S tím jsem se setkal spíš ze strany bývalých kamarádů. Třeba tři lidi mi tehdy říkali, že to není deprese, je to jen lenost a měl bych začít něco dělat nebo víc dělat, i když to třeba ani fyzicky nešlo. Ale nepřijde mi to neobvyklý. V pracovním životě jsem se s tímhle ale nesetkal, i přes to, že jsem pak měl v propadu úpadek pracovní výkonnosti – subjektivně i objektivně. Celkově bych řekl, že v těch fabrikách to byl spíš ten sociální faktor.*

V: Momentálně navštěvuješ psychiatra?

R: *Ne, teď jsem asi dva roky stabilní. Nejvíc mi k tomu pomohl poslední pobyt v psychiatrické nemocnici, kde jsem chodil na skupinové terapie. Tam jsem si našel skupinu lidí, kteří mi dokázali pomoct. S některými jsem v kontaktu dodnes.*

V: A jak bys zhodnotil svoje zkušenosti s lékaři a dalším personálem. Co se týče ambulantní i pobytové péče?

R: *Co se týče ambulantní péče, tak tam mám zkušenosti pozitivní, měl jsem hodně štěstí na doktory. Horší to bylo u hospitalizací. Hospitalizace se zbytečně protahovala, bránila mi v tom, abych vyšel ven a zařadil se zpátky do normálního života.*

V: A seznámili Tě s důvodem, proč hospitalizaci neukončili?

R: *Ne. Ale co jsem tak slyšel, prý si mysleli, že bych to psychicky nezvládl. V druhé nemocnici jsem strávil navíc asi 2 měsíce. A to nevím taky proč bylo.*

V: A personál k tobě přistupoval profesionálně?

R: *Vlastně jo, asi kromě dvou doktorů, vysloveně psychiatrů.*

V: A v čem to tkvělo, že Ti jejich přístup nepřišel profesionální?

R: *Jeden si ze mě dělal legraci, když jsem otevíral citlivá témata. To mi přišlo hrozně neprofesionální. A u druhého jsem měl pocit, že ať mu řeknu cokoliv, je to vlastně jedno. Vždycky mi napsal stejnou medikaci, necítil jsem z jeho strany žádný zájem. To mě odradilo od toho, abych s ním probral nějaká palčivá témata, která bych jinak otevřel. Vždycky byl celou dobu zticha, nedošlo ani k dialogu, jen mi řekl ať pokračuju v medikaci a poslal mě pryč.*

V: To chápu, že člověk pak necítí žádný zájem a nechce se s takovým člověkem bavit o tom, co ho trápí. Máš ještě nějakou zkušenost, kterou bys rád zmínil?

R: *Asi nejhorší zkušenost mám z krizového centra. Tam jsem jednou přijel s mojí tehdejší přítelkyní, její spolubydlící se pokusila o sebevraždu, měla ošklivě pořezanou ruku. Tam nám řekli, že je v pohodě a že kdyby se chtěla ještě zabít, máme jí zavolat z domova sanitku. Přemýšlel jsem zpětně, že by se to mělo skoro řešit nějak veřejně… vůbec to nefunguje jak má, spíš to člověku přitíží a devalvuje to jeho problémy. Když to člověk slyší od doktora. Kdyby se ke mně takhle někde zachovali, asi bychom spolu tenhle rozhovor nevedli.*

V: Teď bych se Tě ráda zeptala na tvůj pohled. Jaké to bylo pro Tebe, když sis uvědomil, že máš pravděpodobně duševní poruchu. A když jsi dostal samotnou diagnózu, jaký jsi vůči tomu zaujal postoj, bylo to spíš přijetí nebo odmítnutí?

R: *Myslím si, že jsem k tomu zaujal dost specifický postoj. Byl jsem dost citově vázaný na babičku a věděl jsem, že kdybych se to pokusil řešit, tak bych se od ní odtrhl. A to jsem*

*nechtěl, protože jsem měl s otčímem a matkou hroznou domácnost. Takže i když jsem to řešit chtěl, tohle mě drželo v šachu. Bál jsem se, že bych skončil v dětském domově. Snažil jsem se to zamaskovat. Po jejím úmrtí se to jednak zhoršilo a teprve pak jsem se to přestal bát řešit. Ale i když jsem se snažil dovolat nějaké pomoci, nevěděl jsem vůbec, kam se obrátit.*

V: Bereš si nějak k srdci předsudky nebo poznámky okolí? Jak jsi to měl v minulosti a jak to prožíváš v současnosti?

R: *Byly doby, kdy jsem to řešil fakt hodně. Určitý citový otupění přišlo ve chvíli, když se moje tehdejší přítelkyně na základce o tom dost nevybíravě vyjádřila před celou třídou. Pak už jsem to řešil míň. Měl jsem k takovým lidem, co měli výhrady, kamenný postoj, nebral jsem si jejich poznámky nijak osobně.*

V: A řekl bys Ty, že máš nějaké předsudky vůči nějakým duševním poruchám?

R: *Kdysi jsem je určitě měl. Obecně jsem měl hodně předsudků vůči lidem, ale dneska už ne. Pokud si s člověkem rozumím a najdeme společné téma, tak je mi to jedno.*

V: Máš zkušenost s nějakými sociálními službami, které jsou specificky zaměřené na cílovou skupinu osob s duševní poruchou?

R: *Během hospitalizace do nemocnice docházeli lidi z Fokusu a tak a nabízeli služby, ale nikdy jsem tam nebyl.*

V: Ale víš, že takové organizace existují?

R: *Určitě.*

V: A uvažoval bys eventuálně o jejich využití, pokud bys v budoucnu potřeboval? Nebo bys spíš vyhledával psychiatra nebo jinou pomoc?

R: *Určitě, záleží na tom, co bych potřeboval a i kdo by byl blíž. Vím, že některý služby fungují nepřetržitě, takže kdybych měl akutní problém, rozhodně bych se na ně obrátil, než čekat na druhý den. Ale záleží, jak by to bylo daleko. V našem městě máme psychiatrické ambulance, o sociální službě vím nejblíž v Ústí nad Labem, což je docela daleko.*

V: A jak bys celkově zhodnotil zasíťovanost okolí psychiatrickými ambulancemi a sociálními službami?

R: *Služby tady rozhodně chybí, ambulantní péče mi přijde dostatečná. Ale kdyby byla možnost a bylo něco v okolí, rád bych pracoval v nějaké službě jako peer.*

V: Co je tvým hlavním zdrojem informací o tvojí diagnóze?

R: *Hodně jsem čerpal z knih, které byly volně dostupné během hospitalizace a taky od psychoterapeutů. Ti mě naučili jak přistupovat k onemocnění a jak si s ním poradit.*

V: A pokud porovnáš tyhle zdroje a informace, které vidíš v médiích, jak bys to zhodnotil mezi sebou? Co Ti přijde věrohodnější a výstižnější?

R: *Záleží, jak od koho. Pokud vezmu třeba veřejnoprávní televizi, tak mi ta prezentace nepřijde vyloženě špatná. Ale od komerčních médií mi přijde vysloveně špatná. Ti odborníci, co tam vystupují si často i protiřečí. Určitě bych v tomhle věřil spíš veřejnoprávním médiím.*

V: A jak bys zhodnotil dostupnost validních informací pro širokou veřejnost? Přijde Ti dobrá?

R: *Specificky v ČR si myslím, že dostupnost takových informací je velká, ale většina lidí o ně nemá zájem. Když jsem byl ve Španělsku nebo Finsku, lidi tam tolik předsudků rozhodně neměli. Češi mi v tomhle přijdou rozhodně horší, než zbytek Evropy.*

V: To, co říkáš, dost koresponduje i s tím, že u nás téměř 30 let nedošlo k reformě psychiatrie, společnost tedy částečně dost žije v tom, co bylo v devadesátých letech.

R: *Obecně mi v tomhle psychiatrie přijde hrozně zkostnatělá a zastaralá. V souvislosti s tím bych rád zmínil jednu zkušenost, kdy jsem během hospitalizace mluvil s jedním pacientem. Psychiatr mu radil to, co jsem mu říkal já, že jsem si načetl z knih. Takže jsem mu ve výsledku jako laik poradil stejně, co doktor. To si myslím, že o naší psychiatrii dost vypovídá. Přijde mi taky, že padesát let starý postupy se praktikují dodnes, alespoň subjektivně mi to tak připadá.*

V: V souvislosti s předchozí otázkou, slyšel jsi Ty osobně o probíhající reformě péče o duševní zdraví?

R: *Slyšel jsem vedoucího NÚDZ, jak o tom mluvil v televizi, ale podrobnosti jsem neslyšel. Dostal jsem se k tomu hodně okrajově, že má něco takového probíhat… nebo dokonce probíhá.*

V: Probíhá a to už od roku 2013. Takže celkově bys shrnul, že o ní není dostatek informací?

R: *No rozhodně ne. Taky mi přijde, že zatím nedošlo k posunu v psychiatrické péči za těch deset let, co jí využívám. Ale už dva roky jsem bez lékaře, je možné, že se už něco změnilo.*

V: Jedním z cílů reformy je i větší převedení péče do komunity. Co Ty si o tom osobně myslíš?

R: *Já bych to uvítal u řešení nějakých akutních problémů. Ale na mluvení o osobních a palčivých věcech byl raději využil terapeuta. Ale myslím si, že sdílet věci s ostatními má taky svoje přínosy. Taky mi přijde, že chybí nějaká návazná péče. Člověk dostane medikaci, necítí se špatně, ale necítí nic, to mi přijde jen jako polovičaté řešení. Na druhou stranu si čistě komunitní péči nedokážu představit třeba se schizofreniky. Mám s nimi pár osobních zkušeností, rozhodně si nemyslím, že by byli horší než ostatní, to vůbec, ale nejsem si jistý, jestli by to u nich fungovalo. Zažil jsem během hospitalizace docela agresivního člověka se schizofrenií. To si nedokážu představit.*

**Rozhovor s respondentem č. 4**

V: Vzpomeneš si, kdy jsi začala pociťovat, že se u Tebe nejspíš začínají objevovat nějaké psychické problémy a jaké to bylo?

R: *Zhruba od deseti let tak nějak pociťuju, že to není úplně ono.*

V: A diagnóza Ti byla určena hned a nasazena léčba nebo jak jsi to měla?

R: *Já jsem šla k psychiatrovi den po svých osmnáctých narozeninách. Čekala jsem na moment, kdy budu moct jít na psychiatrii sama, bez rodičů. Ihned po první návštěvě mi byla nastavená farmakoterapie, konkrétně Zoloft 10 mg. A když jsem se pak po půl roce dostala na 50 mg, tak jsem měla první pokus o sebevraždu, jak se tam krátkodobě zhoršily ty příznaky při náběhu farmakoterapie.*

V: Je docela neobvyklé, že nasazují zrovna Zoloft takhle pomalu, víš, čím to bylo způsobeno?

R: *Tak vzhledem k tomu, že jsem měla Crohnovu chorobu v té době, měla jsem problém léky stravovat, psychiatra mi nechtěla moc zasáhnout do tohodle, takže vlastně půl roku se mě snažila dostat alespoň na nějakou základní dávku.*

V: A teď jsi s léky v pohodě nebo jak to máš?

R: *Celkem, ale ráno si nemůžu léky zapít vodou, protože bych šla hned zvracet. Tak to mám teď. Ale ironicky, kávou můžu (smích).*

V: Teď bych se Tě ráda zeptala na nějaké otázky, které se týkají stigmatizace, sebestigmatizace a nakonec i na otázky, kde se budu ptát, co si myslíš o informovanosti okolí. Můžeme tedy začít třeba s tím, jaké jsi vnímala reakce z nejbližšího okolí? Nejen na diagnózu samotnou tedy, ale celkově na to, že ses rozhodla vyhledat v první řadě pomoc psychiatra?

R: *Od tý doby, co jsem přinesla to, že mi není dobře a mám pocit, že bych měla někam zajít, tak, hlavně mamka, taťka totiž nebývá doma… to je taky jeden z faktorů… tak moje mamka si nechtěla vlastně přiznat, že je se mnou asi něco špatně. Podle mě měla pocit, že sama zklamala a pořád mi opakovala takový ty věci jako: „Jak ti může být špatně, když máš úplně všechno?! Kroužky, na který chodíš. Lidi, kteří jsou na tom špatně tyhle věci přeci nedělají!“ Ale to bylo spíš daný tím, že jsem hodně orientovaná na výkon, takže jsem se jí hodně snažila zavděčit. Takže takhle to bylo do tý doby, než mi bylo osmnáct, kdy rodiče teda tu odbornou pomoc odmítali. Jednou jsem byla u školní psycholožky, která mi řekla, abych zašla na psychiatrii.*

V: Jaká na to byla reakce rodiny v tu dobu?

R: *Velmi špatná, moje máma se se mnou asi týden nebavila. Měla pocit, že jsem to udělala za jejich zády. Pak jsem rodině anu neříkala ani, že jdu na psychiatrii. Sama jsem tam šla a domů jsem přišla s diagnózou a lékama. Jejich reakce byla… oni překvapivě moji rodiče mají docela respekt k autoritám. Řekla bych, že když to mamka slyšela takhle oficiálně, že byla hlavně překvapená.*

V: Čím to bylo?

R: *Hodně jí trvalo se srovnat s tím, že mi něco doopravdy je. Ale jako asi to nebyla pozitivní reakce. Pořád se mě ptala z čeho to mám, že chodím na gympl, školu dávám, tak čím to je. Pochopili to vlastně až po prvním pokusu o sebevraždu, že asi je mi fakt něco vážnýho. Byli za mnou jen jednou tehdy v Bohnicích. Tam to bylo v pohodě, byli hodně starostliví, jestli mi je dobře a tak. Ale potom, když si mě vyzvedávali, tak jsme měli mít společné sezení s psychiatrou, měla to být jen taková desetiminutovka. No, zvrhlo se to v tříhodinový rozhovor, kde všichni brečeli a mamka si z toho vzala, že ona je ta špatná. I když to tak vůbec nebylo myšleno ani řečeno. Když jsme pak přišli do auta, bylo ticho, otočila se na mě a začala na mě křičet, že mi nic není, všechno jsem si to jen vymyslela a hledám si jen pozornost ostatních lidí.*

V: A jaká byla tvoje reakce na tuhle situaci?

R: *Chtěla jsem si vystoupit a zůstat tam, protože jsem při hospitalizaci poprvé zažila to, že jsem byla ve skupině lidí, kteří to mají podobně a cítila jsem se bezpečně. Ale potom, když jsem se vrátila do školy a věci se vrátily plus mínus do starých kolejí, tak se to zlepšilo. Myslím, že pro mamku bylo nejhorší se s tím potkat, že tam bylo nějaký počáteční popření a vina. Potom se ale začala i sama vzdělávat.*

V: Co v tobě tahle změna vyvolala? To není úplně samozřejmost, že se rodiče takhle vzdělávají, pokud jde o duševní onemocnění jejich dítěte.

R: *Byla jsem hrozně vděčná. Vnímám to teď tak, že to nikdy úplně nepochopí, pořád jsou tam věci, které mi předhazuje a to mě trochu vrací zpátky. Ale nakonec vím, že v ní mám největší podporu. Kdykoliv mi je špatně, tak jí můžu zavolat, kdykoliv můžu zavolat i taťkovi, který pro mě přijede, vezme mě domů a je tady se mnou. Neřekla bych, že se mnou umí pracovat, když mám nějaký víc psychotický stavy. Nebo neumí… spíš jsme se o tom spolu nikdy nebavili. Oni se tomu snaží trochu vyhýbat.*

V: A proč si myslíš, že to tak je?

R: *Je to pro ně podle mě spíš nepříjemný. Protože by mi oba chtěli hodně pomoct, ale neví jak a já jim to nejsem schopná říct, protože je to pokaždý jiný. Ale zažili se mnou pár panických záchvatů. Ty jsem je naučila zvládat, když se objeví u babičky, protože když jsem byla pryč kvůli škole, nebyl by tady jinak nikdo, kdo by jí dokázal pomoct. Takže s tím umí pracovat relativně dobře. Ale musím říct, že po druhém pokusu o sebevraždu, kdy jsem byla na terapeutickém pobytu, tak to už bylo něco jiného než ta první hospitalizace. To za mnou jezdily, ty návštěvy byly příjemný a teď jsou moje velká podpora. Jsem na ně pyšná a zároveň vděčná. Vím, že se na ně můžu kdykoliv obrátit.*

V: Tak to je docela posun ne, celkově?

R: *(smích) Jo, sice to trvalo osm let, ale jo.*

V: A když jsi mluvila o tom, že i tvoje mamka si na to téma načítala nějakou odbornou literaturu, využili jste někdy třeba nějakou rodinnou terapii nebo další sezení, s výjimkou toho po první hospitalizaci?

R: *No, já měla docela složitý ten diagnostický proces, než se došlo k diagnóze hraniční poruchy. No a u nás se vlastně ta moje diagnóza v rodině bere docela jako tabu. Ví se, že ji mám a potřebuju pomoc určitou, ale moc se o tom spolu nebavíme. Většinu věcí si mamka sama načetla z knih a chvíli odebírala časopis Psychologie… ten teda není podle mě úplně dobrej, píšou tam docela blbosti. Ale jak mi byla hraničká diagnostikovaná, sama si našla knihu. Jmenuje se to Život na houpačce a je to soubor různých příběhů o lidech, co ji taky mají. Snaží se to pochopit, i když to nikdy nepochopí. Ale ne každá kniha je taková. Musím říct, že co se týče literatury, tak hraniční porucha je podle mě snad nejvíc stigmatizovaná.*

V: Máš nějaký konkrétní příklad?

R: *Některý knihy jsou naprosto příšerný. U čtení některých jsem si připadala, jak kdybych měla být nějaký psychotik, který nemá žádnou kontrolu nad svým chováním. Hraničká je tam vykreslovaná jakože člověk je nějaký asociál. Znám docela dost lidí, co mají hraničku a nepřijde mi, že všechna literatura by to prezentovala, tak jak to je. Ve skutečnosti je tam mnohem větší kontrola a uvědomění toho, co děláme. Neříkám, samozřejmě se někdy nějaká hysterie, impulzivní chování objeví, ale nemyslím si, že bychom vědomě ubližovali lidem, jak jsem se v jedné knize dočetla. Podle mě většina lidí, co mají hraniční poruchu a aspoň o tom ví,*

*tak vědí, že v sobě tyhle věci mají, ale nechtějí se tak chovat a musí se naučit s tím normálně žít. Jak já říkám… Emoce neovlivníš, ale svoje činy ano. A v literatuře o je tak, že neovlivníš ani jedno, ale můžeš za to ty.*

V: Chtěla bys ještě něco dodat k tématu rodiny nebo chceš přejít už k dalším otázkám?

R: *No ještě bych ráda řekla, že mám babičku, která je v tomhle dost stará škola. A do doby, než si přiznala, že má panické záchvaty a není to něco fyzického, tak se ke mně moc dobře nechovala. Připadala jsem si jako černá ovce. Takový to dítě, co se nemělo narodit a dělá problémy, protože pořád něco chce. U nás je totiž celkově dost chladnej přístup a vidím, že to přichází od babičky, protože ona měla docela násilného tátu. Takže v tom bych řekla, že je krásně vidět nějaký generační přenos přístupu k druhým. Že to není úplně ono. A co se týče mojí sestry, tak u ní vím, že kdykoliv bych něco potřebovala, můžu jí říct. Ale nejsme si moc blízký, protože jsme i věkově dost od sebe a nikdy jsme si k sobě moc nenašly cestu. Ale rodinná pouta máme pevná, ale ne blízká. Držíme si tady mezi sebou všichni prostor.*

V: Co tvá diagnóza a tvé přátelské a milostné vztahy.

R: *(Smích) No, hraniční porucha to ovlivňuje docela hodně. U mě je hodně přítomné to, že si vybírám nějakou oblíbenou osobu, takže já se zamilovávám extrémně rychle. Jako v rámci dnů a ty emoce jsou hrozně silný. Teď to mám tak, že se mi jeden kluk líbí, ale bavili jsme se o tom a on vztah nehledá. Jako dost to bolí… ale já se toho nedokážu jen tak zbavit. Buď mě musí člověk tak extrémně zklamat, že můj mozek si řekne, že to nemá cenu a nebo musí přijít do mého života někdo jiný. Ještě nikdy se mi nestalo, že bych neměla takovou oblíbenou osobu. Takže se zamilovávám rychle a intenzivně a ten partner, pokud nemá hraniční poruchu (smích), to tak samozřejmě nemá. A to bývá problém.*

V: A v čem?

R: *Často bývám pro ty partnery moc… na tom skončil i můj minulý vztah.*

V: Co myslíš tím, že jsi pro někoho „moc“?

R: *Velice intenzivně prožívám každý vztah, jakmile jsem ve vztahu, tak se projevy mojí hraniční poruchy extrémně zhorší. Když vztah nemám, tak jsem mnohem stabilnější, než když jsem ve vztahu. Jakmile jsem ve vztahu, tak mi ten vztah bere 80 %... jak bych to řekla, přemýšlení. Protože to pro mě strašně moc znamená, mám v sobě hodně zakořeněný pocit nemilovanosti. Takže potřebuju hodně lásku projevovat… ale ironicky si vybírám partnery, kteří jsou*

*emocionálně odtažití… to si myslím, že plyne z odtažitosti v rodině. Takže se to většinou nesetká s moc pozitivní reakcí od partnera. V posledním vztahu jsem vlastně viděla, že i tomu partnerovi není dobře psychicky, takže jsem se rozhodla započít tu konverzaci a dál ten vztah už nenatahovat.*

V: Tak to si dokážu představit, že asi nebylo lehký.

R: *To ne. Ale já když mám oblíbeného člověka, tak když je šťastnej, jsem šťastná taky. Ale jakmile začne, vědomě i nevědomě, vysílat nějaký signály možného odmítnutí – tónem hlasu, postojem, i když má jen založený ruce – beru to prostě jako odmítnutí a cítím se nemilovaná a že budu navždy sama. Ale od té doby, co jsem v terapii, tak si myslím, že s tímhle umím dnes už docela pracovat.*

V: Vnímám velkou sebereflexi a náhled, během našeho rozhovoru.

R: *No, snažím se, ale když jsem v té situaci konkrétní, tak je to až moc intenzivní a ne vždycky to zvládnu s nadhledem. Snažím se vyhýbat hysterčení, protože to nemám ráda a naprosto nenávidím manipulaci. I když vím, že bych jí občas mohla využít, abych dostala, co chtěla, tak to dělat nechci. Ale nikdy to nedělám a cítím se hrozně, jen když na to pomyslím. Takže často mám i nějaké pocity viny, sebeobviňování atd. K tomu pocity nemilovanosti, extrémní milovanosti… no hodně se to mění a na partnery to bývá moc, byť se je snažím informovat.*

V: A slyší ty informace, když jim je sděluješ?

R: *To je dobrá otázka. To nejsem schopná říct. Jeden můj bývalý, toho to nezajímalo, to byl dost flegmatik. Ten se o to začal zajímat, až když bylo pozdě, až když byl vlastně konec. Můj osobní názor je, že si lidi s hraničkou vybírají hodně narcistické typy. Protože ti to zase umí prodat ve vztahu. No ale aktuálně jsem sama a jsem přesvědčená, že mi tak bude i do budoucna líp, být sama. Chtěla bych mít partnera/přítele, ale myslím, že dokud nenajdu někoho, kdo tomu bude rozumět nebo bude aspoň otevřený se o tom dozvědět, tak se to asi nenaplní.*

V: A co kamarádské vztahy?

R: *Ty jsou pro mě taky složitý, ale ne jako u partnerství. Kamarádů jsem se schopná doptat, u partnerství mám strach. I kamarádů se často doptávám, jestli se něco neděje, protože mám strach z odmítnutí. Ale kamarádi to o mně ví. Já se za svou diagnózu nestydím a snažím se to všem říct raději dřív, co nejdřív, abych se pak necítila tak blbě, protože ten člověk ví,*

*do čeho jde (smích). Ale dávám tím lidem možnost si o tom něco zjistit, aby o tom měli nějaký pojem.*

V: A s jakými reakcemi se u přátel setkáváš?

R: *Ztratila jsem spoustu kamarádů. Nemůžu říct, že bych se teda setkala s někým, kdo by se mnou nechtěl být kamarád jen na základě toho, že mám duševní nemoc. Setkala jsem se s tím spíš když jsem jim řekla, že mám poruchu osobnosti.*

V: Na to reagovali hůř?

R: *Jo, jejich reakce byla něco jako: „Panebože, ty máš poruchu osobnosti…“*

V: Takže na základě toho s tebou třeba pak ukončili kontakt?

R: *Jo. Ale teď mám stabilní partu kamarádů, který mám velice ráda a vím, že mám minimálně jednu osobu, mou nejlepší kamarádku, na kterou se můžu vždycky obrátit a pak mám ještě lidi, se kterými každý týden hraju dračák (pozn. roleplayová fantasy hra). I těm můžu napsat. Ale v minulosti jsem se setkala s tím, že mi lidi psali, ať už je s tím neotravuju. Taky mám docela černej humor, což je pro některé lidi taky problém, ale naštěstí to tady taky berou. Ale celkem jsem ztratila tak tři party kamarádů, co jsem měla. A občas cítím nějakou lítost a říkám si, jaký by to bylo, kdybych byla zdravá, že by to bylo jiný. U kamarádských i partnerských vztahů.*

V: A sdělila jsi svou diagnózu třeba ve škole? Tam ses setkala s jakou reakcí případně? Stalo se ti někdy, že bys ve škole dostala třeba panický záchvat?

R: *Já už na sobě poznám, když má přijít panický záchvat, takže to jsem si vždycky odešla na záchod, nebo jsem šla rovnou domů. Uvítala jsem taky možnost mít víc absencí, protože někdy jsem do školy ani nešla. Mám to tak, že se většinou ráno probudím a už vím, že ten den bude špatnej a já nevylezu z postele, nebudu jíst a kdo ví, jestli se vysprchuju. Ale celkově ti můžu říct, že se za sebe v tomhle ohledu hodně stydím, nezvládám kvůli tomu moc velké počty lidí, cestování ani nic podobnýho, kde je hodně cizích lidí, z toho mám strach. Hodně se před okolí snažím skrývat, že mi něco je, nosím takovou „šťastnou masku“ na veřejnosti, jestli mi rozumíš. Na druhou stranu, i když to někdy skrývám, taky ráda šířím osvětu, aby lidi, co mají podobný problémy, se v tom necítili sami.*

V: Jak konkrétně ji třeba šíříš?

R: *Ve škole jsem měla přednášku o hraniční poruše osobnosti. Jinak když mi není dobře, tak se snažím v té škole vydržet a na rovinu říct, jak mi je.*

V: A co na to učitelé?

R: *Tak já bych to vzala od ZŠ – to bylo učitel od učitele, tam jsem se setkala i s pochopením, kdy mě třeba nechali se sednout někam dozadu a dělat si něco svého, i s nepochopením, kdy mi učitelé nevěřili, že je mi špatně. Na SŠ jsem se nesetkala s jinými, než pozitivními reakcemi. Pamatuju si, jak jsem v prváku dostala svůj první panický záchvat u testu z matematiky. Učitel seděl vedle mě celou dobu a držel mě za ruku, i když chudák vůbec nevěděl, co má dělat. Ale měla jsem tam jistotu toho, že tam se mnou byl, potom mě i odvedl pryč, byl moc hodnej. S třídním učitelem jsem měla zase domluvené, že když mi bylo zle, mohla jsem odejít malinko dřív ze školy, když to bylo špatný a měla jsem panický záchvaty třeba obden.*

V: A co se týče vysoké školy, tam máš zkušenost jakou?

R: *Tak nejdřív jsem byla v Brně, tam to bylo hodně neosobní a taky jsem tam na tom byla velice špatně. Tam jsem se vlastně s žádnou reakcí nesetkala, tam nebyl vůbec prostor pro nic takového. A co se týče Hradce, tak tam je to taky člověk od člověka. S některými učiteli mám špatné zkušenosti a od více lidí vím, že nejsem jediná. Paradoxně asi nejhorší reakci jsem zažila od pedagoga, co roky pracoval v poradenství a nikdy mě nikdo tak neznehodnotil a moje pocity, jako on. To jsem byla opravdu v šoku, jak někdo může být tak neempatický, když dělá tuhle práci. A bylo to tak u víc učitelů, co učili psychologii a podobné předměty, kde by to člověk opravdu nečekal. Ale s jinými učiteli mám na druhou stranu extrémně dobrou zkušenost. Co se týče učitelek žen, nikdy jsem se ale nesetkala s nepochopením nebo negativní reakcí za celou dobu, co chodím do školy.*

V: No a ve škole jsi se domlouvala s jednotlivými učiteli, nebo to většinou probíhalo spíš nějakou formální cestou.

R: *Obojí. Ale co nechápu je to, že i když jsem měla skrz centrum speciálních vzdělávacích potřeb povolenou v podstatě neomezenou absenci, někteří učitelé to úplně ignorovali. Jeden předmět jsem tak musela opakovat kvůli absenci i přes to, že jsem splnila všechny práce. Takže jsem další rok si to musela jen odchodit. Ale bavila jsem se s pracovníky toho centra a říkali mi, že na některých katedrách a ústavech šíleně bojujou proti některým učitelům, protože je neberou v potaz a ani nečtou emaily, co jim pošlou.*

V: Dobře a když teď půjdeme od okolí dál, jaká byla vlastně tvoje reakce na to, že máš nějakou psychiatrickou diagnózu a jak se to třeba dodnes proměnilo?

R: *Moje první diagnóza byla depresivní porucha. U toho jsem se cítila, že to prostě není ono. Úplně to nevystihovalo to, jak jsem se cítila. Pak se mi diagnóza měnila na depresivně-úzkostnou poruchu, pak na chronickou těžkou depresi. Pak k tomu přidali generalizovanou úzkostnou poruchu. Ale od té doby, co mi řekli, že mám hraniční poruchu a vysvětlili mi to, tak jsem věděla, že je to ono.*

V: A to pro Tebe bylo jaký?

R: *Já se ráda škatulkuju, abych věděla, odkud to jde. To mi pomáhá celou tu věc pochopit a pracovat s tím. Takže jsem se najednou cítila dobře, protože mi spadl kámen ze srdce. Protože jsem konečně měla východisko pro to, abych našla strategii, jak s tím bojovat.*

V: Takže správnou diagnostiku bereš jako takový startovací bod pro to, jak se s hraniční poruchou sžít?

R: *Přesně tak. Můj postoj k HPO je ale takový, že hodně přemýšlím nad tím, jaký by byl život, kdybych tuhle nemoc neměla. Mělo to i velký vliv na to, že jsem si nakonec vybrala studium sociálně zaměřeného oboru, jinak bych studovala matematiku nebo fyziku, něco technickýho. Ale teď vím, že chci pomáhat lidem, kteří na tom byli jako já, že fakt nevěděli. A rodiče třeba jim bránili s tím někam jít. Takže v tomhle to zase beru hodně pozitivně.*

V: Takže z toho, co říkáš, tak jsi diagnózu přijala docela pozitivně, jestli to správně chápu.

R: *Jako jo, ale měla jsem tam asi i měsíc deprese, krátce po tom, co mi HPO diagnostikovali. Protože jsem si na to načetla všechny možný věci. A když si zadáš do Googlu „Hraniční porucha osobnosti“, tak na tebe vypadnou naprosto šílený věci. Ať už je to názor veřejnosti, názor doktorů… jako stigmatizace ze strany doktorů na hraničku je šílená. Mám kamarádku s HPO, kterou nechtěli odvézt sanitkou, 2 psychiatři jí odmítli, že s ní nebudou pracovat. Odmítli jí udělat i operaci kolene – oficiálně jí řekli, že kvůli medikaci, ale samozřejmě to tak nebylo, sestry jí pak zpětně řekly, že by nevěděli, co by si s ní dva týdny pak v nemocnici na chirurgii počali.*

V: A ty osobně nějaký takový zážitek s lékaři máš?

R: *Já jsem se setkala s jednou psycholožkou, která mi řekla, že se mnou nebude pracovat v terapii. Ale ta mi řekla, že se necítí dost kompetentně se mnou pracovat. To vnímám jako lepší, než kdyby pak člověku v terapii něčím nechtíc ublížila. Ale setkala jsem se s tím,*

*když jsem si žádala o invalidní důchod. Řekli mi, že sice splňuju kritéria pro důchod, ale že chodím na VŠ a mám řidičák, takže mi ho nedají…*

V: A jaká byla tvoje reakce?

R: *Nechápu to. Člověk se snaží fungovat jako normální člověk ve společnosti, chce jen trochu podpořit a oni ho odmítnou, protože podle nich na tom není dostatečně špatně, aby mu mohli invalidní důchod přiznat. Co mě k tomu napadá je: „Promiňte, že se aspoň snažím…" Pak jsem se ještě na jedný konferenci o duševním zdraví setkala se záchranáři, kteří s tím mají taky docela problém. A pojišťovny, to vůbec. Mám v okolí poměrně hodně lidí, kteří se diagnózou duševního onemocnění tajili, než je zaevidovali někde jako pojištěnce, aby s tím neměli problém, protože se setkali s odmítnutím.*

V: Proč si myslíš, že to tak je?

R: *Myslím, že je proti duševním onemocněním jednak velký předsudek a taky lidi neví, jak s tím pracovat. Zvlášť u poruch osobnosti, schizofrenie nebo i bipolární poruchy mi přijde, že si lidi myslí, že lidi s tou diagnózou jsou úplní blázni. Ale od těch odborníků to zvlášť bolí, protože čekáš nějaký pochopení, ale to tam není.*

V: Je pro tebe tedy horší slyšet nějaké předsudky u profesionálů než u veřejnosti, kde si třeba řekneš, že nejsou tak informovaní?

R: *Já jsem měla na ty odborníky docela štěstí, ale mám opravdu hodně přátel, kteří mají tu zkušenost špatnou. Mám kamarádku, která má taky HPO a ještě s ní neumí teda tolik pracovat, takže se to někdy dost projevuje. Ale ta stigmatizaci z řad lékařů vnímá opravdu hodně špatně. Mluví často o pocitu, že i psychiatři nabízí všem pomoc, ale jí ne, právě z důvodu toho, že má hraničku. Takhle jsem se cítila u té žádosti o invalidní důchod.*

V: A co ty a předsudky? Měla jsi třeba v minulosti nějaké předsudky vůči duševním poruchám?

R: *Měla. Rozhodně vůči schizofrenii, protože jsem o ní nic nevěděla. Snažím se nesoudit, protože to nemám ráda. Ale vůči schizofrenikům jsem měla, myslela jsem, že každý schizofrenik musí slyšet hlasy.*

V: Schizofrenie a celkově psychózy jsou často docela neznámé i lidem, kteří trpí jiným duševním onemocněním. Kdy se tvůj postoj změnil?

R: *Moje mamka má kamarádku, jejíž dceři se rozjela schizofrenie po požívání návykových látek. A ta žádné hlasy neslyší, ale je poměrně agresivní, teď je hospitalizovaná už delší dobu a příliš*

*se to nelepší. Ale tam jsem si poprvé uvědomila, že schizofrenie není jen o tom, slyšet hlasy. A teď, nejen v rámci studia, se snažím si o tom zjišťovat co nejvíc validních informací.*

V: Setkala ses někdy s někým během hospitalizace, kdo by ti tenhle stereotyp o schizofrenii taky z části rozbil?

R: *Během hospitalizace jsem se s lidmi se schizofrenií přímo nesetkala. Ale teď znám lidi s touhle diagnózou a to jsou lidi, na kterých bys to nepoznala. Známá, která jí má vídá občas neexistující lidi. A jednou na brigádě rozdávali sušenky zdarma a jednu našla na zemi, takže ji asi dala někomu, kdo tam ve skutečnosti nebyl. Ale rozhodně to nejsou nějací blázni, kteří běhají nazí někde venku. Takový věci nejsou schizofrenie, to může udělat kdokoliv, kdo se psychicky zhroutí.*

V: To určitě nejsou (smích). Je ještě něco, co bys k tomuto konkrétnímu tématu ráda dodala?

R*: Asi ne.*

V: A využíváš tady v okolí nějaké i sociální služby, ve spojení s tvou duševní poruchou? Nebo alespoň o nějakých víš, i když je třeba nevyužíváš?

R: *Jo, hodně jsem přemýšlela, že bych tady v Pardubicích zašla do CEDRu. Mám tam vedle terapeuta, takže pořád chodím okolo. Ale jinak nevyužívám nic. Ale ráda bych sama pracovala v CDZ, ale musím nejdřív dostudovat. Můj sen je být peer konzultant. A myslím si, že jsem hodně dobře informovaná v možnostech pomoci – jednak z kurzu krizové intervence, a druhak ze školy. Vím o CDZ, nízkoprahových službách, právě o tom CEDRu. Vím, že ty služby existují, ale teď je přímo nepotřebuju.*

V: A setkávat s dalšími lidmi by tě nelákalo?

R: *Já jsem dost zasíťovaná co se týče kamarádů. Každý z nich tam má nějaký svůj problém, takže to vnímám jako takovou svépomoc a to mi stačí. Ale na druhou stranu by mě lákalo tam být jako ten vzdělavatel, třeba vést nějakou skupinu pro rodiče osob s hraniční poruchou. Nic takového, mimo online, zatím neexistuje, nebo o tom nevím. To bych chtěla dělat vzhledem k tomu, že moje mamka v tom byla zezačátku úplně ztracená. Lidi si o tom často hledají informace na nějakých fórech, kde koluje spoustu dezinformací.*

V: A kde ty sama získáváš informace, co se týče HPO?

R: *Já preferuju nejnovější výzkumy v téhle oblasti, kdy momentálně teda žádný neprobíhá, ale v roce 2023 proběhl metavýzkum na téma HPO, ten se mi velmi líbil. A pak sleduju sociální*

*sítě, překvapivě na TikToku jsem našla docela dobrý obsah na tohle téma. Ty videa jsou srozumitelná, je tam i hodně psychologů, kteří tam dělají osvětu. Ty informace jsou dostupný, validní a jsou tam i odkazy na rozsáhlejší odborný články i výzkumy. Ale podle mě je to dobrý nástroj na to, se dostat k mladším lidem. Pak dál získávám informace od mého terapeuta, kdy se spolu bavíme na trochu odbornější rovině.*

V: A co třeba tvůj psychiatr?

R: *Moje psychiatra je hrozně fajn, ale většinou si moc nepopovídáme, protože nemá čas. Ale chápu to, ještě dělá soudního znalce a je jich prostě málo. Dál se o tom ještě bavím s kamarády hodně, jak jsem říkala, jsme hodně taková svépomocná skupina. Takže tak získávám informace.*

V: A jaká je z tvého pohledu celková informovanost společnosti?

R: *Podle mě se to hnulo pozitivním směrem, je vidět, že něco probíhá ve společnosti. U doktora vidím nějaké letáky o duševním zdraví, lidi to čtou, začíná se o tom bavit i v televizi, ve školách, jsou programy pro školy i s peer pracovníky. Podle mě se to zlepšuje. U starší generace to možná trochu naráží, ale tak to taky bude měnit. Jsem ráda, že vidím ve společnosti snahu.*

V: Co se týče televize, vnímáš nějaký rozdíl mezi veřejnoprávními a veřejnoprávními médii a jejich prezentací duševních poruch?

R: *Tak třeba u veřejnoprávní mi tam přijde, že mají takovou jako… větší společenskou odpovědnost, konkrétně třeba co se týkalo té filozofické fakulty UK. U komerčních médií jim jde jen o to, aby měli nějakou senzaci.*

V: A my jsme se spolu vlastně před rozhovorem bavily, že ty víš o tom, že probíhá nějaká reforma. Je podle tebe o ní dost slyšet na veřejnosti a vidíš sama nějaký výsledky?

R: *Tak asi hlavně vidím výsledky v tom, že vznikla skvělá CDZ… ale myslím si, že by o té reformě mělo být víc slyšet a taky že není dostatečná. Zařízení, která jsou dotovaná státem jsou na strašné úrovni – prostředí bylo docela ok, ale spíš ti doktoři. U nemocnic, který mají ale i externí dotace, tam jsem se setkala s mnohem lepším přístupem. Je vidět, že hodně záleží na tom, kolik těm lékařům platí.*