

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty

**Zážitky stigmatizace při dobrovolnické činnosti
s duševně nemocnými a jejich zvládnání**



Bakalářská práce

Autor: **Matouš Borák**
Vedoucí práce: **Mgr. Martin Kupka, Ph.D.**

Olomouc
2013

Děkuji tímto vedoucímu své bakalářské práce, doktoru Martinu Kupkovi, Ph.D., za jeho cenné podněty při společných konzultacích a především za důvěru, kterou mi během tvorby této práce projevoval, a která mne po celou dobu motivovala.

Děkuji také sociálním pracovníkům v projektu Dobroduš, kteří mi umožnili výzkum v této organizaci provést, jmenovitě zejména Šimonu Jelínkovi.

V neposlední řadě chci poděkovat všem dobrovolníkům, kteří se zúčastnili výzkumu, za to, jak ochotně mi umožnili nahlédnout do světa jejich dobrovolnictví.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny řádně citoval a uvedl.

V Olomouci 27. března 2013

Obsah

Úvod.....	5
-----------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1 Dobrovolnictví v oblasti duševního zdraví.....	6
1.1 Jaké dobrovolníky máme na mysli?.....	6
1.2 Vývoj dobrovolnictví v oblasti duševního zdraví.....	7
1.2.1 Emancipace dobrovolníků jako součásti psychiatrické péče ve světě.....	7
1.2.2 Vývoj dobrovolnictví v psychiatrické péči u nás.....	8
1.3 Rozsah a formy dobrovolnictví v oblasti duševního zdraví v ČR.....	11
1.4 Befriending – asistované přátelství.....	14
1.4.1 Stručná charakteristika programů asistovaného přátelství.....	14
1.4.2 Projekt Dobroduš.....	15
1.4.3 Asistované přátelství z pohledu klientů.....	16
1.4.4 Asistované přátelství z pohledu dobrovolníků.....	18
2 Stigma duševního onemocnění.....	21
2.1 Definice stigmatu.....	21
2.2 Související pojmy: deviace, stereotypy, předsudky a diskriminace.....	22
2.3 Nástin historického vývoje stigmatu duševní nemoci.....	23
2.4 Čtyři projevy stigmatu duševní nemoci.....	24
2.4.1 Veřejné stigma.....	26
2.4.2 Self-stigma.....	28
2.4.3 Přidružené stigma.....	30
2.4.4 Strukturální stigma.....	33
2.5 Stigma dopadající na dobrovolníky pracující s lidmi s duševním onemocněním.....	34

VÝZKUMNÁ ČÁST

3 Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky.....	37
4 Realizace výzkumu.....	39
4.1 Výzkumný soubor.....	39
4.2 Metody získávání a zpracování dat.....	40
4.3 Etické hledisko výzkumu.....	42
4.4 Reflexe osobní zkušenosti s tématem výzkumu.....	43
5 Výsledky.....	44
5.1 Stručná idiografická shrnutí.....	44
5.1.1 Alžběta.....	44
5.1.2 Beáta.....	45
5.1.3 Cyril.....	46
5.1.4 Denisa.....	47
5.1.5 Evžen.....	48
5.2 Výsledky analýzy společných témat.....	49
5.2.1 Vnímání veřejného stigmatu.....	49
5.2.2 Já a duševní nemoci.....	51

5.2.3 Sdílení s okolím dobrovolníka.....	52
5.2.4 Kontakt s veřejností.....	57
6 Diskuse.....	63
7 Závěry.....	68
Souhrn.....	69
Literatura a použité zdroje.....	71
PŘÍLOHY	
A Zadání bakalářské práce.....	78
B Český abstrakt bakalářské práce.....	80
C Anglický abstrakt bakalářské práce.....	81
D Hlavní organizace vykazující spolupráci s dobrovolníky.....	82
E Otázky použité při rozhovorech.....	83
F Ukázka rozhovoru s Alžbětou.....	84

Úvod

Stigma duševní nemoci v dnešní době představuje významný společenský problém. Přibližně čtvrtina populace je někdy v životě postižena natolik výraznými psychickými potížemi, že je nucena vyhledat odbornou pomoc. Stereotypy a negativní předsudky vůči lidem s duševním onemocněním jsou přitom ve společnosti stále pevně zakořeněné. Pacienti se setkávají s odmítavými a vyhýbavými reakcemi okolí, se strachem a nejistotou. Jsou diskriminováni zúžením možností zacházet se svým životem podle vlastní svobodné vůle, např. při hledání zaměstnání či bydlení.

Jednou z cest, jak stigma duševní nemoci omezit, je dobrovolnictví v této oblasti. Jedním z nejvýznamnějších a relativně novodobých způsobů dobrovolné práce s duševně nemocnými je tzv. asistované přátelství, což je dlouhodobé a pravidelné setkávání se mezi dobrovolníkem a klientem v přirozeném prostředí, zajišťované po formální stránce dobrovolnickou organizací.

Zkušenost ukazuje, že stigmatem nejsou postiženi pouze samotní duševně nemocní, ale i lidé v jejich okolí, především rodinní příslušníci, profesionálové v psychiatrii a v neposlední řadě pravděpodobně také dobrovolníci. Právě na možné zážitky stigmatizace dobrovolníků pracujících s lidmi s duševním onemocněním se zaměřuje tato práce. Původní inspirací pro tento výzkum byla vlastní zkušenost autora, která určitou míru stigmatizace naznačovala. K tématu doposud neexistuje žádná odborná literatura, což motivaci k jeho zkoumání dále posílilo.

Teoretická část práce nejprve stručně shrnuje dosavadní výzkumy jak v oblasti dobrovolnictví, tak i v oblasti stigmatu souvisejícího s duševními nemocemi. Výzkum samotný byl proveden v organizaci zabývající se asistovaným přátelstvím, v rámci projektu Dobroduš v Praze. Hlavním cílem výzkumu je prozkoumat, zda jsou dobrovolníci vystaveni stigmatizaci související s jejich dobrovolnou činností s lidmi s duševním onemocněním a pokud ano, jak takové situace prožívají a jak s nimi dále nakládají. Zajímat nás bude především subjektivní prožívání a chápání příslušných situací dobrovolníky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Dobrovolnictví v oblasti duševního zdraví

1.1 Jaké dobrovolníky máme na mysli?

Dobrovolnictví je součástí naší společnosti od nepaměti. V širším smyslu byl někdy dobrovolníkem snad každý z nás. Péče o příbuzné mimo vlastní domácnost, sousedská výpomoc, spontánní pomoc náhodným kolemjdoucím, péče o místo, kde žijeme – to vše jsou příklady solidarity a vzájemné pomoci, které spoluutvářejí základ lidské společnosti. V odborné literatuře se však dnes běžněji pracuje s užším pojetím, podle něž je dobrovolná činnost do určité míry formalizovaná, uplatňovaná skrze organizace pečující o veřejné blaho či různé občanské instituce, spolky a kluby.

Kdo je to tedy *dobrovolník*? Dle Novotného a Staré (2002, s. 5) je dobrovolníkem „každý, kdo ze své dobré vůle, ve svém volném čase a bez nároku na finanční odměnu vykonává činnost ve prospěch jiných lidí“. Dekker a Halman (2003) po srovnání řady různých definic obdobně nacházejí tři hlavní společné prvky dobrovolnictví: je to činnost nepovinná, neplacená a ve prospěch druhých. Přitom je však třeba si uvědomit, že ani jedna z těchto tří kvalit není jasně vymezená. Hranice mezi tím, co ještě považujeme za dobrovolnictví a co již za jinou, třebaže příbuznou formu pomoci, je značně neostrá a má spíše charakter kontinua (blíže o nejednoznačnosti dobrovolnictví viz např. Dekker a Halman, 2003; Frič a Pospíšilová, 2010). Pro potřeby konkrétního výzkumu je proto více než vhodné tuto dělící čáru stanovit explicitně.

V kontextu předkládané práce se obecně omezíme na formální dobrovolnou činnost v rámci nějaké organizace působící v oblasti duševních onemocnění. Dobrovolnictví tedy budeme chápat jako specifickou formu pomoci ve prospěch společnosti. Dobrovolníci jsou v našem pojetí lidé, kteří sami vyhledají příležitost k uplatnění svého času, energie a schopností, přičemž k tomu nejsou podněcováni přímými žádostmi o pomoc ze strany druhých ani žádnými závazky, rodinnými, zákonnými či etickými. Často podrobně zvažují počátek, rozsah a přesnou formu svého zapojení do dobrovolné aktivity. Dobrovolníci také typicky neznají příjemce své pomoci předem, se svými klienty jsou seznámeni až při nástupu do zaštiťující organizace.

Takovéto vymezení dobrovolnictví tedy vědomě nebere v potaz pomoc lidem s duševním onemocněním v rámci neformální sítě sociálních vztahů, např. přátelskou výpomoc či péči o příbuzného, u kterých se předpokládá jiná struktura motivů a závazků k pomoci (blíže viz např. Omoto a Snyder, 1995).

1.2 Vývoj dobrovolnictví v oblasti duševního zdraví

1.2.1 Emancipace dobrovolníků jako součásti psychiatrické péče ve světě

O možnosti aktivně a promyšleně zapojovat dobrovolníky do péče o pacienty s duševním onemocněním se v ekonomicky vyspělých státech začíná hovořit až po 2. světové válce. Od té doby se po několik desetiletí rodil a postupně uplatňoval trend určitého odklonu od dosud „všeobjímající“ péče ve velkých a relativně uzavřených psychiatrických léčebnách. S tím, jak rostla emancipace hnutí za lidská práva a občanské společnosti obecně, docházelo postupně k cílenému zapojení nejen řady nově vznikajících profesionálních komunitních služeb, ale i pacientovy přirozené komunity, včetně příbuzných, přátel a v neposlední řadě také dobrovolníků, do procesu léčby a sociální rehabilitace.

Poválečnou proměnu chápání dobrovolné péče v psychiatrických zařízeních zachycují ve své rané práci Fechner a Parke (1951), kteří sice plně uznávají, že v nich komunitní výpomoc probíhala již řadu let, nicméně tvrdí, že doposud byl tento proces nereflektovaný a že až v poslední době si profesionálové i komunita začínají hlouběji uvědomovat potenciál dobrovolnictví a jeho důležitost. Autoři studie doslova mluví o „nadcházejícím věku“ dobrovolné participace členů komunity v programech pro duševně nemocné a dokonce o „nové éře dobrovolnictví“ (tamtéž, s. 602). Onou novinkou má být právě aktivní, cílené zapojení členů komunity do procesu léčby, čímž by se tito dobrovolníci de-facto stali součástí týmu v daném zařízení. Vybraní a speciálně školení dobrovolníci by měli především spoluvytvářet a udržovat zdravé vazby mezi pacienty a místní komunitou a nepřímo také ovlivňovat veřejné mínění o dané instituci. Jako vzor spolupráce uvádějí Fechner a Parke (1951) dobrovolnickou službu amerického Úřadu pro válečné veterány, která vznikla v roce 1946 a několik let poté koordinovala celonárodně již zhruba 20 tisíc dobrovolníků ve 34 převážně psychiatrických nemocnicích pro veterány.

Typické pro toto rané období „nové éry“ bylo, že se převážná většina aktivit dobrovolníků odehrávala přímo v areálech léčeben. Ross (1958) například identifikuje tři možné způsoby dobrovolné práce: poskytování volnočasových a kulturních aktivit či materiálních darů pacientům, pořádání přednášek či kurzů v určité oblasti „expertními“ dobrovolníky a konečně nově se objevující dobrovolnictví laiků bez jakékoliv specializace. Ti jsou vedeni k přátelskému individuálnímu setkávání s hospitalizovanými pacienty s cílem udržet je v kontaktu s komunitou. Jako největší problém při zapojování těchto laických dobrovolníků byla zjištěna ztráta zájmu o spolupráci, jejíž příčiny autor nachází v nedostatečně vyjasněných dobrovolnických rolích, nízké četnosti supervizí a hodnotících schůzek s koordinátory a v malém propojení se sociálními službami.

V následujících dekádách a zejména od konce 60. let 20. století se na Západě prosazuje proces tzv. deinstitucionalizace, pro který je charakteristické postupné snižování

počtu dlouhodobých psychiatrických lůžek, přesun akutních lůžek na specializovaná oddělení psychiatrických nebo místních všeobecných nemocnic, větší důraz na ambulantní léčbu (umožněnou mj. prudkým rozvojem psychofarmak), přesouvání těžiště péče do přirozeného prostředí pacienta, větší ohledy na autonomii a lidská práva pacientů a zapojení pestré škály komunitních služeb orientovaných jak medicínsky tak sociálně a zakládaných buď „shora“ různými vládními programy nebo „zdola“ samotnou komunitou (Foitová, 2009). Tento proces v různé intenzitě v jednotlivých zemích pokračuje dodnes.

Pestřejší nabídka programů péče a celkově větší emancipace komunitních hnutí přirozeně skýtá širší možnosti pro zapojení dobrovolníků, kteří se postupně stali nedílnou součástí řady služeb: krizových a poradenských center, služeb chráněného bydlení, následné péče, domů na půl cesty, denních stacionářů, svépomocných klubů, sociálně-integračních programů atd...¹ Jednotlivé organizace si vyhledávání a nábor vhodných dobrovolníků zajišťují buď samy nebo využívají služeb tzv. dobrovolnických center, která koordinují zájemce o dobrovolnou pomoc jak na lokální, tak i na širší národní úrovni. Uvedme několik příkladů z té doby: v roce 1962 byla založena největší britská dobrovolnická organizace Community Service Volunteers, roku 1973 vzniká americký (později mezinárodní) program Compeer koordinující dobrovolníky pro asistované přátelství s duševně nemocnými (viz kapitola 1.4), v 60. letech minulého století provozují kanadská dobrovolná centra zvaná „White Cross“ programy pro sociální rehabilitaci pacientů propuštěných z léčeben, roku 1966 vzniká dobrovolnická organizace Mental Health Ireland, od roku 1981 funguje Australská nadace pro duševní zdraví poskytující i národní dobrovolnický program, atd...

Nárůst počtu dobrovolníků v sektoru duševního zdraví za posledních 50 let je příznačně doprovázen také rostoucím zájmem o odborné psychologické zkoumání tohoto fenoménu. Souhrnná studie Hallettové, Kluga, Laubera a Priebeho (2012) nalézala celkem 14 odborných statí na téma dobrovolnictví v psychiatrii, z toho po jedné práci v 60. až 80. letech 20. století, 5 prací v letech 90. a celkem 6 v novém miléniu.

1.2.2 Vývoj dobrovolnictví v psychiatrické péči u nás

Viděli jsme, že k rozvoji dobrovolnictví v oblasti duševního zdraví po 2. sv. válce na Západě přispěly především dva faktory: vzednutí komunitních hnutí a organizací a státem garantovaná proměna systému psychiatrické péče. U nás byl poválečný vývoj obou těchto činitelů hluboce poznamenán obdobím komunismu.

Předně je u tohoto období obtížné hovořit o občanské společnosti, která by plnila funkci přirozeného podhoubí pro dobrovolné aktivity ve prospěch druhých, silná tradice

¹ Jak však podrobně popisuje Sherr (2008), přijetí dobrovolníků do náruče sociálních služeb nikdy zcela vřelé, neboť je z historických důvodů sociální pracovníci vnímali jako jistou konkurenci. Teprve v poslední době, poté, co se sociální práce jako profese již plně etablovala, sílí v její komunitě hlasy pro ještě daleko výraznější využití potenciálu dobrovolnictví.

prvorepublikových dobročinných organizací byla na půl století násilně přerušena (Tošner, 2002). Ojedinelá empirická studie dobrovolnictví před rokem 1989 (Pospíšilová, 2011) sice odmítá zjednodušující tezi, že by dobrovolná činnost u nás za komunismu prakticky neexistovala, nicméně ukazuje, že se manifestovala především ve státem podporovaných „zájmových“ aktivitách, v různých spolcích, oddílech a klubech sdružených pod tzv. Národní frontou. Na druhou stranu „vážné“ dobrovolnictví, coby organizovaný projev svobodné a solidární dobré vůle ve prospěch druhých, bylo v té době státem potlačeno a obnovuje se až po Sametové revoluci v rámci tzv. „nových“ organizací občanské společnosti (Pospíšilová, 2011; Frič a Pospíšilová, 2010). Obdobný osud stihl například i křesťanskou charitu, jež u nás udržovala historicky významnou tradici dobrovolné práce v oblasti zdravotní a sociální péče. Od 50. let 20. století byly charitní sociální služby postupně buď převáděny pod správu národních výborů nebo rovnou likvidovány. Koncem 60. let směla charita provozovat pouhou pětinu ze své původní lůžkové kapacity (Kopřiva, Havrdová a Horáková, 2004).

Psychiatrická péče byla u nás v předlistopadovém období soustředěna do velkých léčeben, psychiatrických oddělení nemocnic a psychiatrických ambulancí, do nichž byli pacienti přidělováni podle centrálně plánovaných spádových oblastí (Dragomirecká, 2010). Výzkum i léčba byly orientovány převážně medicínsky a exaktně biologicky, psychologický a zvláště sociální rozměr duševní nemoci byl odsunut do pozadí. Toto zúžené pojetí se u nás, na rozdíl od západních zemí, udrželo až do roku 1989 (Stojaspalová, 2011). Léčba měla paternalistický charakter, občané nebyli podporováni v přebírání zodpovědnosti za své zdraví, svépomocné organizace v té době neexistovaly (Dragomirecká, 2010). Prostor pro přizvání komunitních aktivit (včetně těch dobrovolnických) do léčebného procesu byl tudíž naprosto minimální².

Po revoluci se situace výrazným způsobem změnila, občanská společnost mohla najednou znovu svobodně hledat ztracenou identitu. Došlo k opětovnému a významnému rozvoji neziskového sektoru, řada spolků a sdružení byla obnovena a navázala na svou tradici z dob první republiky, vznikly tisíce neziskových organizací, jejichž fungování bylo často založeno na dobrovolné, nadšené, svépomocné práci řady lidí (Tošner, 2002). Roku 1998 vzniklo národní dobrovolnické centrum Hestia, ve větších městech pak desítky dalších regionálních. V roce 2002 byl schválen Zákon o dobrovolnické službě, který dobrovolnictví legitimizoval a nastolil podmínky, za kterých budou podpořeny státními dotacemi. Dle průzkumu agentury STEM v té době vykonávala dobrovolnou činnost v oblasti péče o zdraví 4% občanů a 11% tuto oblast podpořilo dárčovstvím (STEM/MARK, 2004a).

Po roce 1989 k nám také začal silněji pronikat trend změn v systému psychiatrické péče. V 90. letech na několika místech v republice vznikly zárodky komunitní péče (Praha,

2 Baštecká (2003, s. 68) uvádí ilustrativní bonmot nejmenovaného významného psychiatra té doby: „Kdo chce pracovat zdarma, je psychopat“.

Pardubice, Mladá Boleslav, aj.) kolem nichž byla budována mimonemocniční zařízení, zvláště denní stacionáře, chráněné dílny a bydlení. Od té doby však jejich další rozvoj stagnuje: komunitní služby trpí velmi nestabilním financováním, což jim znemožňuje vytvořit vzájemně propojenou síť péče spolupracující s lůžkovým sektorem, nové služby nevznikají (Foitová, 2009). K transformaci psychiatrické péče a výraznějšímu zapojení komunitních služeb tedy dodnes nedošlo, navíc se zdá, že jistou překážkou bránící její realizaci jsou postoje samotných psychiatrů. Šetření u 265 psychiatrů a praktických lékařů, zkoumající jejich názory na zavedení moderní koncepce psychiatrické péče, přineslo mj. následující nelichotivý poznatek (STEM/MARK, 2004b, s. 7):

Z analýzy informací [...] vyplývá, že přijetí koncepce odbornou psychiatrickou veřejností je spíše deklarované, než skutečné. Moderní prvky směřující k vyšší samostatnosti a sebedůvěře pacientů aktivně podporují a prosazují uvnitř psychiatrické odborné obce spíše jen osvícení a nadšení jednotlivci a většina ostatních tyto změny pouze pasivně chápe a přijímá jen do okamžiku, než začnou představovat nějakou konkrétní komplikaci nebo zátěž. [...] Zapojování rodiny a přirozeného zázemí pacientů do léčebného procesu je pro mnoho psychiatrů nepřijatelnou komplikací, která může jejich práci s pacientem spíše narušit.

Shrňme-li tedy zjištěná fakta, dospějeme k závěru, že dobrovolnictví sice s polistopadovým uvolněním poměrů ve společnosti dostalo mocný impuls k rozvoji, v porovnání s vyspělými zeměmi je však jeho rozsah v oblasti péče o duševně nemocné stále nedostatečný. Pro tuto oblast u nás také dosud neexistuje žádný národní dobrovolnický program, v rámci něž by byla prováděna osvěta, analyzovány specifické potřeby dobrovolníků a vytvářena funkční metodika jejich zapojování do jednotlivých typů institucí a služeb. Psychiatrická péče je ve velké míře stále izolovaná od přirozené komunity, její potenciál tak zůstává nevyužitý. Dobrovolníci se dnes sice běžně uplatňují v komunitních službách, avšak vinou chybějící restrukturalizace celého systému péče jejich využití za současným světovým trendem zaostává.

Zmiňme ještě, že vývoj v posledních měsících dává v tomto směru jistou novou naději: Ministerstvo zdravotnictví začátkem října 2012 informovalo o přípravě reformy psychiatrické péče s cílem „modernizovat celý systém a zvýšit kvalitu péče o pacienty“ a slibuje „posun k humánnímu a udržitelnému způsobu léčby poskytovanému v co největší míře v přirozené komunitě“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012a). Vstupní zpráva k tvorbě strategie této reformy sice možnost cílenějšího uplatnění dobrovolnictví přímo neuvádí, nicméně navrhuje prosazovat mj. tyto související principy: rehabilitační programy s cílem návratu pacienta do běžného života, rozvoj komunitních služeb a výraznější uplatňování multidisciplinarity v této oblasti péče, redukci sociální exkluze osob s duševním onemocněním (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012b).

1.3 Rozsah a formy dobrovolnictví v oblasti duševního zdraví v ČR

Zjistit rozsah dobrovolnictví v oblasti duševního zdraví u nás je obtížné, neboť k tomuto tématu doposud nebyla publikována žádná přesnější statistická data. Výzkumné práce v oblasti dobrovolnictví ani sociologické průzkumy explicitně neuvádějí počty dobrovolníků pracujících s touto konkrétní cílovou skupinou. Pro účely této práce tedy nezbývá než se omezit na více či méně hrubé odhady.

Frič a Pospíšilová (2010) zavádějí kategorii tzv. „nových servisních organizací“, do níž řadí organizace zaměřené na společensky obecně (tj. nikoliv vzájemně) prospěšné aktivity, tedy ty, jež působí v oblastech sociální a zdravotní péče, vzdělávání, humanitární pomoci a charity. V těch to typech institucí působí přibližně 6% občanů ČR starších 15 let, z nich však pouze zhruba jedna třetina pracuje v „první linii“, tj. přímo s klienty, ostatní působí v zázemí těchto organizací (administrativní výpomoc, funkcionáři apod.). Tento počet by v absolutních číslech odpovídal zhruba 180 tisícům dobrovolníků, ovšem je zjevné, že vzhledem k velmi širokému záběru těchto organizací nemá pro naše účely toto číslo velkou vypovídající hodnotu, poskytuje jen jakýsi velmi obecný přehled o počtu dobrovolníků v sociální oblasti.

O něco přesnější přiblížení nám může poskytnout nedávná studie *Dobrovolnictví v sociálních službách* (Lusková a Lusková, 2012), která uvádí, že z necelých 2000 poskytovatelů sociálních služeb obeslaných dotazníkem jich spolupráci s dobrovolníky deklaruje 685, tj. 35%, a je takto uplatněno přes 21 tisíc dobrovolníků, kteří odpracovali téměř 600 tisíc hodin (za rok 2011). Nejvíce služeb pracuje s jediným dobrovolníkem, vážený průměr se však pohybuje kolem 8 dobrovolníků na jednu organizaci (medián = 4). Vybereme-li konkrétní typy služeb obvykle zaměřených na cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním, získáme následující rozdělení počtu dobrovolníků:

typ služby	počet dobrovolníků
sociální rehabilitace	2 433
stacionáře (denní, týdenní)	1 187
domovy se zvláštním režimem	968
centra denních služeb	746
odborné sociální poradenství	677
sociálně terapeutické dílny	265
chráněná bydlení, podpora samostatného bydlení, domy na půl cesty	274
krizová pomoc	168
služby následné péče	49
celkem	6 767

Tabulka 1: Rozdělení počtu deklarovaných dobrovolníků podle druhu sociální služby

Při interpretaci údajů uvedených v této tabulce je však nutné mít opět na paměti, že zahrnují sociální služby pro všechny cílové skupiny, nikoliv jen pro ty zaměřené na klienty s duševním onemocněním. Reálný počet dobrovolníků v této cílové oblasti je tedy pouze jistým zlomkem z necelých sedmi tisíc takto identifikovaných občanů. Tabulka nám tak poskytuje poněkud přesnější horní odhad počtu a základní představu o relativním rozvrstvení dobrovolníků v jednotlivých druzích sociálních služeb.

Pro potřeby této práce jsme se pokusili o ještě přesnější určení počtu a uplatnění dobrovolníků, a to postupem „zdola“, tj. výběrem konkrétních organizací, které se ve větší míře zaměřují na duševně nemocné klienty a dohledáním informací o tom, zda využívají i dobrovolníky. Komplexní varianta tohoto postupu by spočívala v analýze všech organizací uvedených v Registru poskytovatelů sociálních služeb³, avšak ta dalece přesahuje možnosti této práce, neboť jen pro cílovou skupinu „osob s chronickým duševním onemocněním“ je v této databázi vedeno celkem 858 služeb poskytovaných 453 různými organizacemi (k datu 10. 3. 2013). Při bližším prozkoumání tohoto seznamu navíc vychází najevo, že valná většina z těchto organizací není přímo zaměřena na duševně nemocné, ale má cílovou skupinu definovanou obecněji, např. jen všeobecných domovů pro seniory je zde kolem 100, obdobný je i počet obecných sociálních služeb v různých městech.

Organizace byly proto nakonec identifikovány sloučením několika jiných zdrojů: 1) *Adresáře služeb pro lidi s duševním onemocněním v ČR* (VIDA, 2011; VIDA, 2009), který uvádí nejvýznamnější služby působící v této oblasti, 2) adresáře komunitních služeb pro duševně nemocné v ČR vedeného Asociací komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví⁴ a 3) seznamu dobrovolnických projektů akreditovaných v rámci Zákona č. 198/2002 Sb. o dobrovolnické službě⁵, z nějž byly vybrány všechny organizace s aktuálně platnou akreditací (tj. od počátku roku 2010), které v popisu projektu zmiňují některou z variant slov „duševní onemocnění“⁶. Celkem bylo takto identifikováno 71 relevantních organizací.

Tyto organizace byly posléze, pro zjištění faktu, zda spolupracují s dobrovolníky či nikoliv, manuálně porovnány s *Adresářem sociálních služeb vykazujících dobrovolníky*, jenž tvoří přílohu 6.2 studie Luskové a Luskové (2012). Touto metodou bylo zjištěno celkem 40 organizací využívajících dobrovolnou sílu pro práci s duševně nemocnými (viz přehlednou tabulku v Příloze D). 12 z nich (tj. 30%) je aktuálně akreditována Ministerstvem vnitra ČR dle zákona o dobrovolnické službě a mohou tedy na své dobrovolnické projekty získat státní dotaci. Organizace poskytují nejčastěji služby sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny, centra denních aktivit, chráněná bydlení a poradenství.

3 Registr dostupný online na <http://iregistr.mpsv.cz>.

4 Adresář dostupný online na <http://www.askos.cz/adresar.htm>.

5 Seznam dostupný online na <http://www.mvcr.cz/clanek/seznam-akreditovanych-projektu.aspx>.

6 Všechny uvedené online zdroje jsou relevantní k datu 3. 3. 2013.

Realizace posledního kroku, tj. dohledání počtu dobrovolníků a jejich uplatnění v identifikovaných organizacích, bohužel opět narazila na chybějící či nejednoznačné údaje ve veřejně dostupných zdrojích. Po prozkoumání posledních výročních zpráv a informací na webových stránkách většiny organizací bylo nutné konstatovat, že organizace informace o počtu zapojených dobrovolníků buď neuvádějí vůbec nebo často jen v souhrnné formě pro více cílových skupin dohromady. Takto získaná data by tedy měla opět jen velmi malou vypovídající hodnotu.

Pro konečný kvalifikovaný odhad bylo nakonec využito průměrného počtu osmi dobrovolníků na jednu organizaci poskytující sociální službu, který byl zjištěn ve studii Luskové a Luskové (2012). Vynásobíme-li počet organizací (40) tímto průměrem, dostáváme se k číslu 320 dobrovolníků. Za předpokladu, že počet všech organizací s dobrovolníky je ve skutečnosti vyšší než ten námi identifikovaný, můžeme reálný počet dobrovolníků pracujících u nás s duševně nemocnými lidmi odhadnout na několik set, pravděpodobně však méně než tisíc (tj. do 5% podílu všech dobrovolníků v sociálních službách).

Jaké druhy činností vykonávají dobrovolníci s duševně nemocnými lidmi? Dostupné zdroje (výroční zprávy a webové stránky jednotlivých organizací) zmiňují nejčastěji tyto aktivity: výuka a vedení různých vzdělávacích kurzů, vyplňování volného času klientům, nácvik samostatných činností (vaření, domácí práce), procházky, výpomoc v chodu domácnosti a v chráněném bydlení, docházení k lůžku pacientů, tzv. asistované přátelství (viz kapitola 1.4), spolupořádání společenských akcí (výlety, kulturní akce), administrativní práce, firemní dobrovolnictví (jednorázové dobrovolné akce věnované zaměstnanci nějaké konkrétní firmy, typicky opravy a zvelebování sídla organizace) a svépomocné aktivity.

Analýze veřejných zdrojů a pokusům o přesné určení počtu a uplatnění dobrovolníků s duševně nemocnými lidmi jsme záměrně věnovali poměrně velký prostor, jelikož jsme chtěli lépe poukázat na dvě souvislosti: za prvé je velmi obtížné o této oblasti získat přesná data, neboť ta veřejně dostupná jsou buď příliš obecná nebo nedostatečně spolehlivá. Za druhé je pravděpodobné, že za vyspělými zeměmi co do počtu dobrovolníků pracujících v této oblasti stále poněkud zaostáváme. Např. jedna z hlavních amerických celonárodních organizací v oblasti duševního zdraví, National Alliance on Mental Illness (NAMI), která je převážně dobrovolnická, deklaruje kolem 200 tisíc členů (NAMI, n. d.), což je samo o sobě po přepočtu na velikost populací cca 7x více než náš horní odhad (tisíc dobrovolníků).

V dalším textu se ze všech forem dobrovolnictví soustředíme především na jednu – na tzv. asistované přátelství, neboť právě tento druh dobrovolné činnosti bude předmětem výzkumné části práce. Důvody pro zvolení této formy pro náš výzkum budou zřejmější poté, co si asistované přátelství stručně představíme (viz také kapitola 3).

1.4 Befriending – asistované přátelství

Jednou z široce využívaných specifických forem dobrovolnictví s duševně nemocnými lidmi je v současnosti to, čemu se v anglosaské literatuře říká *befriending*. Český překlad zatím není ustálený, v našich končinách se objevují sousloví jako „asistované přátelství“, „přátelská pomoc“ či „nápomoc“.⁷ Inspirací pro vznik programů asistovaného přátelství byla opakovaná zjištění, jak zásadním způsobem bývá poznamenán společenský život lidí s chronickým duševním onemocněním. Tito lidé velmi často čelí izolaci, pocitům osamělosti, stigmatizaci, sociální exkluzi a nedostatku příležitostí k uplatnění sebe sama, což často vede mj. k dalším potížím při navazování a udržování sociálních vztahů a nastává tak jakýsi bludný kruh sociálního vyloučení (pro podrobnější shrnutí viz např. Bradshaw & Haddocková, 1998). Asistované přátelství se těmto negativním jevům snaží předcházet nebo je zmírnit.

1.4.1 Stručná charakteristika programů asistovaného přátelství

Těžiště asistovaného přátelství spočívá v individualizovaném setkávání mezi dobrovolníkem a klientem. Toto setkávání bývá laické, neformální, pravidelné a dlouhodobé, aby podporovalo rozvoj bezpečného a přátelského vztahu mezi členy dvojice. Jde o jakési záměrné přátelství, jehož vznik, průběh a případné ukončení jsou zastřešeny dobrovolnickou organizací. Ta nejprve zajistí výběr a krátké školení dobrovolníků, poté vytipuje vhodné dvojice na základě screeningu potřeb klientů a očekávání dobrovolníků a následně vztah monitoruje a podporuje konzultacemi, supervizemi, hodnotícími schůzkami a společnými aktivitami.

Vztah bývá nastaven rovnovážně – dobrovolník většinou nevystupuje v žádné „expertní“ roli, ani jako „rádce“ či „zkušenější průvodce“ (jako tomu bývá např. v programu Pět P), stejně tak se jeho pomoc nedá označit za asistenční službu. Hlavní „přidanou hodnotou“ dobrovolníka je jeho přirozené ukotvení v síti sociálních vztahů a ochota sdílet svou schopnost vyhledávat a pěstovat různé aktivity a vztahy s lidmi. Náplň setkávání dvojice sice vychází především z potřeb klienta (případně formalizovaných do zakázky klienta), přihlíží však také zájmům dobrovolníka. Obecným úkolem dvojice je prostě být spolu a trávit společně neformálním způsobem čas. Většinou se dvojice realizují při volnočasových, kulturních a sportovních aktivitách, jindy dobrovolník naplňuje klientovy specifitější potřeby (doučování, apod.). Není vzácností, že se vztah postupně rozvine a získá kvality reálného přátelství, dobrovolník se pak klientovi stává oporou i v těžkých časech, např. při zhoršení příznaků nemoci či hospitalizaci.

Nejsilnější tradici má asistované přátelství v USA, kde již v roce 1973 vznikl program *Compeer*, který se později rozšířil i do Kanady, Austrálie a Holandska a celosvětově dnes

⁷ V tomto textu budeme první dvě české varianty volně zaměňovat, tu třetí považujeme v našem kontextu za méně vhodnou. Doplňme ještě, že v anglické literatuře se také lze setkat s ekvivalenty „supported socialization“, „supported friendship“ a „intentional friendship“.

zajišťuje pomoc více než 6000 klientům s duševním onemocněním. Podrobnější charakteristiky programů asistovaného přátelství lze nalézt např. v těchto textech: Montclaireová (2011), McCorkle, Dunnová, Yu Mui & Gagneová (2009), Tombsová, Stowers, Fairbanková & Akrillová (2003), Skirbollová (1994), Skirbollová & Pavelsky (1984); jednotlivé programy se vzájemně liší v některých detailech, podstata všech zde popisovaných služeb je však shodná.

1.4.2 Projekt Dobroduš

V České Republice je služba dobrovolného asistovaného přátelství zajišťovaná především v rámci projektu *Dobroduš*, který je zastřešen stejnojmennou službou následné péče, jednou ze sociálních služeb spadajících pod Diakonii ČCE - Středisko křesťanské pomoci v Praze.⁸ Donedávna byla tato služba jediným projektem tohoto typu u nás, od roku 2012 však vzniká obdobná aktivita zaštiťovaná občanskou společností Fokus Mladá Boleslav (Koišová, 2012). Ve zbylých regionech ČR je bohužel tento model dobrovolné pomoci lidem s duševním onemocněním v současné době nedostupný.

Služba Dobroduš vznikla jako pilotní projekt v roce 2005 a v následujícím roce bylo sestaveno prvních 12 dvojic. Tento počet se postupně zvyšoval na současných cca 30 průběžně koordinovaných dvojic klient – dobrovolník. Kromě dobrovolnického programu Dobroduš klientům poskytuje také poradenství, základní krizovou pomoc, individuální případovou práci a další služby. V roce 2011 využilo některou ze služeb Dobroduše celkem 43 klientů a evidováno bylo dalších 32 zájemců (Diakonie ČCE, 2012).

Do služby jsou jako klienti přijímáni lidé s chronickým duševním onemocněním starší 18 let, jejichž stav umožňuje komunikaci a spolupráci. Z hlediska diagnóz se zpravidla jedná o psychotické, schizoafektivní či úzkostné poruchy. Podmínky služby vyžadují, aby klienti byli v pravidelném kontaktu se svým psychiatrem a získali od něj formální doporučení. Klienti by měli být zdravotně stabilizovaní a neměli by vykazovat závažné akutní příznaky nemoci ani známky agresivity či závislosti na návykových látkách.

Dobrovolníci přijímaní do programu asistovaného přátelství Dobroduše jsou starší 20 let a musí projít vstupním rozhovorem a dvoudenním školením. Vyjma zaškolení není vyžadována žádná odbornost či předchozí zkušenost s cílovou skupinou. Následně je na základě maximální shody potřeb a preferencí obou členů ustavena dvojice dobrovolník – klient. Tito se pak scházejí a tráví společně čas v rozsahu zhruba 6-10 hodin měsíčně. Dobrovolník je ke spolupráci vázán průběžně obnovovanou půlroční smlouvou, maximální celková délka spolupráce konkrétní dvojice je nastavena na dva roky, což má předcházet

8 Vzhledem k nedostatku oficiálních dokumentů popisujících projekt Dobroduš jsou informace uvedené v této sekci kompilátem z webu Dobroduše (<http://www.dobrodus.cz>), textu na webu Diakonie ČCE (<http://www.skp.diakonie.cz/nase-sluzby/sluzba-nasledne-pece-dobrodus/>) a případných dalších zdrojů uvedených přímo v textu.

potenciálnímu vzniku přílišné závislosti klienta na daném dobrovolníkovi. Vývoj vztahu ve dvojici je pak službou Dobroduš poměrně detailně monitorován: pravidelně každé 3 měsíce jsou pořádány společné schůzky s dvojicí, na kterých jsou stanovovány individuální cíle pro další období a je hodnoceno to uplynulé. Dobrovolníci dále organizaci posílají stručné zápisy z průběhu schůzek a jsou motivováni k tomu, aby se jednou měsíčně účastnili skupinové supervize vedené profesionálem z oblasti psychiatrie. Organizace také pořádá různé neformální akce společné pro všechny dobrovolníky i klienty.

V dalším textu obrátíme pozornost k závěrům získaným z výzkumů asistovaného přátelství, a to z pohledu klientů a zejména dobrovolníků. Originální české výzkumy jsou vzhledem k jedinečnosti služby velmi vzácné a jsou orientovány především na problematiku sociální práce (Eliášová, 2011; Košnerová, 2012), proto se dále soustředíme především na zahraniční výzkumy ekvivalentních dobrovolnických programů ve světě.

1.4.3 Asistované přátelství z pohledu klientů

Podívejme se nyní nejprve na to, jaké objektivně měřitelné přínosy má asistované přátelství pro klienty s duševním onemocněním. Dosud patrně nejrozsáhlejší výzkum na toto téma provedli Davidson, Shahar, Stayner, Chinman, Rakfeldt & Tebes (2004), kteří vyhodnocovali řadu psychologických škál zaměřených např. na psychiatrické symptomy, depresivitu, sociální fungování (social functioning), sebeúctu (self-esteem) a celkovou spokojenost s životem (well-being). Výzkumný vzorek ($M = 95$) sledovali po dobu 9 měsíců a výsledky porovnávali s kontrolní skupinou ($N = 70$), která po dobu studie dostávala pouze určitý finanční obnos na „společenské výdaje“. Statisticky významné zlepšení oproti kontrolní skupině našli autoři u škály sociálního fungování, přínosy však byly velmi silně závislé na intenzitě a pravidelnosti kontaktu s dobrovolníkem. Pokud se dvojice scházela pouze občasně, k průkaznému zlepšení nedošlo. U některých dalších parametrů (sebeúcta a celková spokojenost s životem) došlo ke zlepšení jak ve sledované, tak i kontrolní skupině (bez statisticky významného rozdílu mezi nimi), což autoři připisují tomu, že v jejich výzkumu de-facto nešlo o čistou kontrolní skupinu, neboť její členové byli také zapojeni, třebaže pouze finančně, a využívali tento příjem k delšímu a bohatšímu trávení času se svými blízkými.

K podobným závěrům dochází i práce McCorkleho, Rogersové, Dunnové, Lyassové a Yu Mui (2008), která během 6 resp. 12 měsíců nachází u příjemců služby Compeer výrazné zlepšení u indexu sociální podpory a méně výrazné u obecné životní spokojenosti (kontrolní skupinou byli zájemci o stejnou službu zařazení na seznam čekatelů). Naproti tomu na škále psychiatrických symptomů ke zlepšení nedošlo. Pokud však autoři provedli stejnou analýzu u podskupiny s nejvýraznějším zlepšením v indexu sociální podpory, našli významný pozitivní posun i parametru well-being a zároveň ústup psychiatrických symptomů. Tento

závěr napovídá, že někteří klienti, kteří dokáží využít asistovaného přátelství k budování své vlastní sítě sociální podpory, zažívají následně i jistou úlevu od příznaků svého onemocnění. Důležité je také zjištění, že se tyto efekty projevují poměrně pomalu: po 6 měsících je lze rozlišit jen obtížně, plně se rozvíjejí až po roce spolupráce mezi dobrovolníkem a klientem, což koreluje s průběžně se zvyšujícím subjektivním vnímáním hloubky a intimity vztahu jednotlivými dvojicemi.

Nastíněný obrázek o prospěšnosti služby asistovaného přátelství dále doplňují kvalitativní výzkumy (Bradshaw a Haddocková, 1998; McCorkle, Dunnová, Yu Mui a Gagneová, 2009; Mitchellová a Pistrangová, 2011; Montclairiová, 2011).⁹ Respondenti z řad klientů ve všech studiích tuto službu vnímali pozitivně a oceňovali možnost potkávat se a neformálně si povídat s novým člověkem, někým mimo kontext své rodiny či institucí psychiatrické péče. Uváděli také větší jistotu v sociálních situacích a obecně vyšší energii a zájem o kontakt s lidmi kolem sebe (Montclairiová, 2011; Bradshaw & Haddocková, 1998). Asistované přátelství jim umožnilo zažít větší pocity důvěry, intimity a péče, což často vedlo k ochotnějším sdílení vlastních prožitků. Vztah ve dvojicích se v průběhu času výrazně proměňoval: zpočátku šlo ze strany klienta spíše o pasivní přijímání praktické pomoci v konkrétních potřebách a situacích, po delší době (typicky po prvním či druhém roce spolupráce) se však vztah často vyrovnal a změnil v oboustranně laskavé a upřímné pouto dvou lidí, někdy explicitně označované jako „opravdové přátelství“ (McCorkle *et al.*, 2009)¹⁰. Tato studie tedy také potvrzuje důležitost dlouhodobé spolupráce a doporučuje programům delší závazek co nejvíce podporovat.

Podle Mitchellové a Pistrangové (2011) se vztah nejlépe rozvinul u těch dvojic, u kterých panovala atmosféra empatie, bezpečí a přijetí, dařilo se na věci podívat z nové perspektivy a dát jim nové významy, a kde byla podporována změna, např. při společných aktivitách. Jak autorky zdůrazňují, jsou to tytéž kvality, které v obecném smyslu platí pro jakoukoliv psychologickou pomoc, včetně té profesionální, na rozdíl od ní má však asistované přátelství mnohem více vzájemný, oboustranný charakter. McCorkle *et al.* (2009) dospěli k poněkud prozaičtějším katalyzátorům dobrého vztahu z pohledu klientů: podobné zájmy a společné zázemí obou členů dvojice, nevelká vzdálenost od bydliště. Klienti také oceňovali, pokud měl dobrovolník sám nějakou zkušenost s duševní nemocí.

Negativa podporovaného přátelství byla klienty zmiňována poměrně vzácně. Kromě běžných drobných neshod v preferenci koníčků a společných aktivit si někteří klienti nepříjemným způsobem uvědomovali své onemocnění omezené možnosti ve srovnání

9 Již jsme uvedli, že výzkum v českém prostředí je v této oblasti minimální. Pro základní představu však lze zmínit drobné ilustrativní příběhy „typických“ klientů služby Dobroduš (Eliášová, 2008; Diakonie ČCE, 2012) a náznaky o zkvalitnění života klientů Dobroduše v práci Eliášové (2011).

10 Jak však McCorkle a kol. uvádějí v diskusi, pro jejich studii byly rekrutovány především úspěšné, dobře spolupracující dvojice, tyto pokročilé přínosy podporovaného přátelství tedy nelze očekávat u všech dvojic a autoři apelují na organizace, aby pro konkrétní dvojice vytvářely *realistické* cíle.

svými „zdravými“ společníky, jiní nelibě pociťovali jistou závislost na dobrovolníkovi, časté naproti tomu byly obavy klientů z budoucnosti po ukončení vztahu (McCorkle *et al.*, 2009).

1.4.4 Asistované přátelství z pohledu dobrovolníků

Výzkumná část této práce se zabývá dobrovolníky v asistovaném přátelství, je proto důležité zastavit se také u jejich pohledu na tuto aktivitu. Výzkumů zaměřených na dobrovolníky v této oblasti je poněkud méně, průřezová metaanalýza Hallettové, Kluga, Laubera a Priebeho (2012) nachází celkem 6 studií, většina z nich se však omezuje spíše na popis dané služby a procesu zapojení dobrovolníků než na jejich zkušenosti.

Zmiňme nejprve motivaci dobrovolníků. Studie Montclairéové (2011) odhaluje dvě hlavní skupiny motivací: touhu dát něco ze sebe a pomoci tak komunitě a potřebu uplatnit či rozvinout vlastní porozumění a zkušenost s duševním onemocněním v případě, že s ním dříve přišli do kontaktu buď sami nebo skrze své blízké.

Zážitky 12 dobrovolníků z programu Compeer podrobně analyzovala práce McCorkleho, Dunnové, Yu Mui a Gagneové (2009). Všichni respondenti uvedli, že je pro ně tato zkušenost také přínosná, vyjadřovali pocit, že víc dostávají než dávají. Nejčastějším zmiňovaným přínosem bylo získání nového přítele, přičemž se tento pocit opět rozvíjel v čase, podobně jako u klientů: v prvních měsících dobrovolníci uváděli hlavně praktické výhody setkávání, např. získání společníka pro různé aktivity či možnost učit se „neopravovat“ život druhých lidí. Někdy v průběhu druhého roku spolupráce pak začali mluvit o vyšších kvalitách vztahu a používali přitom označení typu „dobrý/blízký přítel“, „hluboké přátelství“, přestože občas stále přijímali roli pečujícího pomocníka. Velká část dobrovolníků oceňovala možnost otevřeného a upřímného hovoru se svými klienty, někteří však obtížněji hledali rovnováhu mezi otevíráním se a rizikem zahlcení klienta.

Dobrovolníci také velmi často uváděli dobrý pocit z pomáhání druhému, případně také z toho, že mohou sledovat, jak se jejich společníci postupně mění. Někteří dobrovolníci zmiňovali také pocit vlastního seberozvoje, uspokojení z lepšího porozumění duševním nemocem a systému psychiatrické péče či rozšíření obzorů o aktivity, ke kterým by se sami nedostali (McCorkle *et al.*, 2009). Montclairéová (2011) popisuje shodné zkušenosti a navíc přidává dobrý pocit některých dobrovolníků z toho, že se stali tolerantnější, trpělivější, což se projevilo i v jejich osobním životě. Někteří další si také užívali možnost zpomalit, relaxovat a prožívat obyčejné radosti v jejich jinak uspěchaném životě.

Asistované přátelství s sebou pro dobrovolníky nese také jisté zápory, ty však bývají vnímány jako méně významné než přínosy. Dobrovolníci v rámci výzkumů McCorkleho *et al.* (2009) a Montclairéové (2011) zmiňovali nejčastěji tato negativa: nedostatek času na ostatní aktivity, občasný pocit, že jde spíše o povinnost než o něco, co mě baví, nedodržování dohod ze strany klienta (např. místa a časy schůzek), rigidnost činností s klientem (někteří klienti požadovali pouze jediný druh společné aktivity, např. sledování

filmů) či pocity využívání klientem (časté odvážení klienta autem podle jeho potřeb). Někteří dobrovolníci také naráželi na problémy s nastavením hranic ve vztahu či v otázce důvěrnosti, např. při náhodném setkání s někým ze svého okolí během schůzek. Obtížné bylo pro dobrovolníky také ukončování vztahu se svým klientem – měli obavy ze závislosti klientů – a obecně bylo toto období spojené s úzkostí u obou členů dvojice (Mitchellová a Pistrangová, 2011). Z finančního hlediska se dobrovolnictví jako problém neukázalo, zahraniční programy (stejně jako projekt Dobroduš) doporučují rovnoměrné rozdělení nákladů mezi klientem a dobrovolníkem a dvojice obvykle vyhledávají finančně nenáročné aktivity (McCorkle *et al.*, 2009).

Dobrovolníci se také během setkávání dvojic museli vyrovnat s vlastními negativními předsudky o lidech s duševním onemocněním, což ale zároveň oceňovali jako příležitost k růstu (McCorkle, *et al.*, 2009). Tomuto jevu se podrobněji věnují Coutureová a Penn (2006), kteří po půlroční spolupráci dvojic ($N = 36$) zjišťují jen velmi mírné zvýšení skóre na škále afektivních postojů u dobrovolníků (tj. posun směrem k pozitivním postojům) a jistou korelaci s těsností vztahu dvojice, ovšem problémem této studie je, že 6 měsíců je zřejmě příliš krátká doba na to, aby se změny v afektivitě vůči duševně nemocným lidem projevíly výrazněji. Potvrzuje to ostatně i výzkum kohorty 72 dobrovolníků programu Compeer provedený Saccaovou a Ryanem (2011), který sice nenachází přímou korelaci mezi délkou asistovaného přátelství a škálami zaměřenými na předsudečné postoje, jasnější vztah však autoři nacházejí k těsnosti vztahu ve dvojici, což je veličina, která statisticky významně roste s délkou spolupráce (porovnávány byly v tomto ohledu tři množiny dvojic: „mladší“ než 1 rok, mezi 1 a 2 lety a „starší“ než 2 roky). Autoři tak odhalují, že zmírnění předsudků u dobrovolníků nesouvisí jednoduše s délkou vztahu, ale spíše s jeho kvalitou – postupně a dlouhodobě budovanou hloubkou vztahu mezi klientem a dobrovolníkem.

Na opačný úhel pohledu, tj. zda dobrovolníci v souvislosti se svou angažovaností v asistovaném přátelství zažívají nějaké předsudečné reakce, se podíváme v kapitole 2.5.

Z hlediska vysokého školství přináší poučné a specifické závěry pokusy o zapojení studentů psychologie do programů asistovaného přátelství. Tombsová, Stowers, Fairbanková a Akrillová (2003) uvádějí, že dobrovolníci z programu v britském Leicesteru, rekrutovaní výhradně z řad mladších studentů psychologie na tamějších vysokých školách, měli problémy s vyvažováním mezi „obyčejným“ lidským přátelstvím s klientem a svými vlastními sklony k „terapeutizování“ či uplatňování psychologických teorií. Jak dále zjistili Bizubová a Davidson (2011), kteří v rámci speciálního semináře o prožitcích lidí s duševním nemocí přiměli studenty vyšších ročníků psychologie zapojit se (pro zápočet povinně) do programu Compeer, ani tito studenti se nevyhnuli úzkosti a strachu z nepředvídatelnosti a potenciální agresivity klientů, se kterými se měli začít scházet. Po několika měsících však tíž studenti vztah popisovali vesměs jako nenucený, úzkosti i obavy zmizely a přátelství jim umožnilo postupně své partnery ve dvojici vnímat nikoliv prizmatem duševní choroby,

ale mnohem lidštěji. Na základě těchto pilotních zjištění autoři doporučují podporovat podobné programy u všech studenty, kteří později přijdou profesně do kontaktu s lidmi s duševním onemocněním, jak v psychologických, tak medicínských oborech studia.

Závěrem zmiňme, že s nastavením samotného programu asistovaného přátelství bývají dobrovolníci většinou spokojeni a oceňují podporu a vedení ze strany organizace v případech, kdy se vyskytnou nějaké potíže, pomocí konzultací, supervize a společných schůzek (McCorkle *et al.*, 2009).

2 Stigma duševního onemocnění

Stejně jako dobrovolnictví, kterému jsme se věnovali v minulé kapitole, představuje i stigma velmi široký koncept, který zahrnuje různé kognitivní, afektivní i sociální aspekty a jež s rovnocenným přínosem zkoumají především dva vzájemně se prolínající proudy poznání – psychologický a sociologický. Oproti dobrovolnictví je však téma stigmatu, včetně toho spojeného s duševním onemocněním, mnohem lépe zakotveno v odborné literatuře a zájem jeho zkoumání stále roste. Za posledních 50 let, tj. od doby, kdy Erving Goffman vydal svou průkopnickou mikrosociologickou studii stigmatu (Goffman, 1963/2003), počty publikací o stigmatu exponenciálně rostou a dle databáze PsycINFO aktuálně dosahují kolem 10 000 vědeckých prací, přičemž tři čtvrtiny z nich přibyly v posledním desetiletí (Bos, Pryor, Reeder a Stutterheimová, in press).

2.1 Definice stigmatu

Slovo „*stigma*“ známe od dob starých Řeků, kteří jím označovali symbol vyřezaný či vypálený na těla zločinců, otroků a zrádců pro jednoznačnou identifikaci toho, že jsou nějakým způsobem morálně špatní a nečistí, a jako znamení pro ostatní, aby se jim mohli snáze vyhnout (Goffman, 1963/2003). V dnešním pojetí stigma chápeme nejen v tělesném smyslu, ale jako libovolný atribut, který vede ke společenské diskreditaci, poskvrnění, neboli slovy Goffmana k „narušené sociální identitě“ jeho nositele. Při rozpoznání takového „znamení hanby“ stigmatizující okolí přestává daného člověka vidět v jeho celistvosti, vnímá jej pouze redukovaně jako „osobu poskvrněnou, jejíž hodnota klesla“ (tamtéž, s. 10).

Jistou daní za multidisciplinaritu a pestrost výzkumu věnujícího se stigmatu je, že definic stigmatu se v literatuře objevuje dlouhá řada s různě se překrývajícími významy. Obecně však lze vypožorovat, že většina z definic zahrnuje dvě základní složky: rozpoznání odlišnosti u druhého člověka nebo skupiny a znehodnocení této odlišnosti (Dovidio, Majorová a Crockerová, 2000). V širším smyslu tedy stigma poněkud přesahuje svůj prvotní význam atributu a představuje spíše celý komplex různých fenoménů souvisejících s devalvací rozpoznané odlišnosti.

Často je v definicích zmiňována také sociální podstata stigmatu a nověji také její dynamická a kontextuální kvalita. Tím se má zdůraznit, že stigma není součástí svého nositele, nýbrž jde o dynamický sociální konstrukt, vztahově přisouzená *nálepka* (label)¹, která se projevuje v určitém sociálním a situačním kontextu a nikoliv nutně také v jiných kontextech či dobách. Stigmatizace však na druhou stranu není pouhým situačním

¹ O vhodnosti preferovat termín „nálepka“ místo slov „znak“ či „atribut“, jež nesprávně navádějí k dojmu, že jde o vlastnosti jejich „nositele“ a nikoliv o produkt sociálních procesů, více pojednávají např. Link a Phelanová (2001).

interpersonálním procesem dvou jedinců, neboť je výrazně ovlivněna také širším kulturním kontextem a společensky uznávanými hodnotami a ideologiemi (Dovidio *et al.*, 2000).

Goffman (1963/2003) rozlišuje tři základní typy stigmat: tělesné vady (tělesné postižení, nevidomost, vrozené vady, atd.), vady charakteru (duševní poruchy, uvěznění, nezaměstnanost, homosexualita) a kmenová stigmata (rasa, národnost, etnicita, náboženství). Výzkum Jonese a kolegů (1984, in Dovidio *et al.*, 2000) dále odhalil celkem 6 základních dimenzí stigmatu: zatajitelnost (zjevná rozpoznatelnost atributu), původ (zda byl atribut získán vyšší mocí či z vlastní nedbalosti), vnímaná nebezpečnost (např. riziko přenosu choroby vnímané okolím), schopnost narušit tok běžných sociálních interakcí (např. u koktavosti), subjektivně vnímaná estetičnost znaku a očekávaný trend jeho dalšího vývoje, přičemž se v empirických výzkumech jako nejdůležitější pro rozsah a kvalitu stigmatizující reakce ukazují první tři dimenze.

2.2 Související pojmy: deviace, stereotypy, předsudky a diskriminace

Než pokročíme dále, zastavme se na chvíli u několika pojmů, které se stigmatem souvisejí či se s ním přímo více či méně kryjí. Prvním z nich je *deviace*, čili určitá odchylka od domnělého standardu. Jak argumentují Dovidio *et al.* (2000), deviace je v původním smyslu, na rozdíl od stigmatu, hodnotově neutrální, tedy nikoliv nutně negativní či diskreditující. Především však ani negativně vnímaná odchylka není stigmatem, pokud zároveň není zneužita k usuzování o *celkové identitě* jejího nositele. Stigma tedy vnímání a hodnocení deviací zahrnuje, je však více než to.

Dalšími pojmy příbuznými se stigmatem jsou stereotypy, předsudky a diskriminace, které podle některých sociálních psychologů dohromady tvoří tzv. sociálně-kognitivní model stigmatu. Tento model popisuje, jakým způsobem jsou stigmatizační procesy vytvářeny a udržovány, a to na individuální psychické rovině jednotlivce (Corrigan, Kerrová a Knudsenová, 2005).

Stereotypy jsou představy naučené a udržované majoritou, tj. většinou členů nějaké sociální skupiny, které slouží ke kategorizaci povědomí o jiných skupinách. Jsou to soubory kolektivních názorů a představ o skupinách lidí, které částečně působí předvědomě a při kontaktu s jejími členy tak umožňují velmi rychlou tvorbu dojmů a očekávání. Tím nám usnadňují orientaci v obrovském množství každodenních sociálních interakcí a uvolňují kapacitu pozornosti pro jiné potřeby, daní za to však je určitá rezignace na vnímání individuálních rozdílů. Obvyklé stereotypy o lidech s duševním onemocněním poukazují na jejich domnělou nebezpečnost, nekompetentnost či charakterovou slabost (Corrigan *et al.*, 2005; Link a Phelanová, 2001).

Ne každému stereotypu však věříme, to teprve souhlas s jeho (typicky negativní) hodnotící složkou vytváří předsudek. *Předsudky* jsou chybná přesvědčení, ideologické

konstrukty založené na stereotypizaci a přílišném zjednodušení, které vedou k silným emočním reakcím, nejčastěji strachu či hněvu. Oproti stereotypům mají tedy předsudky jak kognitivní tak i afektivní podstatu (Corrigan *et al.*, 2005; Link a Phelanová, 2001). Mezi termíny předsudek a stigma je velký významový překryv, nejde však o synonyma, neboť zatímco u stigmatu jsou podstatné reakce na určitou negativně vnímanou odchylku, u předsudků deviace nutně hrát roli nemusí. Předsudky se naopak mohou týkat i vzájemně si podobných skupin, z nichž žádná nijak „nevyčnívá“ (Bos *et al.*, in press). Nejčastější emoční reakcí ve spojitosti s lidmi s duševním onemocněním bývá strach a nedůvěra (Švabová, 2011).

Chování, které je motivováno předsudky, se nazývá *diskriminace*. Diskriminace je tedy behaviorální reakcí na určité předsudečné přesvědčení. Je-li základní emocí spojenou s předsudkem hněv, může to vést k nepřátelskému chování, buď v otevřené formě (fyzické a slovní útoky) nebo skrytě (např. odepření adekvátní péče či uvěznění duševně nemocných pacientů místo jejich léčby). Častější jsou však spíše předsudečné pocity strachu, na něž je typickou reakcí vyhýbání se lidem s duševní nemocí, či různé formy jejich opomíjení (Corrigan *et al.*, 2005; Švabová, 2011). Diskriminace opět velmi úzce souvisí s tématem stigmatu, přičemž se soustřeďuje se na jeho behaviorální složku, na druhou stranu však obecně neplatí, že by každé diskriminující chování bylo důsledkem předsudečných postojů, příkladem může být diskriminující chování jako akt podřízení se autoritě (blíže viz např. Pechová, 2007).

Okomentujme ještě krátce další související termín, *stigmatizaci*, která se objevuje v názvu této práce a jež se dotýká především *procesu tvorby* stigmatizujících nálepek či identifikace lidí jakožto nositelů stigmatu, nikoliv následného diskriminujícího chování. Jak však bude podrobněji rozvedeno v kapitole 3, ve výzkumné části této práce se budeme zajímat i o vnímané formy případné diskriminace dobrovolníků, náš záběr je tedy poněkud širší než přesný význam pojmu stigmatizace.

2.3 Nástin historického vývoje stigmatu duševní nemoci

Přestože ve společnosti reálně existuje pravděpodobně již od dávných dob, psychiatrické stigma je ve své podstatě „vynálezem“ moderní západní společnosti, poněti o něm totiž přinesla až relativně nedávná reflexe postojů k duševně nemocným (a minoritám obecně) a jejich společenského statusu. Při zkoumání, zda existovalo stigma i hlouběji v historii je tedy nutné vycházet pouze z nepřímých důkazů a náznaků. Podrobný rozbor historie stigmatu přesahuje rámec této práce, proto zde pouze odkážeme na jednu z mála studií věnujících se psychiatrickému stigmatu v době antiky a středověku, kterou je práce Fabregy (1990), a dále pokročíme rovnou až k polovině 20. století.

Na přelomu 50. a 60. let 20. století totiž sociolog Ervin Goffman ve své knize *Asylums* popsal své předchozí zkušenosti z dlouhodobého sledování vztahu personálu a pacientů

v různých psychiatrických zařízeních. Našel v nich řadu příkladů jednání, která by dnes byla považována za silně diskriminující, např.: pacienti byli vyloučeni z podílu na svém „osudu“, bylo jim bráněno v komunikaci se zodpovědným personálem, od pacientů byla požadována naprostá podřízenost, a to nejen samotným personálem zařízení, ale i společností obecně (Švabová, 2011). Tyto zkušenosti posléze Goffman explicitně zhodnotil ve své průlomové teoretické práci o stigmatu (Goffman, 1963/2003), jež posloužila jako mocný katalyzátor dalšího sociologického i psychologického výzkumu stigmatu.

Práce Goffmana a dalších v té době přispěla k významné změně v pojetí stereotypů a předsudků, změně, kterou blíže popisují Dovidio, Majorová a Crockerová (2000): stereotypy a předsudky byly původně chápány jako projev patologické konstelace osobnostních rysů jedince, které měly být důsledkem jeho vnitřních, často nevědomých konfliktů. Podobně se předpokládalo, že i zážitek stigmatizace s velkou určitostí vedl u jeho nositele k poklesu sebeúcty a celkovému ohrožení či dokonce destrukci ega. V druhé polovině minulého století se však postupně prosadilo jiné pojetí, které pokládá stereotypizaci za normální, i když společensky nežádoucí jev, způsobený přirozenými limity lidských kognitivních schopností a dovedností zpracovávat zkušenosti, které zažíváme. Pohled na lidi, kteří jsou cílem stereotypů a předsudků, se také výrazně proměnil – výzkum prokázal, že dopady stigmatu nejsou nutně negativní, ale ve skutečnosti značně variabilní a představují pro naši sebehodnotu jistou zátěž, která však v principu není nijak odlišná od zátěže, s níž se potýkají nestigmatizovaní lidé. Dnešní pojetí tak plně přiznává, že i stigmatizovaní lidé mohou uplatnit různé strategie zvládnání zátěže a svou schopnost resilience.

V posledních letech sílí snahy o redukci stigmatu duševních onemocnění zaměřené na různé složky stigmatu a volící rozličné strategie. Většinou však následně nebyly formálně vyhodnoceny a pokud ano, tak s poměrně nejednoznačnými výsledky. Podrobně o účinnosti anti-stigma programů pojednávají např. Corrigan *et al.* (2005), v této práci se v dalším textu omezíme jen na několik stručných závěrů z jejich studie.

2.4 Čtyři projevy stigmatu duševní nemoci

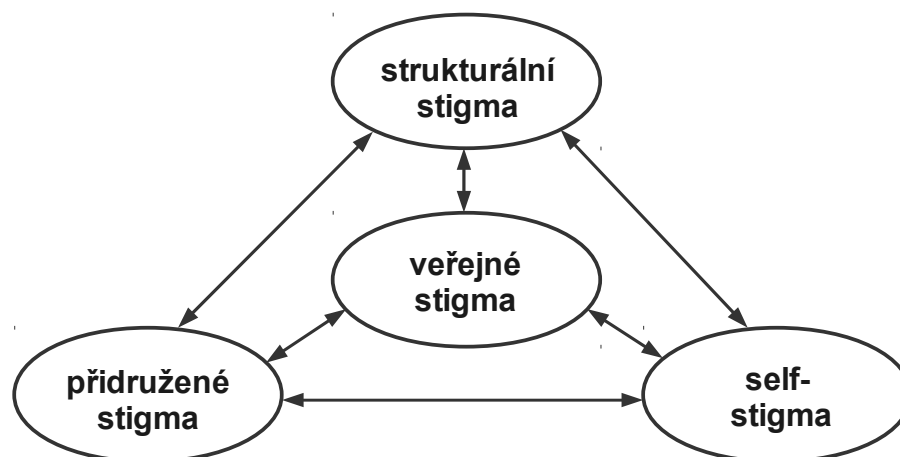
V této kapitole obrátíme pozornost k tomu, jakými způsoby a ve kterých oblastech se stigma spojené s duševním onemocněním konkrétně projevuje. Pro systematičtější popsání tak rozsáhlého a pestrého jevu je vhodné využít některý z konceptuálních modelů stigmatu. Těchto modelů existuje celá řada, jeden z těch významnějších např. vznikl ze spolupráce psychiatra Linka a socioložky Phelanové (Link a Phelanová, 2001), další jsou uvedeny v přehledových pracích Corrigan, Kerrové a Knudsenové (2005) a Kingové, Heblové a Heathertona (2005).

V našem dalším textu s výhodou použijeme novější model Pryora a Reedera (2011), popsaný také v práci Bose, Pryora, Reedera a Stutterheimové (in press). Ten původně vznikl

pro potřeby zkoumání stigmatu v oblasti HIV/AIDS, jako obecný model jej však lze s úspěchem použít i pro oblast duševních nemocí. Jde o model konceptuální, tj. takový, který sice nevysvětluje příčiny vzniku stigmatu, ale snaží se lépe zakotvit jednotlivé pojmy a koncepty související s touto problematikou a vztahy mezi nimi. Výhodou tohoto modelu je, že zůstává dostatečně obecný a pomáhá analyzovat projevy stigmatu na individuální, interpersonální i celospolečenské rovině.

Pryorův a Reederův model popisuje čtyři vzájemně provázané projevy stigmatu, viz Obrázek 1:

- 1) *Veřejné stigma* (public stigma), jež autoři umísťují do středu modelu, představuje sociální a psychologické reakce lidí na někoho označovaného stigmatem. Toto stigma zahrnuje kognitivní, afektivní a behaviorální reakce stigmatizujících lidí (viz stereotypy, předsudky a diskriminace výše v kapitole 2.2).
- 2) *Self-stigma* reflektuje sociální a psychologické dopady na člověka, nositele stigmatu. Zahrnuje jak očekávání či vnímání stigmatizace, tak i případné přijetí a zvnitřnění souvisejících negativních pocitů a postojů.
- 3) *Přidružené stigma* (stigma by association) popisuje sociální a psychologické reakce lidí na osoby nějakým způsobem spojené se stigmatizovaným člověkem (typicky rodina, přátelé). Obsahuje i druhou „stranu rovnice“, tj. reakce lidí na to, že jsou spojováni s někým označovaným.
- 4) *Strukturální stigma* (structural stigma) odkazuje na legitimizaci postavení stigmatizovaného společenskými institucemi a ideologickými systémy.



Obrázek 1: Čtyři projevy stigmatu (podle modelu Pryora & Reedera, 2011)

Praktická část práce bude využívat především poznatků z oblasti přidruženého stigmatu, pro lepší uchopení kontextu si však v následujících sekcích představíme i ostatní druhy stigmatu podle modelu Pryora a Reedera (2011).

2.4.1 Veřejné stigma

Veřejné stigma je společenský jev, při kterém se velké sociální skupiny ztotožňují se stereotypy a jednají proti nějaké stigmatizované menšině, v našem případě proti lidem s duševním onemocněním (Bos *et al.*, in press). Rozsah a charakter tohoto stigmatu jsou nejčastěji zkoumány sledováním postojů veřejnosti v různých reálných či experimentálních situacích nebo interpretací dostupných statistických dat o chování různých skupin lidí. Odhadují se také z výpovědí samotných stigmatizovaných, nicméně u výzkumů tohoto typu je obtížnější odlišit očekávanou, pociťovanou a reálnou stigmatizaci.

Kognitivní (a někdy stereotypní) představy týkající se duševních nemocí mohou u některých lidí vyvolávat negativní emoční a behaviorální reakce. Výzkumy, stejně jako příslušné atribuční teorie ukazují, že různé druhy takovýchto představ mají tendenci vést k odlišným typům reakcí (blíže viz Bos *et al.*, in press). Rozhodující například může být, nakolik je dané onemocnění vnímáno jako zaviněné: pokud se propuknutí choroby přisuzuje zásahu „vyšší moci“, reakce jsou spíše soucitné a nápomocné (např. u duševní poruchy po úrazu hlavy). Pokud je jako „viník“ vnímán sám nemocný, vede to ke hněvu a diskriminaci (především dříve byly v některých komunitách duševní problémy vnímány jako důsledek odsouzeníhodného hříchu). Výsledky výzkumů nejsou jednoznačné v tom, která z těchto dvou cest se dnes v západní společnosti uplatňuje více. Silná vazba však byla zjištěna u dalšího typu představ o nemoci, její vnímané nebezpečnosti: kontakt s duševní nemocí, která je považovaná za nebezpečnou, typicky vede ke strachu a k vyhýbavým reakcím okolí (Corrigan *et al.*, 2002). Nejčastěji se tento typ reakce vyskytuje v souvislosti se závislostmi na omamných látkách a se schizofrenií (Link *et al.*, 1999).

Novější výzkumy dále rozlišují tzv. implicitní a explicitní reakce na kontakt s duševně nemocnými. Implicitní hodnotící postoje jsou okamžité, spontánní reakce, které jsou sice částečně uvědomované, ale leží mimo volní kontrolu. Experimentálně se měří jako reakční doba potřebná pro zvolení kladně nebo záporně laděného hodnotícího slova z možností zobrazených na měřicím zařízení (obrazovce počítače). Explicitní reakce jsou naproti tomu takové, které dokážeme ovlivnit vůlí, promyslet a uvést do souladu s našimi vědomými postoji k dané situaci. Dosavadní výsledky ukazují, že lidé často projevují negativní implicitní reakce a to i v případě, kdy explicitně hodnotí situaci neutrálně či pozitivně (Teachmanová, Wilson a Komarovskaya, 2006).

Podle Heblové, Tickleové a Heathertona (2000) vede obecně kontakt mezi osobou stigmatizovanou a nestigmatizovanou k prožitkům úzkosti a snaze se dalšímu kontaktu vyhnout nebo jej alespoň neprodlužovat, a to na obou stranách. Autoři popisují řadu možných vysvětlení této úzkosti a argumentují, že je právě ona je zodpovědná za vznik a udržování jemně a často nezáměrně stigmatizujících „prekérních“ situací.

Jaké jsou tedy typické postoje veřejnosti k duševně nemocným lidem? Průzkumy ukazují, že přestože obecná povědomost o psychiatrických problémech a jejich příčinách v posledních desetiletích roste, paradoxně se zároveň zvyšuje i strach z duševně nemocných (Corrigan *et al.*, 2005). Lidé stále podceňují biologické příčiny duševních nemocí a nadhodnocují faktory sociálního prostředí (Jorm, 2000). Postoje českých občanů k lidem se schizofrenií naznačuje průzkum agentury DEMA (2004): např. na otevřenou otázku „*Jak se projevuje nebo chová schizofrenik?*“ pouze 4% odpověděla, že vypadá vcelku normálně, 7% si myslí, že je nebezpečný, nevyzpytatelný (17%), či nepřizpůsobivý (9%). S výrokem „schizofrenici jsou násilničtí, nebezpeční“ souhlasilo 43% lidí (třetina však byla proti) a pětina lidí by jejich situaci řešila umístěním do ústavů. Deprese bývá někdy vnímána jako charakterová vada – záležitost nedostatečné vůle plně žít (Libiger, 2001). Relativně tolerantní je naopak veřejnost k neurózám a k úzkostným a fobickým poruchám (Praško, 2001). Lidé s nápadnějšími projevy poruchy osobnosti okolí většinou nepovažuje za nebezpečné, spíše za podivný a očekává od nich odstup, chlad a nepřizpůsobivost.

Na šíření stereotypů se významným způsobem podílejí média. Nawková *et al.* (2010) po prozkoumání novinových článků s psychiatrickou tematikou v českých médiích zaznamenali větší poměr negativně laděných než pozitivních zpráv (37% vs. 24%), čtvrtina zpráv uváděla agresivní chování, přičemž duševně nemocní byli 3x častěji zmíněni jako pachatelé než jako oběti takového jednání. I když je ve skutečnosti u závažně duševně nemocných počet násilných trestných činů mírně zvýšený, jde většinou o nemocné, kteří nejsou léčeni nebo jsou léčeni nesprávně (Libiger, 2001).

Podle Švabové (2011) stereotypům někdy napomáhá také necitlivé veřejné užívání psychiatrické diagnostické terminologie, např. při osočování politických oponentů. Subtilněji stereotypní jsou běžně používané zevšeobecňující nálepky, např. „schizofrenik“, „hysterik“, které jakoby naznačovaly, že jde o úplný popis daného člověka, nikoliv pouze o označení osoby, jež se mj. v určitém období potýkala s příznaky duševního onemocnění.

Výše zmíněné postoje veřejnosti pak mohou vést k diskriminaci duševně nemocných. Častá je například diskriminace při hledání bydlení a práce. Corrigan *et al.* (2005) a Farina (2000) uvádějí celou řadu příslušných výzkumů, které např. dokazují, že zaměstnavatelé často nejsou ochotní dát ve své společnosti prostor pro (jinak plně kvalifikovaného) člověka s duševním onemocněním, případně nabízejí pouze podřadnější pozice. Zmínka o prodělaném duševním onemocnění také častěji vede k odmítnutí nabídky na pronájem bytu. Na odpor místní komunity zase často naráží snahy o zbudování služeb komunitní péče, přičemž se mj. argumentuje například očekávaným poklesem cen realit v dané lokalitě.

Veřejné stigma na duševně nemocné dopadá také v řadě dalších oblastí. Jsou např. častěji kriminalizováni, čelí vyšší pravděpodobnosti, že budou zatčeni, a pokud se tak stane, ve vězení pobývají statisticky déle než lidé bez duševních poruch. Při somatických

problémech se potýkají s méně výhodnými podmínkami zdravotního pojištění a s horší kvalitou a dostupností péče (Corrigan *et al.*, 2005). Významnou měrou se na stigmatizaci duševně nemocných podílejí bohužel také profesionálové v oblasti psychiatrie (Thornicroft, Roseová a Mehtová, 2010; Schulzeová, 2007).

Postupná společenská reflexe veřejného stigmatu vede v posledních letech k různým pokusům o jeho zmírnění. Snahy se vedou obecně třemi směry: protesty, edukací a podporou kontaktu s duševně nemocnými (blíže viz Corrigan *et al.*, 2005; Švabová, 2011). Ukazuje se, že protesty sice mohou přispět k dílčím změnám chování, dopad na veřejné postoje a předsudky je minimální nebo je dokonce zhoršuje. Větší naděje vyvolávají edukační programy, i když ani zde nejsou výsledky jednoznačné: efekt je spíše krátkodobý a navíc se ukazuje, že ani větší povědomí o problematice duševních nemocí nemusí vést ke změně diskriminujícího chování. Třetí strategie, tj. přímý kontakt s někým, kdo se potýká s duševní chorobou, naznačuje relativně nejslibnější výsledky, působí zejména na afektivní složku postojů a účinně redukuje strach z duševně nemocných. Širší společenský dopad má také medializace lidí s duševním onemocněním, kterým se podařilo vystoupat na vyšší příčce společenského žebříčku, a kteří tak nabourávají zažitá stereotypy. Obecně se však ukazuje, že vyšší účinnost mívají programy zaměřené na konkrétní cílové skupiny lidí než na všeobecnou veřejnost.

Z českých destigmatizačních aktivit můžeme zmínit několik edukačních kampaní, jako jsou např. každoroční *Týdny pro duševní zdraví*, projekt *Změna* (informační kampaň v pražských ulicích z roku 2005), festival *Mezi ploty* v Bohnicích v Praze, či projekt diskusí se středoškolskými studenty s názvem *Blázníš? No a!* pořádaný o. s. Fokus (viz např. Beldieová *et al.*, 2012).

2.4.2 Self-stigma

Self-stigma² zahrnuje jakékoliv psychologické a sociální důsledky, které představuje stigma duševní nemoci pro ty, kdo jsou jím zasaženi. Vlastnosti a rozsah self-stigmatu se většinou zjišťují dotazováním respondentů z řad stigmatizovaných. Zdrojem tohoto druhu stigmatu je jak očekávané, tak i skutečně zažívané nálepkování či diskriminace ze strany druhých lidí (Bos *et al.*, in press).

Již od útlého věku si lidé v průběhu socializace vytvářejí určité představy o tom, co to znamená být duševně nemocný. Tyto představy pak mohou významným způsobem ovlivnit sebepojetí v situaci, kdy duševní choroba skutečně propukne a očekávání tak najednou získají přímou osobní relevanci (Corrigan *et al.*, 2005; Link a Phelanová, 2001).

2 V české odborné literatuře se objevuje termín „sebeznačkování“ (např. Praško, 2001), který chápeme jako pojem v podstatě ekvivalentní, snad jen s trochu užším významem.

Pokud například někdo věří, že lidé s duševním onemocněním obecně od okolí zažívají odmítavé a znehodnocující reakce, pravděpodobně si vytvoří podobná očekávání nebo obavy i u sebe sama. To může mít závažné negativní důsledky: lidé, kteří očekávají odmítnutí, mohou mít po hospitalizaci sníženou sebedůvěru, mohou se chovat defenzivněji nebo se sami pokoušet vyhnout potenciálně nepříjemnému kontaktu s okolím. Důsledkem pak může být (jak potvrzuje řada výzkumů, viz Link a Phelanová, 2001) zvýšené napětí při sociálních interakcích, omezení vztahové sítě, snížení kvality života, nízká sebeúcta, depresivní symptomy, ztráta příjmu a nezaměstnanost. Anticipované stigma je také jedním z faktorů odkládání zahájení léčby, na čemž se někdy negativně podílí i nejbližší nemocného (Franz et al., 2010). Poznamenejme však, že obecně se na žádném z výše zmíněných dopadů nikdo z okolí duševně nemocného nemusel podílet zjevnou diskriminací, ta se spíše ukrývá v působení obecných stereotypů a laických představ.

V některých případech člověk s duševním onemocněním přijme obecné postoje společnosti za své a sám začne věřit tomu, že je kvůli své nemoci méně společensky hodnotný. Hovoříme pak o zvnitřněném stigmatu. Takováto situace má samozřejmě závažný dopad na sebeúctu nemocného, vede k pocitům studu, sníženému výkonu a zájmu o aktivity obecně, někdy až k sebenenávisti (Švabová, 2011).

Jaké jsou tedy subjektivní prožitky lidí vystavených stigmatu z důvodu své duševní nemoci? Množství kvalitativních studií, např. Dinos, Stevens, Serfaty, Weich a King (2004), Knight, Wykes a Hayward (2003), jich uvádí celou řadu: nejčastěji jde o hněv, pokleslou náladu, strach, úzkost, pocity izolace, viny, rozpaků a nepochopení okolím, vnímání rozdílů v kvalitě života před a po propuknutí nemoci, pocity nevratnosti choroby a obavy z budoucnosti. Velkým tématem těchto lidí je také časté zvažování zda, kdy a komu se mají se svým stavem svěřit nebo zda své stigma mají držet v tajnosti, případně jak předcházet nechtěnému odhalení (viz např. Ralphová, 2002).

Dosud nastíněný obrázek o dopadech self-stigmatu vyznívá velmi pochmurně, je proto třeba zdůraznit fakt, který jsme zmínili již v kapitole 2.3, totiž že propuknutí duševní nemoci v žádném případě neznamená automatické snížení vlastní hodnoty a efektivity ve společnosti. Řada lidí dokáže uplatnit různé strategie zvládnutí a reagovat vůči stigmatu buď indiferentně nebo dokonce posíleně a obhajovat například práva a potřeby sebe sama i dalších lidí s duševním onemocněním. Podle Corrigan et al. (2005) je jedním z faktorů, které takovouto pozitivní reakci podporují, schopnost plně a otevřeně se se skupinou uživatelů psychiatrické péče identifikovat a vyhledávat vzájemnou podporu. Někteří lidé uvádějí, že jim nemoc dala příležitost k osobnímu rozvoji a vysvobození z dříve rutinního způsobu života (Knight et al., 2003).

Corrigan et al. (2005) také nastiňují několik způsobů zmírňování self-stigmatu. Jako účinné se ukazují některé formy kognitivní, případně kognitivně-behaviorální terapie, které se zaměřují na přerámování stigmatu jako normálního jevu a na změnu kognitivních

schémat daného člověka tak, aby se zmírnily jejich důsledky pro jeho sebepojetí. Pomáhá také budování sebepodpory a síly na převzetí kontroly nad během svého dalšího života. K tomu jsou také vhodné různé svépomocné skupiny a kluby, které lidem s duševním onemocněním umožňují rozvíjet své silné stránky v bezpečném a přijímajícím prostředí.

2.4.3 Přidružené stigma

Stigmatizace se netýká pouze samotných nositelů nějakého negativně vnímaného atributu, ale také lidí s nimi nějakým způsobem spojených, což je jev, který Pryor a Reeder (2011) označují jako přidružené stigma (*stigma by association*). Tento pojem je ekvivalentní původnímu Goffmanovu (1963/2003) termínu *courtesy stigma*, který se však v dnešní odborné literatuře používá již méně často³. Jak uvidíme dále, přidružené stigma má řadu charakteristik společnou se self-stigmatem, některá zjištění jsou však specifická.

Výzkumy ukazují (viz jejich podrobný přehled v práci Pryora, Reedera a Monroea, 2012), že se lidé nějakým způsobem spojení se stigmatizovaným člověkem sami často stávají terčem nálepkování, negativních afektivních reakcí a diskriminace. Nejsnáze je to patrné u lidí, kteří mají ke stigmatizovanému nějaký jasně daný vztah, např. u rodinných příslušníků, přátel, partnerů či pečovatelů. Další výzkumy však odhalily, že se přidružené stigma týká i naprosto náhodných vztahů, například se objevuje u lidí, kteří jsou okolím viděni v blízkosti stigmatizovaného. Snaha vyhnout se asociačnímu stigmatu může být podle některých hypotéz jedním z hlavních faktorů, které vedou k sociální exkluzi osob s duševním onemocněním (Pryor *et al.*, 2012).

Výše v sekci 2.4.1 jsme již zmínili rozdíl mezi implicitní a explicitní reakcí na podnět zahrnující nějaké stigma. Studie Pryor *et al.* (2012) podrobně zkoumá obě varianty v případě přidruženého stigmatu a zjišťuje, že postoje k lidem spojeným se stigmatizovaným nějakým smysluplným vztahem jsou moderovány implicitními (reflexivními) i explicitními (promyšlenými) reakcemi. Naproti tomu postoje k lidem, u nichž není žádný uchopitelný vztah ke stigmatizovanému patrný, jsou ovlivňovány pouze spontánními implicitními reakcemi vůči němu a volní složka se v tomto případě neuplatňuje. Výzkum tak ukazuje, že automatické negativní reakce vůči stigmatizovaným osobám „poskvřňují“ i jejich náhodné společníky.

Pryor *et al.* (2012) uvádí dvě hlavní teorie, které se pokoušejí vysvětlit asociační stigma. První z nich tento jev vykládá jako formu hodnotícího podmiňování (evaluative conditioning). Z některých výzkumů je zřejmé, že pokud se umístí dvě fotografie, z nichž na

3 V české verzi Goffmanovy knihy je tento termín přeložen jako „propůjčené“ stigma (včetně uvozovek), nicméně se zdá, že se překlad v domácí odborné literatuře neuchytil a autoři raději jev uvádějí opisem. V této práci byl pro lepší plynulost textu zvolen překlad „přidružené / asociační stigma“, který podle našeho názoru dobře vystihuje současný anglický pojem i jeho podstatu.

jedné je neutrálně vnímaná osoba a na druhé neoblíbená, vedle sebe na obrazovku počítače, vede to k negativnímu zhodnocení neutrální osoby. Toto znehodnocení se dokonce šíří i na další osoby dříve asociované s cílovou osobou a dochází tedy k jakémusi „efektu šíření postoje“. Další výzkumy naznačují, že jde o spontánní proces bez možnosti volní rozvahy. Pravděpodobně se při něm uplatňuje proces spontánní chybné atribuce, při kterém je hodnotící reakce automaticky vyvolaná nějakým afektivně zabarveným podnětem okamžitě přisouzena i dalším zdánlivě souvisejícím podnětům.

Druhá teorie (viz Pryor *et al.*, 2012) naopak zahrnuje volní myšlenkové procesy, kterými mohou lidé vědomě šířit hodnotící postoje. Dala by se shrnout to lidového rčení „vrána k vráně sedá“. Lidé podle ní mohou předpokládat, že osoby vzájemně spojené nějakým vztahem si budou podobné. Především v případě svobodně zvoleného vztahu, jako je tomu u partnerů a přátel, se mohou lidé domnívat, že ti, co se svobodně sdružují s někým stigmatizovaným, to dělají proto, že nemají k dispozici někoho s vyšším společenským statutem. Mohou si tedy dovodit, že je na nich nejspíše také „něco špatné“, neboť proč by si jinak vybrali společnost stigmatizovaného? Motivací obsaženou v takovémto usuzování by mohla být snaha o dosažení kognitivní rovnováhy a konzistence vnímaných „faktů“. Zásadní podmínkou pro volní šíření stigmatu však je to, že vztah mezi stigmatizovaným a jeho společníkem musí být chápán jako jasně vysvětlitelný, nenáhodný.

Obdobné procesy se odehrávají nejen při kontaktu s dvojicí stigmatizovaný – společník, ale také u celých skupin se stigmatizovaným členem (typicky u rodin). Pryor *et al.* (2012) výše zmíněnou teorii o volním šíření stigmatu aplikují také na takové skupiny s tím, že předpokládají vliv soudržnosti skupiny (entitativity), a postulují, že vysoce soudržné skupiny (jako jsou rodiny) jsou náchylné na snadnější šíření stigmatu skrze asociaci se svým stigmatizovaným členem než méně soudržné skupiny (jako jsou náhodné shluky lidí).

Relativně nejlépe je přidružené stigma prostudováno v rodinách, ve kterých má jeden z členů duševní onemocnění, viz např. Angermeyer, Schulzeová a Dietrichová (2003), Östmanová a Kjellin (2002), Phelanová, Brometová a Link (1998). Výsledky těchto a řady dalších výzkumů byly shrnuty v přehledové studii Corrigan a Millera (2004). Podle některých studií zhruba 10-30% členů rodin uvádí napjatější a odměřenější vztahy s širší rodinou a přáteli poté, co propukla nemoc u příbuzného. V kvalitativních výzkumech to někteří členové popisují jako velmi výraznou zátěž, zmiňují např. ztrátu mnoha přátel a pocit, že pro některé z nich jakoby úplně přestali existovat. Jiné rodiny zmiňovaly přesvědčení, že duševní nemoc povede k omezení možností najít si v budoucnu životního partnera, a to jak pro samotného nemocného, tak i pro jeho příbuzné. Obecně se ukazuje, že diskriminace rodinných členů je významněji pocíťovaná v užších sociálních kruzích než v pracovní sféře. Odměřené chování okolí výrazně více vnímají manželé a manželky

stigmatizovaných než rodiče duševně nemocných, dále také příbuzní, kteří jsou s nemocným v častějším a pravidelnějším kontaktu a lidé s vyšším vzděláním.

Častým problémem rodinných příslušníků je také diskriminace ze strany některých profesionálů. Při popisu zkušeností ze svých četných kontaktů s personálem psychiatrických zařízení příbuzní nemocného zmiňují zejména nezáměr a neochotu personálu, nedostatečné pochopení pro situaci, ve které se rodina ocitla, znevažování rodinných (třebaže laických) kompetencí k léčbě či pocit, že jsou pro ně jen další zátěž (Angermeyer *et al.*, 2003; Östmanová a Kjellin, 2002).

Dalším často zmiňovaným dopadem stigmatu v rodinách je pocit studu. Z výzkumů se zdá, že výskyt pocitů zahanbení je poměrně specifický pro rodiny s duševně nemocným členem. Jedna ze studií (blíže viz Corrigan a Miller, 2004) odhalila 40x vyšší prevalenci pocitů studu v těchto rodinách, oproti rodinám, v nichž někdo onemocněl rakovinou. S tím souvisí i tendence rodin své stigma ukryvat: několik výzkumů ukazuje, že čtvrtina až polovina členů rodin snaží svůj příbuzenský vztah k duševně nemocnému zatajit, aby nebyla rodina navenek zostuzena (viz např. Phelanová *et al.*, 1998).

Některé rodiny jsou také nuceny čelit přesvědčení okolí, že na propuknutí a rozvoji nemoci svého člena mají nějaký díl viny. Především rodiče duševně nemocných bývají terčem domněnek o svých nedostatečných rodičovských kompetencích, jež měly vést k onemocnění jejich dítěte. Je třeba podotknout, že k tomuto přesvědčení pravděpodobně notnou měrou přispěli samotní psychiatři, neboť zvláště v první polovině 20. století hledaly tehdejší dominantní modely závažných duševních onemocnění příčiny právě v nedostatečích rané rodičovské péče. Později sice toto pojetí ustoupilo ve prospěch příčin biologických, do určité míry však ve společnosti stále rezonuje (Corrigan a Miller, 2004; viz též článek o vzestupu a pádu pojmu tzv. „schizofrenogenní matky“ v Harringtonové, 2012).

Přidružené stigma se nevyhýbá ani profesionálům pracujícím v oblasti duševního zdraví, potažmo oboru psychiatrie jako takovému. Podle Schulzeové (2007) není veřejný obrázek o psychiatrech, na němž se hojně podílejí i média, literatura a film, příliš lichotivý: bývají považováni za lidi, kteří sami mají duševní problémy, nebo naopak za opředené tajemnou mocí, schopností „prohlédnout duši“ ostatních. Profesionálové jsou pak vystaveni různým, často velmi delikátním, formám udržování odstupů ze strany veřejnosti i vlastních sociálních kruhů. Podle výzkumu Ječné, Hosáka a Čermákové (2009) provedeného v českém prostředí pociťuje přibližně pětina psychiatrických zdravotních sester stigma oboru a deficit prestiže své práce.

Na závěr zmiňme ještě jedno významné přidružené téma: lidé v těsnějším okolí duševně nemocných mohou sice být někdy sami přidruženě stigmatizováni, především však mnohem častěji bývají *svědky* stigmatizace svého společníka. Tento jev je v odborné

literatuře nazýván zprostředkovaným stigmatem (*vicarious stigma*) a obecně označuje utrpení a obavy, které rodinní příslušníci a další lidé zažívají při tom, když si povšimnou předsudků či diskriminace vůči člověku s duševním onemocněním, jehož doprovázejí. Vzácné výzkumy naznačují, že okolí duševně nemocného si je často velmi akutně vědomo stigmatu duševní nemoci; dle závěrů jednoho z nich dvě třetiny rodinných členů uvádí obavy související se stigmatem zažívaným jejich příbuzným (Corrigan a Miller, 2004).

2.4.4 Strukturální stigma

Konečně čtvrtým typem stigmatu podle modelu Pryora a Reedera (2011) je tzv. strukturální stigma. To zahrnuje způsoby, jakými společenské instituce a ideologie udržují a prohlubují status stigmatizovaných. Z historie známe řadu příkladů záměrného uplatňování státní moci v neprospěch nějaké stigmatizované minority (např. rasové zákony), dnes však jde většinou o vedlejší, nezáměrné důsledky uplatňování společensky dominantních ideologií (Corrigan *et al.*, 2005).

V dnešních demokratických zemích mezi takové dominantní ideologie patří např. kapitalistické ideály pokroku a zefektivňování nákladů (Corrigan *et al.*, 2005). Přestože nejsou prosazovány s explicitním záměrem škodit, nesou s sebou neblahé důsledky pro různé skupiny lidí, ty s duševní nemocí nevyjímaje. V kulturním prostředí, jež silně zastává hodnotu práce a peněz, a které se ve jménu pokroku navíc neustále proměňuje, představuje každé „klopýtnutí“, jakým je třeba několikátýdenní hospitalizace, zásadní riziko. Při ztrátě zaměstnání se pak jedinec stává terčem vlastně dvojí stigmatizace: pro duševní nemoc a pro neschopnost dosáhnout společensky požadované úrovně produktivity (Švabová, 2011).

Snižování nákladů zase často znamená, že se nedostává prostředků pro obory, které nejsou dostatečně silně zastoupené ve veřejném diskurzu (Corrigan *et al.*, 2005). Je-li nějaká nemoc stigmatizovaná, je podle Linka a Phelanové (2001) pravděpodobné, že na její výzkum a léčení nebude vyčleněno dostatečné množství prostředků v porovnání s ostatními nemocemi⁴. Řada psychiatrů a dalšího personálu navíc opouští státní systém péče a přechází do privátního sektoru, kde pak léčí častěji méně závažné psychické problémy. I to následně nepřímo snižuje kvalitu péče pro lidi se závažnými duševními nemocemi. Z historických důvodů jsou služby pro psychiatrické pacienty umístěny často v odlehlých lokalitách, daleko od ostatních lidí. Všechny tyto příklady ilustrují, jakým způsobem mohou procesy, instituce a ideologie strukturálně diskriminovat lidi s duševním onemocněním, aniž by byli terčem explicitní stigmatizace (Link a Phelanová, 2001).

Je pochopitelné, že vzhledem k obrovské složitosti a kulturní podmíněnosti celého problému je výzkum strukturálního stigmatu obtížný a vyžaduje multidisciplinární přístup.

4 Podle Vstupní zprávy strategie reformy psychiatrie (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012b) je česká psychiatrie ve srovnání s ostatními medicínskými obory chronicky podfinancovaná a v porovnání s ostatními evropskými zeměmi zůstává na jednom z posledních míst.

Ani pokusy o zmírnění tohoto typu stigmatu nejsou zatím běžné, Corrigan *et al.* (2005) uvádí speciální americký zákon, který nařizuje zaměstnavatelům upravit pracovní prostředí tak, aby bylo možné udržet místo pro zdravotně postiženého zaměstnance.

2.5 Stigma dopadající na dobrovolníky pracující s lidmi s duševním onemocněním

Výzkum předkládaný v této práci se týká zážitků stigmatizace pocitovaných dobrovolníků, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním. Pojdme se nyní podívat, zda k tomuto konkrétnímu tématu existuje odborná literatura a jaké jsou její závěry.

Žádnou studii, která by se tímto tématem přímo zabývala, se ani po podrobném prozkoumání odborných psychologických databází (PsycINFO, EBSCO Academic Search Complete, Google Scholar) nepodařilo nalézt. Jsme tedy nuceni se obrátit na případné zmínky v dalších pracích, více či méně s tématem souvisejících.

Výše v kapitole 2.4.3 jsme viděli, že stigma duševní nemoci nedopadá jen na samotné pacienty, ale i na lidi v jejich okolí, zejména na rodinné příslušníky, přátele, ale také na profesionály v oboru psychiatrie. Žádné důkazy o tom, že by se toto přidružené stigma týkalo i dobrovolníků, však v odborné literatuře dosud neexistují. Někteří autoři ale předpokládají, že tento fenomén existuje, citujme z práce Laubera, Nordta, Falcata a Rösslera (2002, s. 216), v níž autoři komentují roli médií pro oslovení potenciálních dobrovolníků v oboru psychiatrie:

[...] význam médií je zřejmý, neboť dobrovolníci v psychiatrii se obvykle nerekrutují skrze své sociální vazby, protože dobrovolnictví v psychiatrii s sebou může nést stigmatizaci, kterou známe z dobrovolnictví s jinými stigmatizovanými lidmi, např. s lidmi s AIDS.⁵

Možnou existenci stigmatizace nepřímo naznačují také výpovědi některých dobrovolníků, kteří se setkávají s předsudky veřejnosti vůči duševně nemocným a někdy i s údivem a obavami ze strany svých blízkých. Uvedme tři drobná svědectví dobrovolníků programu Compeer, kteří odpovídali na otázku, zda mělo jejich dobrovolnictví nějaký vliv na jejich blízké okolí (Montclairiová, 2011, s. 60):

Často se mě ptají, jestli je to bezpečné, a to i lidi, kteří by o tom měli něco vědět, třeba [profesionálové ve zdravotnictví]... Ptali se mě „Měla bys to dělat?“

[...] například se mě můžou zeptat „Nebojíš se, nemyslíš, že ti můžou nějak ublížit?“

Myslím, že moje rodina pomalu začíná cítit, že je v pořádku vůbec i mluvit s někým s takovou nemocí.⁶

5 „[...] the importance of the mass media is obvious as volunteers in psychiatry are not recruited primarily through social ties as volunteering in psychiatry may underlie a stigmatisation that is known from volunteering for other stigmatised people, e.g. those with AIDS.“

6 “Often I get people ask me if it's safe, and people who should know better, like [health

Žádné formy otevřené diskriminace, kterou by dobrovolníci pociťovali, však studie nezmiňuje. Prakticky všichni dobrovolníci výše nastíněné reakce lidí brali jako výzvu a bez potíží, často až s jistou hrdoostí, edukovali své blízké a rozptylovali jejich obavy.

Jeden z respondentů Košnerové (2012), dobrovolník pražského programu Dobroduš, se v rozhovoru zmínil o nepříjemných implicitních (spontánních) reakcích okolí, potažmo i svých vlastních, když byl se svým klientem, a jak se s nimi vypořádal (viz s. 119):

A určitě mi to dalo i to, že jsem se přestal cítit trapně, že jsem s někým, kdo je nějaký divný, kdo vybočuje. To mi dalo hrozně moc, dnes vidím, že mi to dává hodně a jak je to pozitivní. Na začátku jsem si říkal, ty jo, to je divný, tak on je takovej upištěnej, vypadá divně, všichni se na nás otáčeli.

Naopak zjevnou diskriminaci, tentokrát však ze strany personálu psychiatrického oddělení jedné nemocnice v Chicagu, zažila dobrovolnice, jež se tam s hospitalizovanými pacienty věnovala především volnočasovým aktivitám. Svědčí o tom raná případová studie Redinga a Goldsmitha (1967), kteří konstatují, že někteří z psychiatrů se k dobrovolnici stavěli diskriminačně: buď měli až příliš ochranné tendence, nebo naopak úplně ignorovali její přítomnost a přínosy. Zde však nešlo o stigmatizaci spojenou s faktem, že se dobrovolnice věnovala lidem s duševním onemocněním, nýbrž spíše o projev paternalismu a, jak doslova uvádějí autoři studie, neochoty personálu exponovat sebe a svou práci lidem z vnějšku.

Lépe výzkumně podchycená je stigmatizace u dobrovolníků pracujících s některými jinými cílovými skupinami, především s lidmi žijícími s HIV/AIDS. Snyder, Omoto a Crainová (1999) ve své přehledové studii citují výzkumy, podle nichž má předpokládané nebo pociťované stigma poměrně velký vliv na průběh dobrovolnické činnosti: již před vstupem do dobrovolnické služby mohou očekávané negativní reakce blízkých lidí odradit potenciální dobrovolníky přihlásit se do programu. Na druhou stranu se ukazuje, že již aktivní dobrovolníci, kteří na možnost stigmatizace nebyli předem připraveni, zažívali při jejím výskytu větší psychickou zátěž, nespokojenost a častěji u nich docházelo k vyhoření. Stigmatizace dobrovolníků v oblasti HIV/AIDS je do jisté míry univerzálním jevem, velmi závažné problémy však působí v méně rozvinutých zemích, zejména v Africe, která je touto nemocí navíc výrazně zasažena (viz např. Akintola, 2008 a řada dalších).

professionals]... They asked 'Should you be doing that?' [Vol#27]

"[...] for instance they might ask me, 'Is it a worry. Don't you think they might harm you in some way?'" [Vol#3]

"I think slowly my family are beginning to feel that it's okay even to be talking to someone with this sort of illness." [Vol#28]

Na první pohled překvapivé je zjištění Omota a Snydera (1995) o negativním vlivu sociální sítě na délku dobrovolnictví v HIV/AIDS oblasti: dobrovolníci, kteří uváděli pevnější zakotvení ve svých sociálních kruzích, v průměru ukončili svou službu dříve než ti se slabším sociálním zázemím. Autoři tento jev vysvětlují právě stigmatizací, která se může u lidí spokojených v kruhu svých blízkých stát dominantním stresorem a motivací pro to, aby se do své sítě „stáhli“. Naopak ti, jejichž sociální podpora není dostatečná, ji mohou vyhledávat i skrze své dobrovolnictví a nemusí s ním spojenou zátěž vnímat tak významně.

Americká longitudinální studie Dwyera, Snydera a Omota (2013) zjistila výrazný kladný vliv sebeúcty dobrovolníka (self-esteem) na jeho schopnost úspěšně zvládat případné stigma zažívané při dobrovolné práci, což je závěr, který je pravděpodobně zobecnitelný i na dobrovolníky jiných cílových skupin.

VÝZKUMNÁ ČÁST

3 Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky

Z výzkumů uvedených v teoretické části této práce jsme měli možnost poznat, že stigma duševní nemoci představuje významný celospolečenský problém s celou řadou vzájemně provázaných projevů a že toto stigma nejtíživěji dopadá na samotné lidi s duševním onemocněním. Nevyhýbá se však ani podstatné části lidí v jejich okolí, zejména rodinným příslušníkům, přátelům a také profesionálům v oboru psychiatrie (viz kapitola 2.4.3).

Zažívají však stigmatizaci, tj. potýkají se se stereotypy, předsudky či dokonce diskriminací ze strany okolí také dobrovolníci, kteří pracují s lidmi postiženými duševním onemocněním? Jak jsme viděli v kapitole 2.5, dosavadní výzkum nám na tuto otázku nedává v podstatě žádnou odpověď a právě toto zjištění stojí v pozadí motivace pro výzkum předkládaný v této práci.

Fakt, že o tomto tématu nejsou prakticky žádné zmínky v odborné literatuře, může jednoduše znamenat, že problém neexistuje nebo že se projevuje jen v zanedbatelné míře. Může však stejně tak jít o projev toho, že ani psychologický výzkum dobrovolnictví v oblasti duševního zdraví jako celek není nijak rozsáhlý a že na toto specifické téma tedy dosud ještě „nepřišla řada“. Kvalitativních výzkumů zaměřených na dobrovolníky, které by jejich stigmatizaci mohly nejspíše odhalit, je naprosté minimum (McCorkle, Dunnová, Yu Mui a Gagneová, 2009; Mitchellová a Pistrangová, 2011; Montclairiová, 2011) a všechny byly provedeny v posledních letech. Připomeňme, že někteří teoretici stigmatizaci dobrovolníků v oblasti psychiatrie již nějakou dobu předpokládají (Lauber *et al.*, 2002).

Nehledě na chybějící literaturu, co nás tedy vede k domněnce, že se stigmatem duševní nemoci mohou být nějak konfrontováni také dobrovolníci v oblasti psychiatrie? Prvotní inspirací k tomuto výzkumu byly vlastní i zprostředkované zkušenosti autora této práce z doby, kdy sám působil jako dobrovolník v této oblasti. Ty naznačovaly, že stigma duševní nemoci může být pro dobrovolníky jistým, byť třeba nijak zásadním, stresujícím faktorem (viz též reflexe osobního vztahu k tématu v kapitole 4.4). Tyto zkušenosti nás pak vedly k následujícím úvahám o hypotetických zdrojích stigmatizace dobrovolníků.

Zprvce předpokládáme, že dobrovolná práce s lidmi zatíženými stigmatem může vést k nesouhlasným reakcím z řad dobrovolníkůvých vlastních sociálních kruhů: pokud např. někdo pociťuje vůči duševně nemocným strach, je možné, že bude vyjadřovat nepochopení někomu ze svého okolí, kdo se s nimi pravidelně stýká.

Některé z forem dobrovolnictví s duševně nemocnými lidmi, zejména tzv. asistované přátelství (kapitola 1.4), na něž se v tomto výzkumu zaměříme, se velmi podobají přirozenému přátelskému vztahu dvou lidí. Dvojice spolu pravidelně tráví čas, přičemž se

běžně pohybují v přirozeném prostředí místa, kde žijí. Druhým předpokládaným zdrojem stigmatizace dobrovolníka (a v tomto případě samozřejmě tím spíše nemocného) mohou podle nás být reakce náhodných kolemjdoucích v situacích, kdy se stigma duševní nemoci – většinou dobře skryté – stane z nějakého důvodu zjevným. Jako hypotetický příklad uveďme situaci, kdy klient potřebuje ihned opustit dopravní prostředek, protože má nepříjemné halucinace, a nahlas s nimi přitom komunikuje. V takové chvíli může být klient v očích některých okolních lidí okamžitě onálepkován stigmatem, a dobrovolník, jako někdo spojený s takto označeným, se pak může snadno stát terčem přidružené stigmatizace. Neboť, slovy Judith Posnerové (1976, in Farina, 2000, s. 185), „i neškodná nebo příležitostná procházka po ulici se stigmatizovaným člověkem směřuje ke stigmatizaci osoby, která takového jedince doprovází“¹.

Dobrovolníci se však zároveň nacházejí ve specifické situaci – na rozdíl od rodinných příbuzných i přátel duševně nemocných nejsou k práci (resp. ke kontaktu) motivováni žádnými tlaky ani vazbami (Snyder, Omoto a Crainová, 1999), vědomě a záměrně si tento druh činnosti zvolili a svobodně jej mohou prakticky kdykoliv podle svých potřeb opět zanechat. Není jasné, jaký vliv může tento aspekt dobrovolnosti na pocíťovanou stigmatizaci a její dopad na průběh služby. Z výzkumů dobrovolníků pracujících s lidmi s HIV/AIDS však víme, že na průběh dobrovolnictví má vliv řada faktorů souvisejících se schopností zvládat stigmatizaci (viz kapitola 2.5; Omoto a Snyder, 1995; Snyder *et al.*, 1999).

Výzkum předkládaný v této práci si klade za cíl zjistit, zda dobrovolníci v oblasti duševního zdraví zažívají vzhledem k této své aktivitě nějakou stigmatizaci a pokud ano, jaké má tento jev kvality a dopady. Výzkum je stavěn kvalitativně a má explorativní charakter, aby tak dobrovolníkům ponechal dostatečně otevřený prostor pro přinesení libovolných námětů a zkušeností souvisejících s tématem a neomezoval je nějakými předem připravenými kategoriemi. Vychází také vstřícně doporučení řady odborníků, aby bylo zkoumání stigmatu zaměřeno na reálné situace a prožitky (např. Švabová, 2011) a vedeno více do hloubky prostřednictvím kvalitativních výzkumů (např. Bos, Pryor, Reeder a Stutterheimová, in press; Corrigan a Miller, 2004). Hlavní výzkumné otázky tedy zní:

Zažívají dobrovolníci pracující s lidmi s duševním onemocněním nějaké formy stigmatizace? Pokud ano, jak takovou situaci prožívají a jak s ní dále nakládají?

Užitečnost výzkumu, kromě samotného poznání, spatřujeme v případné možnosti dobrovolníky lépe edukovat o možné stigmatizaci.

¹ „Even an innocuous or casual walk down the street with the stigmatized other tends to stigmatize a person who accompanies such an individual.”

4 Realizace výzkumu

4.1 Výzkumný soubor

Výzkumný vzorek tvořili dobrovolníci zapojení do projektu Dobroduš v Praze. Volba právě tohoto konkrétního dobrovolnického programu pro výběr respondentů měla kromě své praktičnosti (obeznámenost s touto organizací) několik dalších důvodů.

Předně jsme přesvědčeni, že právě asistované přátelství, na němž je služba Dobroduš založena, poskytuje dostatek příležitostí k různým potenciálně stigmatizujícím situacím: jde o dlouhodobý, intenzivní a neformální kontakt klienta s dobrovolníkem v jejich přirozeném prostředí (tedy nikoliv např. v místě nějaké speciální, k tomu určené instituce). Takto koncipovaná služba je tedy pro náš výzkum velmi relevantní.

Za druhé je tento program schopen poskytnout dostatečně velký a přitom homogenní vzorek z celé populace dobrovolníků v oblasti duševního zdraví (který jsme v kapitole 1.3 odhadli na několik set lidí u nás). Ze dvou programů asistovaného přátelství, které jsou u nás v současnosti provozovány, je pražská Dobroduš se svými cca 30 průběžně vedenými dvojicemi tím hlavním. (A nejspíše je jednou z našich největších dobrovolnických služeb v oblasti psychiatrie.) Požadavek na homogenitu pak vychází z použité metodologie, kterou je interpretativní fenomenologická analýza (IPA; Smith a Osborn, 2003). IPA využívá záměrného, účelového výběru vzorku, dostatečně homogenního v tom smyslu, aby pro něj byla výzkumná otázka pokud možno co nejvíce relevantní.

Dobrovolníci byli s výzvou k výzkumu osloveni emailem, prostřednictvím letáček a také při krátkém vstupu sociálního pracovníka na supervizních setkáních dobrovolníků. Osloveni byli jak aktivní dobrovolníci, tak i ti, kteří v Dobroduši ukončili činnost v letošním a loňském roce. Celkem bylo takto osloveno cca 40 lidí.

Účelové vzorkování populace bylo provedeno tak, že v informačních materiálech byla nastíněna kritéria, která definují nejvhodnější respondenty a která byla formulována přibližně takto:

- dobrovolník s klientem zažil nějakou situaci, při které se lidé v jeho okolí chovali nějakým nečekaným způsobem nebo mu přišlo obtížné lidem kolem sebe něco o svém dobrovolnictví sdílet (ideální respondent),
- dobrovolníka nic nenapadá nebo si není jistý, ale popovídat o své dobrovolné aktivitě by si chtěl (záložní varianta).

Samovýběrem se k výzkumu přihlásilo celkem 5 respondentů. Tento počet odpovídá doporučené velikosti vzorku pro metodu IPA, která se sice u různých autorů liší, většinou však činí 5-6 respondentů (případně i pouhé 3 pro první studentský výzkum s využitím IPA; Smith a Osborn, 2003). Rozsah získaného vzorku umožňuje zaměřit se na hloubku

zkušenosti jednotlivých respondentů. Mezi respondenty jsou 3 ženy a 2 muži, věkové rozpětí je 25-32 let (průměr je 28 let). S Dobroduší tito respondenti spolupracují v průměru přibližně 2 roky.

4.2 Metody získávání a zpracování dat

Základní metodou pro získání a zpracování dat je v tomto výzkumu interpretativní fenomenologická analýza (IPA; Smith a Osborn, 2003; Reidová, Flowers a Larkin, 2005). Tato metoda kvalitativního výzkumu byla zvolena proto, že výzkumníkovi umožňuje do hloubky analyzovat význam a smysl, který respondenti přikládají svým prožitkům, a u každého z „případů“ se snaží odhalit jedinečný osobní pohled na zkoumané téma. IPA byla nedávno pro studium stigmatu duševní nemoci několikrát úspěšně použita, viz např. Knight, Wykes a Hayward (2003), Birchová, Lavender a Cupittová (2005), Sutoová *et al.* (2012).

IPA je fenomenologická metoda, takže se zajímá především o detailní prozkoumání žitého světa (life-world) jednotlivce. Zároveň je však interpretativní, neboť uznává, že vztah mezi tím, co lidé říkají, jejich myšlením a emocionálním stavem je velmi komplikovaný a nejednoznačný a tento stav je tedy vždy nějakým způsobem interpretován. V případě výzkumu je interpretován dokonce dvakrát: lidé se snaží dát smysl své žité zkušenosti jejím přenesením do myšlenek a slov, výzkumník se snaží dát smysl této jejich interpretaci své zkušenosti. Výzkumník je tedy aktivní, tvořivou součástí celého procesu a na rozdíl od čistě fenomenologického přístupu se nesnaží svou zkušenost uzávorkovat, ale spíše co nejupřímněji reflektovat a vědomě zasadit do procesu zkoumání (viz kapitola 4.4). IPA je idiografický přístup, její závěry tedy sice nelze generalizovat, ale poskytují o to hlubší obrázek o zkušenosti respondentů, jejich vzájemných podobnostech a rozdílech (Smith a Osborn, 2003).

Vstupní data pro analýzu byla pořízena během individuálních polostrukturovaných rozhovorů, což je nejčastěji doporučovaná metoda sběru dat pro potřeby IPA. Do jisté míry totiž směr rozhovoru vede, ponechává však zároveň dostatečný prostor pro respondentovu autentickou výpověď a umožňuje odklonit proud rozhovoru k novým relevantním tématům, na která výzkumník předem nepomyslel (Smith a Osborn, 2003).

Pro potřeby rozhovorů byla z výzkumné otázky zkonstruována obecná témata související s předmětem výzkumu, v našem případě byla čtyři: identita dobrovolníka, dobrovolník a vztahy s okolím, kontakt s okolím v nečekaných situacích, dobrovolník a stigma duševní nemoci ve společnosti. Každé z témat pak bylo doplněno o sadu otázek (viz Příloha E). Ty jsou v IPA kladeny v co možná nejotevřenější formě a teprve v případě, že respondent otázce nerozumí nebo není jeho odpověď dostatečně relevantní či bohatá, je vhodné tam, kde to dává smysl, použít předem připravená „vodítka“ dál zpřesňující podstatu

otázky. Tak je zaručeno, že respondent dostane nejprve prostor pro svou vlastní autentickou odpověď, neovlivněnou pohledem výzkumníka (Smith a Osborn, 2003). Podobným „trychtýřovým“ způsobem byl pak veden i rozhovor jako celek: na začátku se týkal spíše obecných témat a postupně se dostával ke konkrétnějším a osobnějším tématům. Otázky nevycházely přímo z žádného teoretického modelu, konceptuálně se však týkaly především přidružené stigmatizace (kapitola 2.4.3).

Vlastní rozhovory pak probíhaly následovně: na počátku setkání byl respondent ještě jednou krátce informován o záměru výzkumu, přibližném průběhu rozhovoru a etických otázkách (viz kapitola 4.3) a požádán o podepsání informovaného souhlasu. Z rozhovoru byl pořízen zvukový záznam na diktafon. Po skončení rozhovoru následovala krátká oboustranná reflexe jeho průběhu. Délka rozhovoru se pohybovala v rozmezí 50-88 minut (průměr je 68 minut).

Při následující analýze zachycených vstupních dat bylo dodrženo postupu doporučeného pro metodu IPA (Smith a Osborn, 2003). Nejprve byly záznamy rozhovorů přepsány, přičemž již v této fázi byly vznikající textové záznamy anonymizovány (viz ukázka rozhovoru v Příloze F). Následně byly přepisy rozhovorů zaslány respondentům s možností vyjádření se k např. špatně odposlechnutému místu nebo pro doplnění informací. U jednoho ze záznamů došlo k částečným technickým problémům a dotyčná respondentka daný důležitý úsek přepisu laskavě doplnila zpětně (viz poznámka na s. 54).

Poté jsme již přistoupili k samotné analýze. Ta podle schématu IPA probíhá v několika krocích, zprvu pro každý zaznamenaný případ zvlášť:

- nejprve byl přepis rozhovoru opakovaně čten, aby do něj výzkumník mohl co nejhlouběji proniknout.
- Následovala anotace poznámkami na jednom z okrajů přepisu. Poznámky se vztahovaly k místům v textu nějakým způsobem zajímavým či významným. Obsahovaly také výzkumníkovy asociace a předběžné interpretace k tématu, o kterém respondent hovoří, shrnující a parafrázující poznámky. Takto byl postupně okomentován celý přepis.
- Další fází byla tvorba vynořujících se témat, zanášených na druhý okraj stránek s přepisem. Témata byla formulována jako věty stručně vystihující předtím načrtnuté poznámky. V této fázi se výpověď respondenta dostala k o něco vyšší úrovni abstrakce a bylo více využito psychologické terminologie. Snahou bylo odhalit témata dostatečně abstraktní, aby je bylo možné srovnat a propojit s ostatními, zároveň však stále zakotvené v konkrétnostech sdělení respondenta.
- Nakonec bylo přistoupeno k propojování vzájemně podobných témat. Původně chronologicky seřazená témata se tak seřadila do analytičtější podoby, přičemž

byla pomocí vypovídajících drobných ukázek stále svázána s původním textem. Výsledek bylo možné převést do přehledné tabulky.

Tyto kroky byly opakovány pro každého respondenta zvlášť, až následně bylo provedeno vzájemné propojení nalezených témat mezi nimi. Témata byla srovnána z hlediska vzájemné podobnosti nebo naopak rozdílnosti a byla dále prioritizována, tj. některá, pro téma výzkumu méně významná či v odpovědích nedostatečně bohatá témata byla v souladu s metodikou vyloučena. Tímto způsobem došlo k sestavení abstraktnějších souhrnných témat vyššího řádu a jejich konkrétnějších projevů společných pro většinu respondentů nebo jinak významných pro záměr výzkumu. V tomto kroku vznikla přehledná hierarchická tabulka témat pro celý soubor respondentů. Konečně v posledním kroku byla nalezená témata přepsána zpět do narativní formy a doplněna o citace z původních přepisů.

Kromě analýzy společných témat byla při zpracování výsledků sepsána také krátká idiografická shrnutí zkušeností jednotlivých respondentů (viz kapitola 5.1). Shrnutí byla poslána pro zvýšení validity výsledků respondentům zaslána ke kontrole.

Z dřívějších výzkumů je známo, že je obecně velmi obtížné rozlišit stigmatizaci od jiné stresující zátěže, což se jistě týká i našeho výzkumu. Pokoušeli jsme se proto, ve shodě s doporučením Corrigan a Millera (2004), výpovědi analyzovat mj. s přihlédnutím ke kognitivně-sociálnímu modelu stigmatu (kapitola 2.2) a označovat jako stigmatizaci pouze takové zkušenosti, které nějak souvisejí se stereotypními, předsudečnými a diskriminujícími reakcemi okolí spojenými s duševní nemocí. Tím bylo možné tyto stresory odlišit od jiné „běžné“ zátěže spojené s výkonem dobrovolnickovy činnosti

4.3 Etické hledisko výzkumu

Vzhledem k často citlivé povaze prožívání stigmatizace byla etickým aspektům v tomto výzkumu věnována zvýšená pozornost. Již od prvního kontaktu byli potenciální respondenti v emailu a letáčku stručně informováni o etických pravidlech výzkumu. Ta byla ještě jednou a v úplné formě uvedena v informovaném souhlasu, který respondenti podepsali před poskytnutím rozhovoru. Mezi zde uvedené informace patřila ujištění, že lze odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku, že přepis rozhovoru bude ihned při svém vzniku anonymizován a plná podoba přepisu nebude vůbec uchována a konečně že přepis respondent dostane ke zpětné kontrole či doplnění a případnému označení pasáží, které si v žádném případě nepřeje zveřejnit (této možnosti však nikdo z respondentů nevyužil).

Dobrovolníci byli dále informováni o tom, že části a ukázky rozhovorů mohou být citovány ve výsledcích této práce, na druhou stranu byli ujištěni o tom, že zjištěné údaje nebudou použity k žádným jiným účelům než je tato práce. Respondenti měli možnost kdykoliv až do doby kontroly přepisu od výzkumu odstoupit. Po finálním dokončení analýzy byly původní nahrávky rozhovoru zničeny.

Při rozhovorech bylo naší snahou přistupovat k respondentům s maximálním respektem a bezpečně je podporovat v případných osobních sděleních. Nikdo z respondentů neodmítl odpovědět na žádnou otázku nebo pomocnou výzvu.

Na závěr ještě poznamenejme, že jsme si vědomi toho, že celý výzkum a některé jeho výsledky mohou ve čtenáři vzbuzovat dojem, že dobrovolníci jsou nějakými oběťmi kontaktu s duševně nemocným člověkem, „poskvrněného“ stigmatem. Uvědomujeme si, že v některých formulacích se tomuto dojmu pravděpodobně nelze vyhnout. Chceme tímto jasně deklarovat, že takovéto pojetí přidruženého stigmatu nebylo naším záměrem, a doufáme, že z následujícího textu bude zřejmé, že pokud bychom hovořili o nějakých obětech, jde u dobrovolníka i jeho klienta spíše o oběti veřejného stigmatu zakořeněného ve společnosti.

4.4 Reflexe osobní zkušenosti s tématem výzkumu

Fenomenologické a hermeneutické přístupy, jakým je i metoda IPA, počítají s aktivním zapojením výzkumníka do procesu výzkumu se samozřejmostí. Výzkumník by si měl být po celou dobu výzkumu vědom svých vlastních přesvědčení a dojmů týkajících se zkoumaného tématu a měl by je buď uzavřít (odsunout do pozadí), nebo explicitně reflektovat jako součást výsledné práce (Finley, 2009).

V našem výzkumu jsme se pokusili o jakousi kombinaci obojího: při rozhovorech bylo snahou vystupovat spíše neutrálně, případně svým nastavením vycházet vstříc slyšenému a své vlastní rychlé soudy odkládat. Zároveň se však v této kapitole pokusíme i o jistou sebe-reflexi.

Sám jsem v letech 2010-2012 byl dobrovolníkem v organizaci, ze které se rekrutují i respondenti pro tento výzkum. V průběhu celého výzkumu jsem se pokoušel zreflektovat své vlastní postoje vzpomínkami a pročítáním vlastních poznámek a zápisů ze schůzek s klientem z té doby. Již před započítím výzkumu jsem si uvědomil, že na základě své vlastní zkušenosti nalezení jisté stigmatizace dobrovolníků očekávám (byť spíše ve formě nějakých jemných než otevřeně diskriminačních reakcí okolí) a to hlavně v určitých situacích zahrnujících obecnou veřejnost, vůči případné stigmatizaci ze strany blízkých vztahů jsem byl indiferentní. Uvědomoval jsem si také mírné zklamání a úzkost plynoucí z v podstatě nulových zmínek o tomto jevu v odborné literatuře a svou potřebu alespoň nějaké stigma „prokázat“. Již od prvních rozhovorů se mi však tuto předpojatost dařilo opouštět, čemuž paradoxně napomáhal první dojem, že výpovědi respondentů má očekávání naplňují, a tento stav se prohloubil i v následující analýze dat.

5 Výsledky

5.1 Stručná idiografická shrnutí

Pro lepší uchopení kontextu společných témat v další části si nyní nejprve stručně shrňme zkušenost jednotlivých respondentů.¹ Shrnutí jsou vystavěna popisně, bez interpretací, jako krátké ilustrativní příběhy složené z výpovědí respondentů. Tato shrnutí byla pro zvýšení validity výzkumu dobrovolníkům zaslána ke kontrole. Na tuto výzvu zareagovali tři respondenti, z nichž dva hodnotili shrnutí jako zcela výstižná, třetí požádal o drobné doplnění svého příběhu a jeho připomínky byly zapracovány.

5.1.1 Alžběta

Motivací Alžběty pro započetí dobrovolnictví v rámci Dobroduše byl její zájem o oblast duševních onemocnění, se kterou do té doby neměla žádnou zkušenost, sama, ani ze svého okolí. Dobrovolnicí je necelé tři roky a setkává se nyní se svou již druhou klientkou. S oběma klientkami spolu trávily čas především posezením na příjemném místě, povídáním si a procházkami, občas navštívily nějakou kulturní akci. S první klientkou se velmi rychle skamarádily, s druhou klientkou je sblížení, možná i kvůli většímu věkovému rozdílu, zatím trochu obtížnější, klientka si udržuje větší odstup. Alžběta je ve vztahu hodně přizpůsobivá, nezářídka ji ale přesto přepadají obavy, zda je pro svou klientku ta pravá, jestli dostatečně splňuje její očekávání a zda svou roli zvládne. Obecně je ale nadšená z toho, že i tato laická pomoc může pro lidi s duševním onemocněním znamenat významnou pomoc. Společenský obrázek o duševně nemocných je podle Alžběty zabarven především strachem a tendencí tyto lidi preventivně izolovat v léčebnách, což je podle ní dáno malým vzděláním lidí v této oblasti.

O svém dobrovolnictví se svým okolím bez obtíží mluví, s jedinou významnou výjimkou – nesdílí je s rodiči, především s matkou, u níž očekává velmi negativní reakci ovlivněnou veřejným míněním a zprávami v médiích, a nechce si proto svou zkušenost nechat tímto zážitkem kazit. Vzhledem k tomu, že je s rodiči v častém kontaktu, musí svá setkání s klientkou zastírat různými vynalézavými způsoby, což jí však nečiní potíže a bere tento fakt s nadhledem. Jinak se lidé v Alžbětině okolí zajímají a ona jim ráda dělá určitou osvětu. Na část jedné ze schůzek přizvala také svého přítele, který později vyjadřoval své pozitivní překvapení z toho, že je její klientka „úplně normální“.

Z potenciálně stigmatizujících zážitků v kontaktu s veřejností uvádí Alžběta jednu situaci, kdy její klientka pocítila záchvat akutní úzkosti a potřebovala rychle opustit obchod, kde se spolu právě nacházely. Lidé v okolí reagovali vyhýbavě, Alžběta si proto byla nucena

¹ Jména respondentů i všech dalších lidí, míst a ostatních potenciálně určujících atributů byla změněna.

poradit sama a soustředila se hlavně na uklidnění klientky. S druhou klientkou občas zažívá chvílky nechtěné pozornosti, když klientka svým hlasitým expresivním projevem překročí v dané situaci běžné hranice, ale dosud nikdy nebyly svědkem jakékoliv explicitní reakce okolí a dobrovolnice zkušenost hodnotí pouze jako vnitřně poněkud nepříjemnou.

5.1.2 Beáta

Beáta se již několik let před započatím spolupráce s Dobroduší stala svědkyní dramatických událostí v životě blízkého člověka ze svého okolí, u nějž propuklo závažné duševní onemocnění. Sledovala přitom jeho vzrůstající osamění, odklon kamarádů a ostatních lidí a sama tehdy silně pocítila tabuizovanost tématu ve společnosti, neboť se i většina jejich přátel postupně přestala zajímat o to, co v souvislosti s problémy svého blízkého prožívá. Celkově byla tato zkušenost také hlavním spouštěčem hlubšího zájmu o oblast duševních onemocnění a snahy se v ní více vzdělávat a angažovat.

Tato snaha ji také přivedla do Dobroduše, kde se nyní angažuje již cca dva roky a kde postupně pracovala se dvěma klientkami a nyní zahajuje spolupráci se třetí. Náplň setkání s první klientkou tvořily procházky, povídání a občasná sportovní aktivita, u druhé klientky byla původní zakázka spojená s doučováním přerušena hospitalizací klientky, po níž se obsahem schůzek staly spíše neformální rozhovory.

Když mluví o pomoci duševně nemocným lidem, vyzařuje z ní velké odhodlání, sama několikrát zmiňuje, že pro ni jde o nekončící boj, který nechce vzdát. Je připravena i na „pády“ a obtížné situace, kterých ostatně v minulosti zažila řadu. Při nastalých potížích se jí osvědčuje spolehnout se spíše na sebe a svou schopnost racionálně věc zhodnotit a nalézt nějaké řešení, s důvěrou však využívá také zázemí Dobroduše při konzultacích a na supervizi. Pokud je to v nějaké situaci potřeba, je zvyklá převzít zodpovědnost i za klientku. Na schůzky se snaží chodit v dobré kondici, aby byla pozornější vůči potřebám klientek a aby se jí lépe dařilo vytvářet pro ně bezpečné prostředí.

Se svým okolím – především vzhledem ke svým dřívějším negativním zkušenostem – zážitky ze své dobrovolné aktivity příliš nesdílí a pokud ano, pak spíše se snahou věcně řešit nějakou konkrétní potíž u klientky. Několikrát v souvislosti se svým dobrovolnictvím zažila nepřijetí či nepochopení ze strany okolí a proto ve svých sděleních raději zůstává spíše na povrchu a nezabíhá do hlubších, osobnějších rovin. Hlídá si, komu, co a jak řekne. Malé přijetí okolím Beáta přisuzuje tomu, že jde většinou o lidi z technicky orientovaného prostředí, zvyklé spíše na rivalitu než na soucit k hendikepovaným, a nezažívá jim to.

Beáta uvádí několik „nestandardních“, potenciálně stigmatizujících situací během schůzek. Jejich společným jmenovatelem bylo určité nezvyklé chování klientky, při němž hrozily problematické, možná i zraňující reakce okolí. Toto riziko respondentka pocítovala a řešila tím, že se snažila situaci ovlivnit a přitom nadále chránit klientku a její bezpečí. K žádné zjevné negativní reakci ze strany ostatních lidí však ani v jednom případě nedošlo,

lidé z okolí naopak někdy nepřímo vyjádřili pro situaci pochopení a ochotu pomoci, což dobrovolnice přijímala s radostí a úlevou.

Pokud se k tomu naskytne vhodná příležitost, Beáta ráda zve lidi ze svého okolí k pozitivně laděnému kontaktu s lidmi s duševním onemocněním, např. při nějaké veřejné kulturní akci za účasti klientů Dobroduše. Okolnosti kolem duševních nemocí vnímá respondentka jako uzavřený svět „sám pro sebe“ a proto ji podobné propojování s běžnou většinou společností naplňuje obrovským smyslem a zadostiučiněním.

5.1.3 Cyril

Cyrila ke spolupráci s Dobroduší inspirovalo vyprávění kamaráda – dobrovolníka – a letáky rozmístěné po škole. Oblast duševních nemocí jej však fascinuje a zajímá již od dětství a tvoří přirozenou součást jeho života. S různými projevy, které označuje jako „lehčí psychotické záležitosti“ se dodnes setkává u lidí ve svém okolí, kteří toto téma nijak netabuizují, naopak je plně sdílí a přijímají. Přestože obecně ve společnosti vnímá různé předsudky a také strach z duševních nemocí, zdá se, že ve svém vlastním okolí nic podobného nezažívá.

Jako dobrovolník se Cyril angažuje přibližně rok a půl a v současnosti se schází se svým druhým klientem. Náplní schůzek jsou většinou procházky či posezení spojené s neformálními rozhovory. Cyrila velmi baví naslouchat životním příběhům svých klientů (oba jsou staršího věku) a ve vztahu k nim bývá trpělivý, přijímající. Vztah se současným klientem popisuje jako „pohodový“ a obohacující, přechodně jej narušila pouze jediná zkušenost s nečekanou a nepochopitelnou slovní agresí ze strany klienta, kterou přisuzuje jeho duševní nemoci.

Cyril rád své zážitky a pocity z dobrovolnických aktivit sdílí se svým okolím (dbá přitom na anonymitu klienta) a jeho vyprávění jsou všeobecně přijímána se zájmem. To platí i pro nejužší rodinu, se kterou občas sdílí své nabyté zkušenosti a znalosti o duševních nemocech, a občas se sice setkává s drobným „záhadným mlčením“, to však přikládá čistě tomu, že o této oblasti mají tito lidé méně informací a téma je pro ně nové.

Na otázku na možné stigmatizující zážitky s klientem odpovídá, že jich mohlo být několik drobných, do řady z nich se však navenek promítá spíše vyšší věk klientů než jejich duševní potíže. U žádné situace nedošlo ze strany okolí k diskriminujícímu chování, při jedné však Cyril zaregistroval údiv a rozčarování u lidí, se kterými se s klientem pokoušeli něco vyřídit. Obecně má ale naopak často spíše kladnou zkušenost a jako příklad uvádí zážitek v restauraci, kdy se personál, který rychle vytušil, že je na této dvojici „něco zvláštního“, začal k oběma chovat velmi zdvořile, s respektem a úctou. Obecně je Cyril zvyklý ponechávat svým klientům velkou autonomii v jejich projevech, i za cenu toho, že se někdy situace třeba nevyvine příliš účelným směrem, pak teprve zasáhne a snaží se ji citlivě korigovat. V době, kdy Cyril dojížděl za svým tehdy hospitalizovaným klientem do léčebny,

byl svědkem jeho zjevného ponižování ze strany spolupacientů, což v něm zanechalo dojem absurdity a zbytečnosti jejich jednání.

5.1.4 Denisa

Pro Denisu byla hlavní motivací k dobrovolnictví v rámci Dobroduše touha nějakým nestranným způsobem blíže poznat okolnosti duševní nemoci. Setkávala se s ní totiž již od dětství, kdy duševní onemocnění propuklo u jednoho z jejích blízkých příbuzných, a tento fakt významně ovlivnil další život celé rodiny. Hloubala vždy také nad tím, zda u něj jde o opravdové onemocnění nebo spíše jen neochotu okolí přijmout jej takového, jaký je.

V Dobroduši donedávna spolupracovala s jedním klientem po dobu asi jednoho a půl roku. U klienta se vzhledem k jeho duševním potížím střídala období velkých a smělych plánů s obdobími útlumu, snížené nálady a občasných hospitalizací, a tomu odpovídal i charakter schůzek. Ten se proměňoval od návštěv kulturních akcí, učení se jazykům, procházek s povídáním, až po omezení venkovních aktivit a rozhovory s klientem u něj doma. Vzhledem k tomu, že šlo o smíšenou dvojici muž-žena, bylo pro Denisu bezpečnější držet ve vztahu poměrně pevné hranice a svůj vlastní osobní život s ním příliš nesdílet. Klient nejvíce oceňoval její ochotu navštěvovat jej v době, kdy byl hospitalizovaný, což Denise přinášelo hlavní pocit smyslu ze spolupráce, a nečekaně také možnost trochu normalizovat své dřívější nepříjemné zkušenosti s návštěvami léčení.

S přáteli nemá žádný problém své dobrovolnické aktivity sdílet, nikdy z jejich strany nezažila jakékoliv negativní reakce či strach a to ani v době, kdy sama docházela do bydliště klienta. Pro lidi v jejím okolí šlo vždy o přirozené téma, k čemuž asi přispělo i to, že někteří kamarádi mají sami zkušenost s duševní nemocí. Pokud měla někdy Denisa zábrany hovořit s někým o svém dobrovolnictví, šlo vždy spíše o to, že jí vadilo, když někteří lidé reagovali přehnaným obdivem nebo ji vnímali jako obětující se „Matku Terezu“. S vlastní rodinou své zážitky z dobrovolnictví příliš nesdílí. U některých příbuzných očekává naprostý nezájem či nepochopení, „srážku dvou světů“, opět ovšem související spíše s jejím dobrovolnictvím jako takovým než s tématem duševních nemocí. Jednou se pokusila svou aktivitu sdílet s výše zmíněnou blízkou osobou, která prodělává duševní onemocnění, do čehož vkládala velké naděje na vzájemné sblížení a prohloubení pošramocенého vztahu. Tento pokus však podle jejích představ příliš nevyšel, onen příbuzný na zprávu nereagoval ani pozitivně ani zvláště negativně, možná s nádechem určitého strachu, pro Denisu to bylo velké zklamání a nikdy se již k tomuto tématu spolu nevrátili.

Potenciálně stigmatizující schůzky s klientem Denisa nezažila v podstatě žádné. Při procházkách si však někdy uvědomovala, že s klientem tvoří nesourodou dvojici a že se za nimi lidé otáčejí. Vždy však byla bez problémů připravená postavit se za sebe i klienta, pokud by jakákoliv nepříjemná situace, předsudečná či diskriminující reakce okolí nastala.

Všímá si obecného strachu společnosti z duševních nemocí a vadí jí jisté pokrytectví, které vnímá u některých naoko tolerantních lidí. Na její vztah k duševně nemocným ale tyto společenské stereotypy nemají žádný vliv. Chápe však potřebu některých lidí s duševním onemocněním svůj stav před veřejností skrývat. Sama se totiž někdy cítí v tomto smyslu zranitelnější vzhledem k tomu, že se duševní nemoc týká člověka z jejího bezprostředního rodinného kruhu.

5.1.5 Evžen

Evžen byl dobrovolníkem v jiné oblasti již dříve, ale Dobroduš vyhledal proto, aby mohl více pracovat s lidmi, v sociální sféře, chtěl přitom také získat určitý nadhled nad svými vlastními starostmi. Sám měl také dřívější zkušenost s blízkým příbuzným, který trpěl psychickými potížemi, a jemuž byl oporou. Obecně ve společnosti sice pozoruje stereotypy a jistý médii přiživovaný strach, sám však vlastně nikoho s takovýmto pojetím duševních nemocí nezná.

S Dobroduší spolupracuje skoro dva roky a nyní se schází se svým druhým klientem. Schůzky s klienty obecně tráví vyřizováním konkrétních úkolů, např. doprovázením klienta, kam potřebuje, povídáním, procházkami, občasnými návštěvami kulturních akcí, u prvního klienta šlo také o doučování a drobnou výpomoc u něj v domácnosti. První vztah byl pro Evžena poněkud méně intenzivní a posléze „vyšuměl“ do ztracena, když se klient rozhodl službu opustit, se současným klientem se scházejí již pravidelněji a Evžen se velmi těší z kladné zpětné vazby, kterou mu klient poskytuje. Občas však trochu bojuje s vlastní netrpělivostí až bezmocí v situacích, které vzhledem ke klientově velké křehkosti a nejistotě nemůže více ovlivnit podle svého přesvědčení nebo potřeb.

S lidmi ve svém okolí zážitky ze svého dobrovolnictví sdílí bez problémů a rád. Říká, že by pro něj vlastně bylo obtížné si své zážitky z často humorných situací, které se jim spolu s klientem přihodily, nechat pro sebe (zachování anonymity je však samozřejmostí). Vybírá si však spontánně, komu a co řekne, spíše však proto, aby předešel potenciálnímu dojmu vychloubání se. Reakce jeho okolí jsou vesměs pozitivní až radostné a totéž platí i pro členy Evženovy rodiny.

Na otázku na situace se zapojením kolemjdoucích Evžen odpovídá, že toho není moc, ale zmiňuje několik drobných momentů, při kterých měl mírnou vnitřní obavu z předsudečných reakcí okolí a bylo pro něj někdy obtížné ponechat klientovi plnou autonomii v jeho projevech. Někdy se podobným „rizikovým“ situacím snažil i předcházet, tím, že raději danou věc po domluvě s klientem zařídil sám. Žádné negativně laděné chování okolí však nikdy nezaznamenal, naopak si postupně stále více všímá toho, jak jsou lidé, s nimiž se s klientem setkávají, přirozeně vnímaví a ochotní. S jistým údivem a s nadhledem tuto zkušenost shrnuje tak, že zjišťuje, že někdy tyto situace sám prožívá úzkostněji než jeho klient i lidé v okolí, pro které jde, jak se zdá, spíše o zpestření jejich dne.

5.2 Výsledky analýzy společných témat

Dostáváme se k analýze společných témat, která se objevila ve výpovědích respondentů. Hlavní nadřazená témata velmi zhruba odpovídají původním pomyslným blokům otázek, jež byly respondentům kladeny. Jsou to: vnímání veřejného stigma, já a duševní nemoci, sdílení s okolím a kontakt s veřejností. Prvních dvě témata jsou spíše úvodní a mají převážně popisný charakter, v dalších se zaměříme na vlastní potenciálně stigmatizující zážitky dobrovolníků, jejich související vnitřní prožitky a opatření, která v těchto situacích volili.

V Tabulce 2 na následující straně jsou nalezená témata přehledně shrnuta a u každého z nich je uvedena jeho relevance pro všechny respondenty. Při interpretaci výskytu témat u jednotlivých dobrovolníků je však třeba mít na paměti, že vznikla analytickým zpracováním spontánních odpovědí na převážně otevřené otázky. Absence výskytu určitého tématu u některého z respondentů tedy proto ještě nemusí nutně znamenat, že pro něj není relevantní, stejně tak může být libovolnými okolnostmi upozaděné či pro respondenta relativně méně významné. V následujícím textu je u každého tématu v závorce tučným písmem uvedeno jeho kódové označení dle Tabulky 2.

5.2.1 Vnímání veřejného stigma

Vnímání veřejného stigma dobrovolníkem může představovat jakýsi kontextuální rámec, v rámci nějž by pak mohl vnímat stigma duševní nemoci vztahující se k němu osobně nebo lidem ve svém okolí, klienty nevyjímaje.

Všichni dobrovolníci spontánně uvedli, že se v běžné společnosti v souvislosti s povědomím o duševních nemocech vyskytuje strach (1.1), přičemž většina z nich zmiňuje negativní roli médií (1.3). S výjimkou **Alžběty** a **Beáty** však dobrovolníci zdůrazňují, že ve svém vlastním okolí žádné stigma duševní nemoci nepocítují ani nepředpokládají. Velmi pregnantně své vidění všeobecného veřejného stigma vyjádřila **Denisa**, která odhaluje také jakési společenské pokrytectví v toleranci:

Jak podle tebe společnost obecně vnímá lidi s duševním onemocněním?

Strach. No... jakoby strach. Není to v [mém] okolí, ale to je stejný s člověkem s AIDS, s homosexualitou, jakože v uvozovkách se tvářej "tolerantně", ale jen pokud to nemám doma.

[Denisa 459]²

Nízké povědomí (1.2) společnosti o duševních nemocech zmiňuje **Beáta**, **Alžběta** k tomu dodává, že pokud k tomu lidé nejsou donuceni okolnostmi, tak o nich nic ani vědět nechtějí:

...a myslím si, že ještě pořád je jakoby co zlepšovat, že ty lidi prostě jakoby nemají povědomí o tom. Široká veřejnost je pořád taková v tomhle směru jakoby nevzdělaná. Lidi prostě, když nemají někoho ve svém okolí třeba přímo, třeba ve své rodině nebo

2 Kód označuje řádku v prepisu rozhovoru daného respondenta.

kód	téma	Alžběta	Beáta	Cyril	Denisa	Evžen
1	vnímání veřejného stigmatu					
1.1	lidé mají strach	•	•	•	•	•
1.2	lidé o tom málo vědí	•	•			
1.3	role médií		•		•	•
1.4	nutnost nemoc skrývat kvůli stigmatu		•		•	
1.5	dřívější přejímání stereotypů	•				
2	já a duševní nemoci					
2.1	duševní nemoc v mém okolí		•	•	•	•
2.2	důležitá část mého života		•	•	•	
3	sdílení s okolím dobrovolníka					
3.1	formy sdílení					
3.1.1	sdílení vlastních zkušeností a zážitků	•		•	•	•
3.1.2	obecná osvěta o duševních nemocech	•	•	•		
3.1.3	propojení světů klienta a dobrovolníka	•	•			
3.2	zážitek stigmatizace					
3.2.1	nepřijetí, nepochopení okolím		•		.	
3.3	předcházení stigmatizaci					
3.3.1	utajování dobrovolnictví	•	.			
3.3.2	vybírám si, s kým, co a jak sdílím	•	•		•	•
4	kontakt s veřejností					
4.1	explicitní jednání okolí					
4.1.1	vyhýbavá reakce okolí	•				
4.1.2	zprostředkovaná diskriminace			•		
4.2	zážitky „prekérních“ situací					
4.2.1	nechtěná pozornost	•	•			
4.2.2	zjevné stigma	•		•		•
4.2.3	respektování autonomie klienta		•	•		•
4.2.4	anticipované stigma		•			
4.2.5	zveřejnění účelu vztahu					•
4.3	ovlivnění „prekérních“ situací					
4.3.1	vstup do situace		•	•		•
4.3.2	vytěsnění okolí		•			
4.3.3	psychická pohoda		•	.		

Tabulka 2: Souhrn společných témat

u někoho z přátel, kdo je třeba nějakým způsobem tou nemocí zatíženej, jakoukoliv prostě tady tou duševní nemocí, takže prostě jako lidi se o to tak sami nezajímaj.

[Alžběta 654]

Beáta a **Denisa** projevují pochopení pro snahu lidí s duševním onemocněním svůj hendikep skrývat (1.4), **Beáta** to vnímá jako nutnost, ze které viní právě všeobecnou nevědomost a nepřipravenost společnosti:

... ne že bych si myslela, že lidi s psychickým onemocněním, že se za to člověk má stydět, a nějak to jako skrejt, ale muselo by se asi něco víc stát v té společnosti, aby ta osvěta byla větší a aby ty lidi to prostě přijímali stejně, tak, aspoň třeba jako když má někdo cukrovku [...] Až se tohle srovná, tak pak může říkat kdekoliv cokoliv, [...] ale teď prostě mi přijde, že na to ještě není doba zralá, a je lepší to prostě eliminovat, pokud to jenom trochu jde.

[Beáta 840]

Náš výzkum se nezabýval tím, do jaké míry jsou (nebo kdysi byli) dobrovolníci sami ztotožnění se stereotypy a předsudky většinové společnosti. Obecně však pravděpodobně není důvod se domnívat, že by se jim tento společenský „tlak“ měl vyhnout. Naznačuje to i **Alžběta**, která spontánně přiznává, že dříve než se o oblast duševních nemocí začala zajímat, sama bezděčně přejímala některé stereotypy o tom, že duševně nemocní jsou:

..asi lidi, kteří musejí bejt pod silnejma lékama [...] za mřížema, aby prostě někomu něco neprovedli.

[Alžběta 665]

5.2.2 Já a duševní nemoci

Druhé hlavní téma sleduje bezprostřední zkušenost dobrovolníků s duševní nemocí. S výjimkou **Alžběty**, která před vstupem do Dobroduše nikdy do kontaktu s někým s duševním onemocněním nepřišla, uvádějí všichni respondenti určité dřívější zkušenosti (2.1) z blízkého okolí, většinou šlo o rodinné příbuzné nebo přátele. Některé z nich tato zkušenost silně poznamenala, ovlivnila jejich další osud a stala se významnou či přímo přirozenou součástí života (2.2). Je také patrné, že se bezprostřední setkání s duševní nemocí pro řadu respondentů stalo významným impulzem pro hlubší zájem a soustavnější angažování se v této oblasti, respektive pro zahájení své dobrovolnické činnosti. Citujme například **Beátu** a **Cyrila**:

[Duševní nemoc je] část mého života, která je pro mě důležitá, a do který bych se ráda, třeba v budoucnu nějakým způsobem zapojovala.

[Beáta 326]

V životě [jsem měl] štěstí na několik duševně nemocnejch známejch nebo nějak ve svém životě jsem se s tím přirozeně potkával a [...] byla to věc, která mě zajímala.

[Cyril 12]

[Měla] jsem ve svém okolí člověka, co dostal závažnou psychiatrickou diagnózu, no a nevěděla jsem, co já jakožto studentka [technického oboru], můžu v téhle oblasti udělat. [...] A tak jsem hledala na internetu, jestli existuje něco, kde bych se mohla

uplatnit jakožto laik, kterej má zájem o to něco takovýho dělat. No a googlovala jsem a prostě mi nějak naskočil Dobroduš. [Beáta 5]

5.2.3 Sdílení s okolím dobrovolníka

Třetí hlavní téma odhaluje, jakým způsobem, co a s kým ze svého okolí respondenti sdílejí vlastní zážitky, pocity či znalosti nabyté v souvislosti se svou dobrovolnou činností, zda při tom narážejí na nějaké formy stigmatizace a jak s nimi nakládají resp. jak jim předcházejí.

Pro naprostou většinu respondentů jsou zkušenosti se sdílením svého dobrovolnictví veskrze pozitivní. Z výpovědí dobrovolníků je patrné, že zážitky ze setkání s klienty, kontakt s lidmi s duševním onemocněním obecně a postupně hlubší pronikání do světa psychiatrie pro ně představuje podstatnou součást jejich aktuálního života a mají potřebu se o tyto věci dělit s lidmi kolem sebe, zejména s partnerem, přáteli, kolegy v práci a rodinou³.

Obsah a formy sdílení dobrovolnictví (3.1)

Dobrovolníci nejčastěji se svým okolím sdílí zážitky a pocity ze schůzek s klienty (3.1.1): při rozhovorech s přáteli a kolegy, během návštěv u rodičů apod. Okolí tyto zprávy většinou přijímá a zajímá se o ně. Respondenti často spontánně uvádějí, že při vyprávění velmi dbají na zachování anonymity klientů. Uvedme pozitivní zkušenosti **Alžběty, Cyrila, Denisy a Evžena**:

Já se [o tom] vlastně hodně bavím, třeba, když na to přijde řeč, že třeba řeknu holky, já dneska po práci mám sraz s [klientkou] nebo tak, tak třeba kolegyně v práci se zajímají hodně [...] a kolikrát se mě i ptaj, Hele, a co ty lidi jako? A je to taková ta obligátní otázka: Jak vypadaj, poznala bych to na ní? [...] Nebo potom: a co spolu děláte? [...] Takovýmhle způsobem se zajímaj. [Alžběta 227]

Sdílím to. Sdílím to určitě rád že jo s [sociální pracovníkem] a na těch supervizích a potom tak jako jemně něco nechávám proniknout i do nějakých těch třeba hospodských vyprávění, ale snažím se hodně respektovat tu mlčenlivost. A tak buď prostě sdílím nějakou fragmentární historku nebo nějaký pocity, co z toho mám, to mi jako nedělá problém sdílet, to já se o těchhle věcech bavím celkem rád. [Cyril 170]

Mezi mejma kamarádama neexistovalo tabu, takže třeba, když jsem se s někým měla potkat, tak často znali i jeho jméno a věděli, že jdu za [klientem]. Jako že ten den nemůžu [být s nimi]. [...] Nikdy to nebylo téma, že bych se o tom nějak bála bavit. [Denisa 214]

No tak jako nenechal jsem si to pro sebe, nějaký kamarádi to ví nebo třeba v rodině jsem to taky říkal [...] [Snažím se] zachovávat pravidla Dobroduše, že je to anonymní, aby ven nevycházely konkrétní informace [...] takže v tomhle smyslu se svěřuju [...] беру to z takový stránky jako... ne že bych to zlehčoval, ale prostě když o tom mluvím, tak [spíš sdílím] ty vtipný situace a někdy taky, když mám z toho dobrej pocit, tak sdílím ty dobrý pocity. [Evžen 174]

3 „Rodinou“ je v kontextu respondentů tohoto výzkumu míněna jejich původní rodina, především rodiče a sourozenci.

Řada dobrovolníků také ráda předává vědomosti nabyté v souvislosti se svou účastí v Dobroduši, získané např. ze školení, supervizí, apod. a provádí tak jakousi psychiatrickou osvětu (3.1.2) lidem ve svém okolí, kteří o této oblasti tolik nevědí. Zmiňují to **Alžběta**, **Beáta** a **Cyril**:

Lidi fakt o tom moc věcí neví. [Třeba] se prostě ptaj Co to je jako ta maniodepresivní psychóza? [...] Nikdy se s tím nesetkali [...] a když jim to člověk vysvětlí [třeba z toho, co] jsem se dozvěděla na nějakým školení od Dobroduše [...], tak třeba [projeví soucit]. [Alžběta 699]

Když to jde, tak se nějak takovou, zcela neosobní formou, snažím o nějakou takovou jako osvětu, že když je nějaká příležitost, tak se snažím nějak to jako těm lidem přiblížit. [Beáta 388]

V případě těch rodičů [...] já jakoby rád trochu před nima „machruju“ s nějakou svedma zkušnostma a znalostma, takže jsem jako vždycky rád, když je můžu zahlitit všemožnejma informacema, a [smích] oni jsou zase potom rádi, že mě můžou takhle nechat „machrovat“. [Cyril 258]

Dva z respondentů se pokusili některé lidi ze svých sociálních kruhů do světa duševních onemocnění „zasvětit“ přímočařeji (3.1.3). **Alžběta** se svou klientkou seznámila svého přítele a z jejího vyprávění je patrné, že tímto přirozeným osobním kontaktem bezděčně pomohla nabourat některé jeho stereotypy o duševních nemocech:

Tak já vím, že tenkrát, když jsme byli taky s [klientkou] někde si sednout, takže za náma přišel můj tehdejší přítel a ten teda o [klientce] taky věděl, já jsem mu o ní hodně vyprávěla, a on teda byl překvapenej [v pozitivním smyslu]. [...] On teda vyloženě říkal Já a ona je takováhle v pohodě, jo? Tak to jsem si vůbec nemyslel, já jsem si myslel právě, že bude jako nějaká divná. [Alžběta 592]

Beáta jednou pozvala některé své kamarády a příbuzné na malou kulturní akci pořádanou Dobrodušiči a sama byla překvapená, jak velký ohlas tato akce mezi jejími známými měla (*„...a přišlo tam od nás asi osm lidí [smích], takže tam obsadili půlku sálu...“* [Beáta 891]) a s nadšením líčí, že jednu z přítomných návštěvnic tento zážitek inspiroval natolik, že se v budoucnu možná sama také zapojí do dobrovolnictví v této oblasti.

Zážitek stigmatizace okolím (3.2)

Přestože jsou zkušenosti dobrovolníků se sdílením svých zážitků většinou pozitivní, u **Beáty** tomu tak v některých případech nebylo. Ve stručném souhrnu jejího dobrovolnického příběhu výše (viz kapitola 5.1.2) jsme již zmínili, že Beáta se už před vstupem do Dobroduše setkala s nepochopením, odmítáním a vyhubým chováním kamarádů při svých pokusech mluvit o blízkém člověku s duševním onemocněním. Tato nepříjemná zkušenost se jí se opakuje i v souvislosti s jejím dobrovolnictvím, což ještě více poznamenává její ochotu se o něm někomu svěřovat. Nejvýraznější projevy stigmatizace (3.2.1) Beáta zažila se dvěma

blízkými kamarády, kteří na její pokusy o sdílení svých zkušeností s klienty reagovali výrazně odmítavým, ponižujícím a tedy diskriminujícím způsobem. Prožitek nepochopení, bolesti a zklamání vedl Beátu k tomu, že vztahy s těmito lidmi utlumila, což sama zpětně popisuje takto⁴:

Nejbližší kamarád, který dobrovolnictví nazývá výsměšně sebeobětováním a nechápe, proč jsem do toho šla a proč se nevykašlu na toho nemocného z mého blízkého okolí a nechce o tom nic slyšet, není už tím úplně nejbližším, to samé platilo o té kamarádce, kterou jsem zmiňovala jako druhou. Přitom oba vztahy by bez mého setkání s psychiatrií a z toho plynoucí dobrovolnické činnosti jistě dobře fungovaly a já bych byla ušetřena zklamání, které oba zmiňované, kdysi tak klíčové vztahy poznamenalo a oslabilo. [Beáta, písemné sdělení]

Beáta se s nepřijetím své dobrovolnické role a snahou o vyhnutí se tématu duševních nemocí setkává ze strany svých známých častěji, dokáže dokonce rozlišit určité odlišnosti v přístupu mužů a žen. Muži podle ní reagují explicitněji, kdežto ženy spíše snahou téma rychle odklonit či uzavřít:

... takže ti muži to většinou berou jako takový „nepochopitelný sebeobětování“. To je fakt termín, se kterým jsem se u několika z nich setkala, přesně s tímhle slovem. [...] Kdežto holky se spíš třeba... spíš třeba rozpačitě na to reagují, ale neřeknou nikdy takhle silná slova, že třeba řeknou... tak já nevím, „No tak, to bude lepší“, „To bude určitě zas dobrý“ a tak, spíš takovýhle fráze. [Beáta 438]

S výjimkou blízkých přátel zmíněných výše přijímá Beáta popsany nesoulad se svými kamarády s určitým pochopením a nadhledem. Jejich reakce přisuzuje tomu, že se většinou rekrutují z oboru, ve kterém není pro sociální angažovanost „příliš místo“, a tomu, že se s duševní nemocí dosud neselekali:

... jsou prostě jinak jako... orientovaný, jinak vyprofilovaný, mají jinou povahu a asi i nějakou... sociální citlivost, protože zejména v [tomto oboru] je taková hodně... taková rivalita a [...] konkurence. Takže, kdo je slabší, tak ten jde od válu, natož... se ještě [setkávat] s někým takovým slabším, když mně támhle ujíždí vlak. Ale já to jako všeobecně těm lidem třeba nemám tak za zlé, kdyby se v té situaci sami vyskytli, tak by určitě [jednali] jinak. [Beáta 466]

Předcházení stigmatizaci (3.3)

K faktu, že respondenti většinou nejsou terčem žádných zjevných předsudků a diskriminace ze strany svého okolí, mohli sami přispět svým vlastním předjímáním této možnosti. Ve sděleních dobrovolníků se vyskytují témata, která naznačují, že pokud nějakou stigmatizaci očekávají, přirozeně si najdou záměrné či spontánní způsoby, jak takovému zážitku předejít.

4 V tomto výjimečném případě nebylo možné citovat respondentčino přímé sdělení během rozhovoru, neboť nahrávka byla v tomto úseku z technických důvodů poničená. Beáta však velmi ochotně popsala svoji zkušenost ještě jednou a zde je tedy uvedeno její zpětné písemné vyjádření.

Explicitním příkladem je **Alžběta**, která své dobrovolnictví před rodiči, především matkou, již téměř tři roky tají (3.3.1). Pokud by se matce se svou dobrovolnou činností svěřila, s jistotou by očekávala jasnou předsudečnou reakci a nesouhlas:

...je to prostě, no, ona by prostě nesouhlasila. A protože ona prostě bohužel má takovej ten zastaralej názor, že jakoby co neznám a o čem nic nevím, tak toho se bojím, [takže] by řekla ‚A jako ty se jako nebojíš, s takovým člověkem někam jít?‘
A jako ‚Může mít nějakej záchvat, co pak budeš dělat?‘ [Alžběta 273]

Takovouto vyhrocenou situaci by podle Alžbětínych představ nebylo snadné, snad dokonce ani možné, urovnat a sama k takové snaze vyjadřuje nechuť:

...jenomže, já bych jí to nevysvětlila. Nebo možná kdybych s ní seděla 2 hodiny, tak jí vysvětlím, že to jsou úplně normální lidi [...] jenomže prostě máma bohužel, tím že je živěná [...] z krimi zpráv, že támhle nějakej schizofrenik prostě, já nevím, udělal to a to, tak prostě máma by to bohužel brala tak, že by něco takovýho mohlo hrozit i mně.
[Alžběta 278]

...prostě se mi nechce úplně to vysvětlovat, nějaký takový ty [věci kolem] zodpovědnosti a zvědavý dotazy. [Alžběta 296]

Alžběta tedy vzhledem k této anticipované stigmatizaci nechce riskovat konfrontaci a reaguje vyhýbáním se tomuto tématu a jeho utajováním před rodiči. Z jejího vyprávění se však nezdá, že by jí skrývání svého dobrovolnictví přinášelo nějaké výraznější potíže nebo bolestné či jinak negativní emoce. Na celou situaci je již zvyklá, bere ji s jistým nadhledem a lze předpokládat, že ji má úspěšně zracionalizovanou. Výrazně odlišný pohled matky na svět duševních nemocí přisuzuje jejímu vyššímu věku („ona je taková stará škola“ [Alžběta 269]) a vlivu médií. V situacích, při kterých hrozí prozrazení, např. když jí matka zavolá během schůzky s klientkou, bez potíží jedná tak, aby nemuselo být nic odhaleno (např. poodejde stranou a řekne, že je s kamarádkou).

Alžbětino rozhodnutí zcela utajit pravidelné každotýdenní aktivity před někým, s kým je v častějším kontaktu, jistě vyžaduje určité dlouhodobé volní úsilí. Také většina ostatních dobrovolníků se však nějakým, více či méně spontánním způsobem rozhoduje o tom, komu, co a jak o své dobrovolné činnosti sdělí (3.3.2). Jako důležitá se ukazuje především míra důvěry, kterou k dané osobě respondenti cítí, a také odhadované vzájemné porozumění.

Například **Beáta** při kontaktu s lidmi ze svého okolí zvažuje, nakolik je pro ni druhá osoba bezpečná, a zároveň si hlídá, aby se v hovoru o svém dobrovolnictví nedostala do příliš osobní roviny, v níž by se již cítila zranitelná. Kontroluje tedy komu a do jaké míry odhalí témata a zážitky spojené s její aktivitou s klienty. Jedno z kritérií bezpečnosti je pro Beátu například to, zda dotyčná osoba sama má zkušenost s duševními či jinými potížemi:

Jedna kamarádka [...] prodělala mentální anorexii, takže ta je taková jako... bezpečná.

Ale ta [...] není z [mého města], takže nejsme tak často v kontaktu, takže občas, když se zeptá, tak jí takhle říkám o dobrovolnictví, u nás, v mém okolí ten člověk je na tom takhle a takhle, ale jsou to spíš jenom takový... věcnější věci. Kdyby tady byla, tady [ve městě], tak by to bylo třeba i jiný, ale není tady, takže se to ani třeba do mailu nedá nahrnout, všechno. [Beáta 413]

...některý lidi jsou hnedka na první pohled taková jako empatický nebo... mají třeba sami za sebou nějakou, nebo ze svého okolí nějakou zkušenost, [...] ne třeba s psychiatrickou diagnózou, ale s nějakým jiným onemocněním [...], tak ti třeba jsou víc taková... jako že [...] mají rozvinutější schopnost něco pochopit. [Beáta 488]

Hlídaní míry věcnosti sdělení Beáta popisuje například takto:

...mám ještě pár lidí kolem sebe, kterejm třeba někdy i říkám víc, ale spíš jako, že už to taky trochu filtruju, ty informace. [...] Říkám spíš takový ty opatrnější věci. [Beáta 410]

Někdy Beáta využívá také „úhybného manévru“ generalizace, kdy záměrně podá nepřesnou, všeobecnou informaci, aby nemusela nic vysvětlovat:

...s touhleto klientkou, to už jsem prostě věděla, že to nemá cenu. Že když se mě někdo zeptá, co budeš dělat odpoledne a já jsem měla v plánu zajet za ní [do léčebny], tak jsem prostě řekla, že už nějaký plány mám, tak jsem to jako postavila tak, abych to nemusela nějak jako... rozpitvát a hlouběji to vysvětlovat. [Beáta 426]

Také **Denisa** přirozeně a s velkou jistotou rozlišuje, komu o svém dobrovolnictví povědět, a používá k tomu kritérium jakési obecnější kompatibility svého světa se světem druhé osoby. Podívejme se, jak přesně ji toto kritérium vede u jednotlivých členů rodiny:

Když si to vezmu dopodrobna, tak s tou nejbližší rodinou bych to musela vzít postupně, protože u každého to bylo trochu jinak. Brácha, toho by to vůbec nezajímalo, ten by řek, že tím ztrácím čas. [...] Myslím, že by to byl střet nepochopenejch světů, že by nepochopil, proč si o tom vůbec povídáme. [Denisa 254]

U neteře [sestry], [která] mi je hodně blízko, tak ta jediná to jakoby věděla... vůbec s tím neměla problém, [...] brala to jako samozřejmost. [Denisa 265]

Táta, tak protože... s tátou máme naprosto stejnej vztah jako Amélie z Montmartru se svým otcem, takže jako kdybych tátovi řekla, že jsem byla na třech potratech a jsem třeba závislá na koxu, tak mi řekne: ‚Dobrý, a co jinak?‘ [... je to] vztah divnejch světů a nepochopení. [Denisa 284]

Pro srovnání uvedme, že i pro **Evžena** je přirozené neříkat o svém dobrovolnictví každému, pro něj je to však spíše záležitost běžného zachování soukromí než předcházení možného nepochopení:

Myslím si, že to je přirozený to neříkat každému, že jo... Když to zobecním, je to otázka soukromí [...], tak to na setkání nevykládám a nejsem taky člověk, kterej [by se tím chtěl] chlubit. Prostě, není to tak, že bych se za to styděl, [...] ale jsou lidi, kterým to vůbec neříkám a který to neví a nemám důvod, proč jim to říkat. [Evžen 204]

5.2.4 Kontakt s veřejností

Dostáváme se k poslednímu hlavnímu tématu analýzy, kterým jsou zážitky dobrovolníků při schůzkách s klienty, během nichž mohlo potenciálně dojít ke stigmatizaci ze strany okolí. Pestrá paleta témat ve sděleních respondentů se seskupila do následujících tří nadřazených témat: explicitní jednání okolí, zážitky „prekérních“ situací potenciálně souvisejících se stigmatizací a opatření pro ovlivnění těchto situací.

Explicitní jednání okolí (4.1)

Respondenti v podstatě žádné zážitky, při nichž by byli terčem explicitní diskriminace, ve svých výpovědích neuvádějí. Jedinou výjimkou je pravděpodobně situace, kterou popisuje **Alžběta**. Její klientka jednou při nakupování pocítila akutní úzkost a musela vyběhnout ven na ulici, kde ji dobrovolnice našla celou třesoucí se a zpotenou. Alžběta svůj prožitek v této situaci a reakci okolí popisuje takto (viz také Příloha F):

Říkala jsem si, ježíšmarja, co se děje, [cítila jsem] úlek, takovej strach a [...] bezmoc, jako Ježíš, co budu dělat? A teď když jsem ji tam venku viděla, prostě jako uzlíček nervů, tak si říkám Ježíš, co teď? A teď konc jako kdo by mi tam pomoh, že jo, tam prostě lidi kolem nás chodili, ale nikoho nezajímalo, co tam nějaký dvě bláznivý holky dělaj. [Alžběta 455]

Lidi kolem nás chodili a jakoby [nic]. I když to asi na ní teda museli vidět, [i když] se na nás dívali, tak prostě nikoho to nějak nezarazilo, že by se někdo zastavil [a zeptal se] Všechno v pořádku, nepotřebujete pomoc?“, nic. Úplně samy jsme v tom byly. [Alžběta 479]

V popisu situace nalézáme některé atributy, které podle nás ukazují na diskriminující vyhýbavé chování lidí v okolí (4.1.1): jde o vyhocenou situaci a lidé si podle respondentky všimli, že se dvojice, kterou míjejí, chová velmi zvláště a že se pravděpodobně něco přihodilo. Nikdo z nich však nezasáhl. Alžběta zažívá pocity odmítnutí a uvědomuje si, že je na řešení celé situace sama.

Cyril uvádí příhodu, při které nebyl sám terčem stigmatizace ze strany okolí, ale stal se svědkem toho, když spolupacienti ponižovali jeho klienta v době, kdy jej byl navštívit v léčebně. Své dojmy z této zprostředkované stigmatizace (4.1.2) popisuje takto:

Tříkrát jsem byl v léčebně, tam [se udála] stigmatizace ze strany ostatních pacientů... protože on je jako hodně zmatenej a... zapomnětlivej občas a tak, tak oni si z něj dělali vyloženě srandu na tohleto konto, asi dva pacienti. [Cyril 562]

Bylo to prostě takový hnusný od nich. [...] Mně to přišlo strašně takový zbytečný, že oni si asi do něj promítají, že je ještě zoufalejší než oni a kvůli tomu si z něj dělají srandu. Tak jsem si říkal, že se chovají strašně zbytečně. [Cyril 583]

Zážitky „prekérních“ situací (4.2)

Ocitla-li se dvojice klient–dobrovolník v nějaké nestandardní, nepříhodné či nějakým způsobem choulostivé situaci, vedlo to u respondentů často k prožitku úzkosti. Ta sice většinou není dobrovolníky výslovně zmiňována, je však podle nás v jejich výpovědích často patrná nepřímou, implicitně a lze ji vysledovat jak ze souvisejícího obsahu, tak i z formy sdělení respondentů (delší pomlky, obtížnější hledání slov, nápadně stručná odpověď, apod.). Prožitky úzkosti prosvítají velkou částí „prekérních“ příhod, které dobrovolníci uvádějí. Toto téma tedy odhaluje různé okolnosti, za kterých se u respondentů během schůzek prožitek úzkosti objevil nebo zintenzívnil.

Jsme si vědomi toho, že úzkost není emocií, která by byla pro stigmatizující situace specifická, a že její výskyt naopak může souviset s řadou jiných příčin: s obavami o klienta, praktickou potřebou interakci dokončit nebo změnit její průběh tak, aby bylo dosaženo jejího zamýšleného účelu, s vlastní sociální úzkostí dobrovolníka apod. Proto jsme z analýzy vyloučili témata, u kterých je sice patrná úzkost respondentů, ti však zároveň neregistrovali ani nepředpokládali žádné zvláštní reakce lidí v okolí. Nadále proto také hovoříme o *potenciálně* stigmatizujících interakcích s okolím a případně podrobněji komentujeme jejich jednotlivé okolnosti z hlediska možné stigmatizace.

Situace popisované dobrovolníky někdy zahrnují zážitek nechtěné pozornosti (4.2.1), kdy okolní lidé zpozorují, že je na chování dvojice něco zvláštního, a zaměří na ni svou pozornost. Dobrovolníci si v situacích, které se odvíjely nějakým nečekaným způsobem, občas uvědomovali, že je okolí sleduje, a tento pocit jim byl většinou nepříjemný.

Alžběta v situaci před obchodem (viz předchozí strana) zmiňuje, že by sice stála o to, aby jim někdo z kolemjdoucích pomohl, pouhá pozornost – jediná reakce okolí, které se dočkala – jí však byla nepříjemná:

...no a takhle jsme tam stály a objímaly jsme se před tím [obchodem] asi 5 minut. Lidi kolem nás chodili a koukali po nás. [Alžběta 417]

Alžběta uvádí ještě druhou „mikrosituaci“ v kavárně, s klientkou, která si na něco nahlas a velmi expresivně stěžovala, což respondentku uvádělo do určité nepohody:

Prostě jakoby to jsem si všimla, [...] že se třeba stane, že ta obsluha, dejme tomu, když třeba sedíme tady nebo to, takže jako tak po očku na nás tak jako [kouká], ale těžko říct, jestli jako vůbec si ty lidi něco myslí, těžko říct. [Alžběta 618]

Pohledy okolí zaregistrovala také **Beáta**, v situaci, kdy klientku zachvátila úzkost, kterou začala expresivně projevovat v zázemí sportovního zařízení plného lidí, dvojice byla navíc v časovém tlaku, aby toto zařízení opustila. Z jejího popisu se však nezdá, že by ji pozornost okolí nějak výrazně zúzkostňovala, byla v tu chvíli zaměřena spíše na co nejrychlejší vyřešení situace. Beáta pohledy okolí popisuje takto:

...tak [ten časový tlak] pro mě byl takovej, docela nepříjemnej... kromě toho, že teda ty lidi kolem se trošku... jako ohlíželi, a tak, a sledovali, co se děje. [Beáta 553]

...viděla jsem, že lidi, když tam tak... ona křičí, tak že se po nás tak jako ohlížejí a že je jako trošku asi pro ně... nestandardní... [Beáta 599]

Beáta vzpomíná také na nepříjemné pohledy zaměstnankyň knihovny, kam s klientkou často chodily trávit schůzky, aniž by si něco půjčily:

Ty knihovnice na nás vždycky, když jsme odcházely bez knížky, tak vždycky na nás tak jakoby koukaly, jestli jsme jako něco neukradly nebo já nevím [smích]. Jako že nás nevidí úplně rády, protože prostě využíváme bezplatnou službu [...], i když jsme se snažily vždycky je zdravít a bejt slušný [smích]. [Beáta 803]

V těchto situacích však jistě nešlo o předsudečnou reakci na stigma duševní choroby, neboť to se nijak zjevně neprojevovalo, knihovnice pravděpodobně pouze reagovaly na jakousi opakující se nespécifickou zvláštnost v chování dvojice.

Pozornost okolí mohlo mohlo také přinést nejen to, jakým způsobem se dvojice chová, ale také to, jak vypadá. Že je toto téma důležité, naznačuje fakt, že v podstatě všichni dobrovolníci ve svých výpovědích komentovali, zda je na jejich klientech duševní nemoc nějak vnějškově poznat nebo zda naopak není (4.2.2).

V některých případech tato možná zjevnost duševní nemoci vedla k nepříjemným pocitům respondentů. Například **Alžběta** uvádí situaci v kavárně, ze které je patrné, že vnímá ne úplně obvyklou vizáž své klientky a zároveň se trochu za toto své uvědomění stydí:

Já mám teda trošičku jakoby dojem, ono je to tak jako trošku ošklivý to takhle říct, ale mám dojem, že na paní [klientce] je to trošičku víc vidět, že jakoby má nějakou trošku... že není úplně stoprocentně zdravá. A třeba když tady takhle třeba sedíme, tak možná malinko asi jsme trošku netypická dvojice. [Alžběta 611]

Někdy šlo spíše o určitý situační nesoulad v tom, jak dvojice vypadá. **Evžen** například zmiňuje historku z divadla, kam jeho klient přišel poněkud méně vhodně oblečen, a on si s jistou úzkostí představoval, jak klienta asi mohou vnímat lidé v okolí:

[Klient] běžel za ním a podal mu [zapomenutou věc] a mě tak jakoby proběhlo hlavou, jak on ho může vnímat [...], že [na něj klient] možná nepůsobí úplně běžně. Možná je to právě i to konkrétní v tom, jak se oblíká. [...] On se vlastně oblíká úplně normálně, ale do divadla si [nevezal nějaký slušnější oblečení], ale on asi moc oblečení neměl, takže, trošku asi nestandardně vypadal. [Evžen 390]

K nepříjemným pocitům přispělo také Evženovo uvědomování si toho, že svého klienta zná především z úplně jiného kontextu než je běžná návštěva divadla a že již poznal projevy jeho duševní nemoci. Bezděčné přenesení kontextu nápomocného vztahu dobrovolník-klient s duševní chorobou do jinak banální situace zvýraznilo Evženovy pocity nepohody a úzkostného očekávání toho, že okolí klienta „prohlédne“:

Protože ty s ním máš zkušenost jako s klientem, že jo, tak... máš představu nebo já jsem měl představu, že i okolí ho může vnímat jako [...] jinak než jako normálního běžného návštěvníka divadla. [Evžen 376]

Cyřil naproti tomu uvádí situaci opačného vyznění, kdy zjevné stigma jeho klienta vedlo naopak k projevům úcty a jisté obřadnosti ze strany citlivého okolí:

Ten hospodskej vytuřil asi dost rychle, že je jakoby něčo zvlářtního na tų situaci, že on ten člověk má tu duřevní nemoc jako i trochu v obličejí a z jeho projevu to tak trochu sálá. A ten se k nám taky choval s takovou jakoby úctou, že se tam vytvořila spíš taková sváteční atmosféra, bez jakýkoliv stigmatizace. [Cyřil 534]

Tři dobrovolníci uváděli určité subjektivní potíže také v některých momentech, při nichž byli nuceni se rozhodovat o tom, nakolik budou respektovat autonomii klienta (4.2.3). Průběh situace popisují tak, že si v určitém momentu uvědomili, že se interakce klienta s okolím nevyvíjí žádoucím směrem a že by možná bylo vhodné nějak zakročit, na druhou stranu však nechtěli klienta zranit příliš direktivním zásahem do situace. **Cyřil** zmiňuje příhodu, která spěla do všeobecného zmatení okolí, neboť se jeho a klientova sdělení diametrálně liřila:

...protože on nejdřív jako vřdycky tvrdil, že mu ukradli občanku a řek strařně zmatenej příběh, kterej dával málo smyslu, a teprve až potom já jsem si říkal, že to začnu jako nějak opravovat, ten příběh, do tų realističtější verze [že občanku ztratil]. Takže když jsme to na [ty vrátné] takhle chřlili, tak ony nevěděly, co se v tu chvíli po nich přesně chce. [...] Probíhalo to fakt zmateně, že ty dvě vrátný... z nás byly takový bezradný. [Cyřil 461]

Evžen vzpomíná na situaci v divadle, při které klient spontánně řel předat nalezenou peněženku jejímu majiteli, který již byl na odchodu ze sálu, a on váhal, zda by neměl oslovit pána raději sám, aby při interakci nedošlo k nějakému zádrhelu:

Takže tam byla [v určitém momentu] ta představa, že kdybych to byl já a dones to tomu člověku, tak to prostě proběhne bez problémů, kdežto když tam tu peněženku donese ten klient, tak se může stát cokoliv. Ale to cokoliv v tų fantazii nebylo, ty konkrétní možnosti, jak by to mohlo dopadnout. [Evžen 417]

Komplikovanost respektování autonomie klienta dobře vystihuje **Beáta**, která zmiňuje svou, před klientkou utajovanou, snahu ji opatrovat:

Já jsem věděla, že jsem jakoby ta... asi v tom vztahu zodpovědnější a musím [klientku] trochu hlídát, ale zase jí dát absolutní prostor, a nedat jí najevo, že je tak jako hlídám, aby se cítili fakt bezpečně a že jsme si jakoby rovni. [Beáta 135]

Jistou úzkost a obavu o klienta může vzbuzovat i očekávání budoucí stigmatizace klienta (4.2.4) na základě nějaké nepřijemné aktuální situace. Toto téma se objevilo ve sdělení **Beáty**, která popisuje svou starost o to, jak se ke klientce budou chovat zaměstnanci

knihovny poté, co na tomto místě velmi nahlas a expresivně mluvila o svých intimních problémech:

Já bych teda nikdy nechtěla, aby někdo, pro koho to není určený, aby tohle slyšel, a ještě když je to místo, kam člověk chodí permanentně, protože z toho jednoznačně plynulo, že není tak... kompenzovaná a některý věci jsou asi obtížně přijatelný pro někoho, kdo [klientku] nezná. Že ho můžou polekat nebo [vyvolat] nějaký negativní dojem [...] může pro ni vzniknout nepříjemná situace nějakýho nepřijetí. [Beáta 750]

Posledním tématem souvisejícím s prožitky případné stigmatizace je nemožnost zveřejnění účelu vztahu mezi dobrovolníkem a klientem (4.2.5), ke kterému může dojít například při neočekávaném propojení jejich sociálních kruhů. O takové situaci hovoří **Evžen**, kdy na schůzce s klientem náhodně potkal vzdálenější kamarádku, se kterou jinak nebývá v častém kontaktu a která o jeho dobrovolnické činnosti neví. Evžen je vzájemně spontánně představil, ale s určitou nepohodou si uvědomoval, že kamarádce v dané chvíli nemůže plně objasnit typ vztahu, který spolu s klientem mají, tedy že v podstatě jde o účelný, nikoliv čistě kamarádský, přirozeně vzniklý vztah. Z jeho sdělení je patrné, že klíčovou roli v tomto pocitu nepatřičnosti hrál dojem těsného vztahu mezi respondentem a klientem v kombinaci s klientovým částečně patrným stigmatem:

Ač mi to vlastně bylo celkem jedno, co si o tom myslí, ale bylo by mi příjemnější, kdyby věděla, kdo to je a... jaký spolu máme vztah, než když jako neví vůbec nic. Protože se zas tak často nevidáme, tak jsem jí to ani neměl příležitost vysvětlit. [...] Teď mě napadlo, že by bylo pro mě lepší, kdyby mě potkala ve skupině všech [klientů] [...], že by tam bylo jasné, že jde o nějakou sociální službu, protože by tam bylo tak jako víc lidí, nestandardně vypadajících. [Evžen 601]

Ovlivnění „prekérních“ situací (4.3)

Dobrovolníci uvedli několik opatření a snah, které používají k tomu, aby z choulostivých situací mohli spolu s klienty uniknout. Nejčastěji zmiňovaným způsobem, jak nepříjemně prožívané momenty ovlivnit, bylo aktivní vstoupení dobrovolníka do situace (4.3.1).

Při jedné situaci se například **Beáta** rozhodla ochránit svou klientku před případným odmítnutím (a zároveň sebe sama před potenciálně trapným zážitkem), když spolu šly žádat personál kina o plakát k dětskému filmu, a to tak, že spolu s ní zahrála roli, která by byla pro okolí přijatelná:

Snažila jsem se vytvořit bezpečnou situaci, že jsme prostě takový dvě kamarádky, v uvozovkách tak trochu „ujetý“ na ty šmouly, tak aby ta paní [...] nebyla na nás nepříjemná, že si z ní děláme legraci. Ale ona, když viděla, že jdeme takhle mile a příjemně, tak se usmála [...] a plakát nám fakt sehnala. [Beáta 673]

Beáta se také snaží si všimnout toho, jakou náplň bude pravděpodobně schůzka mít, a pokud vytuší možné riziko choulostivé situace, zkouší s klientkou zvolit co nejbezpečnější prostředí:

Když se scházíme samy nebo v parku, kde jsou jenom nějaký kolemjdoucí, který přicházejí a mizej, a nesdílejí s náma nějaký delší časovej interval, tak tam si můžeme povídat třeba o čemkoliv. [Beáta 631]

Vždycky když jsem věděla, že si chce povídat, tak jsme šly do parku. [Beáta 788]

Cyril, s vidinou potenciálně velmi nepříjemných zážitků na policii při vysvětlování, zda byla klientova občanka ukradená nebo ztracená (viz popis příhody na s. 60), přesvědčil klienta aby věc pro jistotu ještě ověřil u manželky:

Potom jsme se definitivně nechali poslat [na policii] a... pak jako v průběhu cesty se mi povedlo ho přemluvit, ať zavoláme jeho manželce [...] a ta nás poslala na to správný místo, kde ta občanka fakt byla... [smích] [Cyril 512]

Evžen zmiňuje příhodu, kdy s klientem velmi spěchali do muzea, nevěděli ovšem, kde je a potřebovali se zeptat na informacích. Vzhledem k tomu, že jeho klient je velmi úzkostný a opakovaně se potřebuje o každé informaci ujišťovat, rozhodl se Evžen zařídit celou věc raději sám, vyřídit vše rychleji a předejít také možnému údivu personálu.

[Říkal jsem si], jak oni se budou tvářit na něj, že je takovej nestandardní... Spíš ale převažovalo to, aby to bylo rychleji vyřízený, říkal jsem si, že když tam půjdu já, tak to půjde všechno hladce, [...] [ale taky] mě napadlo, že by jako moh bejt problém a... že by se třeba mohli víc divit, kdo se to přišel ptát. [Evžen 483]

Ne vždy se však situaci ovlivnit podaří a v takových případech nezbyvá než přijmout pasivnější roli a pokusit se například reakce okolí nějakým způsobem nevnímat, vytěsnit (4.3.2). Tuto strategii zvolila **Beáta**, které selhaly pokusy utišit klientku, jež velmi hlasitě popisovala své aktuální intimní problémy v tichém prostředí knihovny. Tento moment líčí následovně:

Pozorovala jsi nějakou... takovou [negativní] reakci?

Já jsem se nedívala... [smích] Já jsem se radši snažila... seděla jsem k tý knihovnici zády, takže jsem se nedívala ani jsem nechtěla. [Beáta 758]

Posledním zjištěným způsobem, jak předcházet nepříjemným situacím na setkáních, je celková psychická pohoda dobrovolníka (4.3.3), která umožní na průběh schůzky lépe reagovat. Beáta k tomu uvádí:

Já se takhle snažím většinou, i na ty schůzky se připravit, abych byla v takový dobrý, pohodovější kondici, abych eliminovala případný problémy, který by mohly pramenit třeba z nějakýho máho... ne úplně dobrýho rozpoložení, že bych [...] něco třeba přehlídla [...] nebo podcenila. [...] U týhle klientky mi přišlo, že jí i docela vyhovuje, že jsem vždycky taková konstantní a klidná. [Beáta 710]

6 Diskuse

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda dobrovolníci pracující s lidmi s duševním onemocněním zažívají v souvislosti se svou dobrovolnou aktivitou nějaké formy stigmatizace a pokud ano, prozkoumat, jak takové situace prožívají a jak s nimi dále nakládají. Prostřednictvím interpretované fenomenologické analýzy byla nalezena čtyři hlavní témata relevantní pro stigmatizaci dobrovolníků: vnímání veřejného stigma (1), já a duševní nemoci (2), sdílení dobrovolnických zkušeností s okolím (3) a zážitky při kontaktu s veřejností (4).

Při pohledu na získané výsledky lze souhrnně konstatovat, že přestože si jsou respondenti veřejného stigma duševní nemoci velmi dobře vědomi a oprávněně je vnímají jako závažný společenský problém (viz téma 1), sami zjevnou stigmatizaci téměř nezažívají. Pozastavme se nyní nad možnými příčinami tohoto, na první pohled paradoxního, zjištění.

Jednou z nich by mohl být fakt, že se respondenti do výzkumu rekrutovali účelně zúženým samovýběrem. Je dobře známo (Miovský, 2006), že tato metoda výběru vzorku je náchylná ke zkreslením plynoucím z toho, že se do výzkumů mají tendenci aktivně hlásit lidé v průměru odlišní od běžné populace. V našem případě je například hypoteticky možné, že dobrovolníci, kteří zažívali výraznější diskriminaci či předsudečné reakce okolí, byli vinou svých nepříjemných zážitků příliš málo motivováni se tímto tématem jakkoliv dále zabývat. K podobné hypotéze dochází i Wight *et al.* (2006), kteří relativně málo uváděnou četnost přidružené stigmatizace partnerů pečujících o lidi s HIV/AIDS vysvětlují mj. tím, že pro účast ve výzkumu je nutné, aby respondenti cítili alespoň základní komfort hovořit o tomto citlivém tématu.

Přestože byla výzva k výzkumu zaslána všem aktuálně činným a některým bývalým dobrovolníkům, do samotného výzkumu se nakonec přihlásili pouze relativně velmi zkušené dobrovolníci (nejkratší doba spolupráce činila přibližně jeden a půl roku, většina z nich se postupně setkávala se dvěma a více klienty). Ve vzorku se tedy neobjevili žádní přidruženou stigmatizací potenciálně více zatížení respondenti. Možné je také to, že respondenti, kteří až na jedinou výjimku všichni mají vlastní dlouhodobé zkušenosti s duševní chorobou ze svého okolí (viz téma 2), se v této oblasti umí přirozeně pohybovat a potenciálně rizikové situace předvídat a tudíž jim i efektivně předcházet. V podstatě shodnou hypotézu uvádějí Angermeyer, Beck, Dietrichová a Holzingerová (2004), kteří varují před přílišným optimismem nad malým výskytem stigma uváděným respondenty. Roli podle nich může hrát právě anticipace stigma, která vede k tomu, že se respondenti ohrožujícím situacím vyhýbají. Zjevnou diskriminaci či předsudečné reakce pak sice nezažívají, zároveň však nejsou ve svém rozhodování, vinou stigma, svobodní.

Dalším faktorem, který v nízkém výskytu uváděné explicitní stigmatizace mohl hrát významnou roli, jsou kromě dobrovolníků také klienti, kteří by podle podmínek projektu

Dobroduš (blíže viz kapitola 1.4.2) měli být dostatečně stabilizovaní, bez akutních příznaků nemoci a schopní komunikace a spolupráce. Lze se tedy domnívat, že tito klienti budou výraznějšími projevy nemoci postižení relativně méně často než průměrní pacienti s psychiatrickými potížemi a tedy že se budou i méně často setkávat s diskriminací či zjevnými předsudky okolí. Významným činitelem může dále být druh duševního onemocnění klientů, neboť intenzita předsudků vůči lidem s různými diagnózami se diametrálně liší, což jsme komentovali již v kapitole 2.4.1. Dobrovolníkům v projektu Dobroduš nejsou diagnózy klientů sdělovány z důvodů ochrany osobních údajů a tento faktor jsme tedy ve výzkumu explicitně nesledovali. Ze spontánních výpovědí respondentů však je patrné, že ne každý dobrovolník se věnuje klientovi postiženému psychotickou poruchou, kterou obecně ve společnosti provází největší stigma. Někteří klienti z popisu dobrovolníků vykazují spíše známky poruch úzkostného či bipolárního spektra, jež jsou obecně přijímány mnohem lépe (viz Praško, 2001 a kapitola 2.4.1).

Závěrem této diskuse podotkneme, že předkládaný výzkum je patrně prvním svého druhu a není tedy možné přímo porovnat výsledky s existující literaturou (viz kapitola 2.5). V dalším textu se pokusíme vyhodnotit a případně také srovnat alespoň některá dílčí výzkumná zjištění.

Přejdeme nyní podrobněji k oběma potenciálním zdrojům stigmatizace, které jsme prozkoumali při analýze témat. Prvním z nich je sdílení zkušeností dobrovolníků se svým sociálním okolím (3). Zážitky i znalosti nabyté při aktivitách s klienty jsou respondenty většinou bez problémů sdíleny. Ukázalo se, že dobrovolníci jsou dobře integrovaní ve svých sociálních kruzích, zejména mezi přáteli, kteří jejich zájem sdílejí a podporují. Jedinou výjimkou, v rámci níž by respondenti zažívali negativní reakce ze strany přátel, je situace Beáty. Ta byla nucena tuto nepříjemnou zkušenost, tento deficit respektu a reciprocity, která je nutnou podmínkou hlubokého přátelského vztahu (Hewstone a Stroebe, 2006), vyřešit omezením kontaktů s dotyčnými lidmi. Existenci předsudků u těchto přátel respondentka přisuzuje právě konfliktem dvou hodnotových světů, tito lidé jsou orientováni jinak než ona a v této oblasti mezi nimi neexistuje žádný hodnotový průnik. Zvažování vztahové kompatibility hodnot vztahujících se k dobrovolnictví a psychiatrii obecně se běžně vyskytuje u většiny respondentů a v jejich případě jde o spontánní rozhodování, nikoliv z donucení okolnostmi (nepříjemnými zážitky). Dobrovolníci přirozeně tuší, komu, jak a co je vhodné o své dobrovolnické aktivitě sdělovat, a tím také předcházejí případným, možná bolestným, nedorozuměním.

Zastavme se také u situace respondentky, která uvedla výrazné anticipované stigma ze strany rodiny (Alžběta), jež ji vede k utajování svého dobrovolnictví jako takového. Jde opět o přesný příklad mechanismu, o kterém jsme pojednali výše v této kapitole a který popisuje Wight *et al.* (2006): k diskriminaci v tomto případě nedochází, neboť se situacím,

kdy by se mohla projevit, dobrovolnice záměrně a účinně vyhýbá. Tato snaha pro ni nepředstavuje výraznější zátěž, je proto bez obtíží schopna v tomto stavu částečně omezené spontaneity při interakcích s rodiči dlouhodobě setrvávat.

Jako druhý potenciální zdroj stigmatizace dobrovolníků bylo zkoumáno téma kontaktu dvojice klient-dobrovolník s veřejností při společných schůzkách (4). Ani zde se žádná zjevná diskriminace v podstatě neobjevila. Jedinou situaci, kterou jsme označili jako diskriminující chování kolemjdoucích lidí (viz příhoda popisovaná Alžbětou na s. 57), jsme takto interpretovali pouze na základě nepřímých signálů (pocitů a dojmů respondentky). Vzhledem k tomu, že zde šlo o vyhýbavé chování bez přímé konfrontace (například slovní), nelze s jistotou tvrdit, že jde o prokázanou diskriminaci, přesto ji považujeme za dosti pravděpodobnou. Situace totiž odpovídá mj. i dosavadním poznatkům o tom, že stigma vnímané jako nebezpečné (což v tomto případě výrazně expresivních projevů klientky hypoteticky možné bylo), vede často právě k vyhýbavým reakcím (viz Corrigan *et al.*, 2002 a kapitola 2.4.1).

Uveďme nyní ještě jednu hypotézu, proč se zjevnější stigmatizace v situacích kontaktu dvojice s veřejností neobjevila. Domníváme se, že je možné, že u dvojic klient-dobrovolník probíhá obdobný mechanismus, jako je přidružená stigmatizace, ovšem opačného rázu. Dobrovolník, který není nositelem žádného stigmatu, může pro okolí při vzájemných interakcích sloužit jako jakýsi ostrůvek „normality“ a bezpečí, vedoucí k tomu, že lidé v okolí, kteří by jinak na samotného klienta reagovali třeba explicitně negativně, v přítomnosti dobrovolníka, jenž je s ním očividně v nějakém vztahu, svou explicitní reakci potlačí a zachovají se více přijímajícím stylem. V takovém případě dle literatury (viz studie Pryora *et al.*, 2012 komentovaná v kapitole 2.4.3) bylo pravděpodobně možné zachytit jakousi disonanci mezi explicitní a implicitní reakcí, např. nesoulad mezi vstřícným slovním projevem a neverbálními signály okolí. Ve výpovědích respondentů našeho výzkumu se všimnutí si této disonance neobjevuje, jde však často o tak jemné a obtížně zachytitelné nuance v chování lidí, že je podle nás možné tuto absenci očekávat.

Explicitní stigmatizace se tedy při setkáních dobrovolníků s klienty objevila jen velice vzácně, přesto se její skrytější, implicitnější formy pravděpodobně vyskytovaly v řadě výpovědí respondentů. Vždy šlo o nějakým způsobem nepříhodné, „prekérní“ situace, při kterých dobrovolníci pociťovali různou míru úzkosti (4.2). Tímto zjištěním se velmi přibližujeme k tématu práce Heblové, Tickleové a Heathertona (2000), která se podrobně věnuje drobným, nepříjemně vnímaným momentům při kontaktu mezi nestigmatizovanou a stigmatizovanou osobou, v jejichž pozadí podle autorů stojí právě prožitek úzkosti (viz též stručný komentář studie v kapitole 2.4.1). Autoři se věnují vnitřním stavům a dějům, které u obou osob na hranici kontaktu vedou k pocitům úzkosti. Mezi tyto děje na straně stigmatizujících patří například vnímání překročení nějaké očekávané normy chování u

stigmatizovaného, což u nich může vést ke ztrátě vodítek pro nejhodnější reakci a výsledkem je jejich zmatenost. Přesně takovou situaci pravděpodobně zažili například Cyril se svým klientem při hledání ztracených dokladů (viz popis příhody a citace na s. 60). V případě stigmatizovaných zase Heblová *et al.* (2000) uvádějí velmi časté pocity nemožnosti vyhnout se pozornosti okolí a uchránit si své soukromí, pocity, jako by byli permanentně „na scéně“. Právě tento druh zážitku byl poměrně často zmiňován i dobrovolníky v našem výzkumu, viz téma (4.2.1). Tyto dva a další příklady prožitků úzkosti u dobrovolníků nás vedou k přesvědčení, že se dobrovolníci (a o to více samozřejmě i klienti) při schůzkách s jistou mírnou, implicitní stigmatizací setkávají. Zároveň však většinou nemívají potíže takovouto nepříjemnou situaci nějakým žádoucím způsobem ovlivnit (4.3).

Závěrem diskuse ještě krátce okomentujeme dílčí poznatek, který se objevil v tématu vnímání veřejného stigmatu (1): jedna z respondentek uvedla, že než se začala o oblast duševních nemocí zajímat, sama byla přesvědčená o některých stereotypech s touto oblastí spojených. Tento poznatek naznačuje dvě věci. Za prvé, že tyto stereotypy byly pravděpodobně získány v průběhu přirozené socializace respondentky, možná vlivem její rodiny, jejíž někteří členové vykazují známky silných předsudků o duševně nemocných lidech. Tento poznatek je ve shodě s výzkumy vlivu socializace na internalizaci stereotypů komentovanými v kapitole 2.4.2. Za druhé, zjištění, že tyto předsudky u respondentky vymizely poté, co se o oblast psychiatrie začala více zajímat, potažmo po zahájení spolupráce s Dobroduší, plně odpovídá představám o destigmatizačním vlivu výuky a především osobního kontaktu, jež se objevují v literatuře (viz Corrigan *et al.*, 2005 a kapitola 2.4.1). S tím velmi pravděpodobně souvisejí i velmi dobré zkušenosti respondentů s představením svých klientů členům svých sociálních kruhů.

Zabývejme se nyní limity předkládaného výzkumu. Výše jsme již zmínili možné zkreslení vzniklé zvolenou metodou výběru respondentů – samovýběrem. Nutnost aktivní motivace respondentů k účasti na výzkumu může znamenat, že se takto vyseletovali dobrovolníci, kteří měli zájem (a odvalu) o často nepříjemných situacích, které při schůzkách zažili, do hloubky mluvit. Komplexnější výsledky by pravděpodobně bylo možné získat pravým účelovým výběrem, tj. apriorním vyhodnocením zážitků dobrovolníků a nábořem jen těch pro zvolené téma nejhodnějších kandidátů.

Jistá omezení má samotná interpretativní fenomenologická analýza, která, jako každá kvalitativní metoda, zpracovává data zatížená velkou subjektivitou. Jak jsme zmínili v kapitole 4.2, pro získání výsledků tohoto výzkumu, musely autentické zážitky respondentů projít procesem dvojí interpretace. Nejprve interpretovali svou zkušenost dobrovolníci při popisu situací, se kterými se potkávali, posléze byla tyto jejich zážitky interpretovány ještě jednou při analýze výzkumníkem. Toto je však inherentní vlastnost metody IPA a tudíž

omezení, jež je explicitně „přiznáno“ a s nímž je při vyhodnocování výsledků nutno počítat. Obecně lze namítnout, že u takto subjektivně zaměřeného výzkumu chybí nezaujatý pohled. Záměrem tohoto kvalitativního výzkumu však nebylo získat reprezentativní výsledky, ale podrobně prozkoumat právě subjektivní zkušenost dobrovolníků.

Dalším faktorem, který mohl výsledky subjektivně zkreslit, je výzkumník sám. Na rozdíl od některých jiných fenomenologických metod jsou v případě IPA postoje výzkumníka explicitně uvedeny a tvoří nedílnou součást celého výzkumu. Reflexi osobní zkušenosti výzkumníka jsme uvedli v kapitole 4.4. Pro další zvýšení validity výzkumu byly přepisy rozhovorů a zejména krátké příběhy shrnující zkušenost dobrovolníků tak jak ji výzkumník nazírá, respondentům zaslány ke kontrole. Jejich odezva je komentována v kapitolách 4.2 a 5.1.

Provedený výzkum by mohl být inspirací pro další výzkumy. Lákavé by mohlo být pokusit se o kvantitativní prozkoumání fenoménu přidružené stigmatizace, nicméně takovýto typ výzkumu by měl být realizován spíše v zahraničí, kde je k dispozici řádově větší populace potenciálních respondentů než u nás.

Jsme přesvědčeni, že výsledky této práce mohou být užitečné pro hlubší povědomí o výskytu, prožitcích a zvládání stigmatizace dobrovolníků při práci s lidmi s duševním onemocněním. To může být užitečné zejména pro organizace, které podobnou dobrovolnickou službu poskytují. Výsledky by mohly posloužit například při školení nových dobrovolníků jako jeden z podkladů pro jejich edukaci týkající se stigmatu duševní nemoci. Doufáme, že by některé poznatky z této práce mohly přispět k nalezení konkrétních témat, o kterých by mohli dobrovolníci, aktivní i budoucí, mezi sebou i se svými klienty, diskutovat, neboť stigma se podle našeho názoru uplatňuje především tam, kde zůstávají postoje, názory a pocity lidí neprozkoumány a nevyřčeny.

7 Závěry

Kvalitativní analýzou výpovědí dobrovolníků pracujících s lidmi s duševním onemocněním byla získána čtyři hlavní témata: vnímání veřejného stigma, vlastní zkušenost s duševní nemocí, sdílení zážitků z dobrovolnictví s okolím a prožitky v situacích kontaktu s veřejností.

Žádná výrazná explicitní stigmatizace dobrovolníků nebyla zjištěna. V jednom případě došlo ke zjevným odmítavým reakcím sociálního okolí respondentky v souvislosti s její dobrovolnou aktivitou. Většinou však respondenti se svým okolím sdílejí své zážitky z dobrovolnictví bez potíží. Při kontaktu s veřejností opět nebyly zjištěny téměř žádné známky zjevné stigmatizace. Poměrně častá je však pravděpodobná implicitní stigmatizace, která se někdy objevuje při nepříhodných, „prekérních“ situacích během schůzek.

Výsledky této práce považujeme za inovativní, neboť nám není známo, že by podobný výzkum stigma souvisejícího s dobrovolnictvím v oblasti duševních nemocí byl doposud proveden.

Souhrn

Tato závěrečná práce se zabývá otázkou, zda jsou dobrovolníci pracující s lidmi s duševním onemocněním vystaveni nějakým formám stigmatizace, tedy předsudečných nebo diskriminujících reakcí okolí. Zkoumá dále, jaké jsou případné se stigmatizací související prožitky dobrovolníků a jak s nimi dále nakládají.

Výzkum vychází z konceptuálního modelu čtyř projevů stigmatu duševní nemoci dle Pryora a Reedera (2011). Ten rozlišuje čtyři vzájemně překrývající se složky stigmatu: veřejné stigma (tedy pohled veřejnosti na duševně nemocné), self-stigma (prožitky lidí s duševním onemocněním tváří v tvář stigmatu), přidružené stigma (tj. stigma osob, jež jsou s lidmi s duševním onemocněním v nějakém vztahu) a strukturální stigma (tj. všeobecné, nezáměrně diskriminující mechanismy obsažené ve společenských normách, legislativě či pravidlech institucí). Všechny čtyři složky stigmatu byly popsány v teoretické části, hlavní část práce je však zaměřena na přidružené stigma (*stigma by association*). Výzkumy ukazují, že i pouhá náhodná přítomnost někoho ve společnosti stigmatizovaného člověka často vede k přidružené stigmatizaci jeho samotného. Tím spíše se stigma vyskytuje v případě, že spolu dvojice má nějaký jasný, srozumitelný vztah. To se týká především rodinných příslušníků, nicméně stigmatizace se nevyhýbá se ani profesionálům a v neposlední řadě také dobrovolníkům, kteří s lidmi s duševním onemocněním pracují. Právě na prozkoumání okolností stigmatizace dobrovolníků v této oblasti se tato práce soustřeďuje především. K tomuto tématu doposud pravděpodobně nebyl žádný výzkum proveden, výsledky této studie jsou tedy inovativní.

Pro účely prvotního prozkoumání fenoménu přidružené stigmatizace dobrovolníků bylo přistoupeno ke kvalitativnímu výzkumu. Respondenti byli vybráni z řad dobrovolníků pracujících v rámci pražského projektu Dobroduš. Ten poskytuje lidem s duševním onemocněním službu tzv. asistovaného přátelství spočívajícího v pravidelném dlouhodobém setkávání dobrovolníka s klientem v přirozeném prostředí. Vycházíme přitom z přesvědčení, že právě tento neformálně laděný druh interakce mezi dobrovolníkem a klientem poskytuje nejvíce příležitostí k potenciálně stigmatizujícím situacím a zážitkům dobrovolníků.

Ve zmíněné organizaci byli osloveni současní a částečně i bývalí dobrovolníci, kteří se k výzkumu přihlašovali samovýběrem. Takto bylo získáno pět respondentů (z celkové populace cca 40 dobrovolníků). Následně s nimi byly provedeny polostrukturované rozhovory vedené v rámci metodologie interpretativní fenomenologické analýzy (IPA, Smith a Osborn, 2003), což je idiografická metoda, která se s výhodou používá pro podrobné prozkoumání žitého světa (*life-world*) respondentů, přičemž uznává nutnost jisté interpretace výsledků výzkumníkem. Dobrovolníci byli dotazováni především na případné potíže se sdílením zážitků ze své dobrovolné aktivity se svým okolím a na zvláštní, neočekávané situace na veřejnosti, při kterých se z nějakého důvodu necítili pohodlně.

Záznamy rozhovorů byly přepsány, anonymizovány a podrobeny analýze IPA. Z této analýzy vzešla čtyři hlavní témata související s potenciální stigmatizací dobrovolníků: vnímání veřejného stigma, vlastní zkušenost s duševní nemocí, sdílení zážitků z dobrovolnictví s okolím a prožitky v situacích kontaktu s veřejností. Ke každému tématu byl v přehledné tabulce označen jeho případný výskyt u každého z respondentů (viz Tabulka 2, s. 50). Kromě analýzy společných témat byly vytvořeny také krátké idiografické souhrny, stručným způsobem charakterizující zkušenost jednotlivých dobrovolníků související se stigmatem. V rámci zpracování dat bylo provedeno několik opatření pro zvýšení validity výzkumu, včetně reflexe osobní zkušenosti výzkumníka se sledovaným tématem a kontroly stručných příběhů respondenty.

Žádná výrazná explicitní stigmatizace dobrovolníků nebyla zjištěna. V jednom případě došlo ke zjevným odmítavým reakcím sociálního okolí respondentky v souvislosti s její dobrovolnou aktivitou. Tento zážitek u ní vedl k omezení do té doby vřelého přátelského vztahu s dotyčnými lidmi. Jiná respondentka předvídá negativní reakci ze strany rodičů s takovou jistotou, že se rozhodla před nimi celou svou dobrovolnickou kariéru tajit. Toto omezení spontaneity pro ni však ani při kontaktu s nimi nepředstavuje větší zátěž a dobrovolnice se bez potíží vyhýbá rizikovým tématům a situacím s rodiči. Ve velké většině však respondenti se svým okolím své zážitky z dobrovolnictví sdílejí, jejich sociální okolí je přijímá a v aktivitě podporuje.

Při kontaktu dvojice dobrovolník-klient s veřejností opět nebyly zjištěny téměř žádné známky zjevné stigmatizace, tj. diskriminujícího chování nebo předsudečných reakcí okolí. Poměrně častá je však pravděpodobná implicitní stigmatizace, která se někdy objevuje při nepříhodných, „prekérních“ situacích během schůzek a projevuje se pocity úzkosti u dobrovolníků. Úzkost sice není emocí specifickou pro stigmatizující situace, nicméně dle literatury jde o výrazné vodítko pro posuzování situací (Heblová, Tickleová a Heatherton, 2000). Konfrontací s literaturou tak docházíme k závěru, že se v řadě situací stigmatizace pravděpodobně vyskytuje, ovšem spíše implicitním, jemným způsobem, projevuje se například údivem, všeobecným zmatkem, pocity trapnosti. Tyto závěry podrobně komentujeme v diskusi. Dobrovolníci také uváděli řadu technik, jakými svou úzkost z nepříhodných situací snižují, aktivně například do situace zasahují, či rizikové situace předvídají a snaží se jim společně s klientem vyhnout.

Limity tohoto výzkumu jsou podrobně rozebrány v diskusi, hlavní možná výhrada se však týká samovýběru respondentů, který mohl zážitky a projevy stigma pozitivním způsobem zkreslit.

Hlavní výzkumný úkol, tedy prozkoumat prožitky stigmatizace a jejich zvládnutí dobrovolníky pracujícími s lidmi s duševním onemocněním byl dle našeho názoru splněn.

Literatura a použité zdroje

- Akintola, O. (2008). Defying all odds: coping with the challenges of volunteer caregiving for patients with AIDS in South Africa. *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), 357-365.
- Angermeyer, M. C., Beck, M., Dietrich, S., & Holzinger, A. (2004). The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 153-162.
- Angermeyer, M. C., Schulze, B., & Dietrich, S. (2003). Courtesy stigma: A focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 593-602.
- Baštecká, B. a kol. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- Beldie, A., den Boer, J. A., Brain, C., Constant, E., Figueira, M. L., Filipic, I., et al. (2012). Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(suppl. 1), 1-38.
- Birch, S., Lavender, T., & Cupitt, C. (2005). The physical healthcare experiences of women with mental health problems: Status versus stigma. *Journal of Mental Health*, 14(1), 61-72.
- Bizub, A. L., & Davidson, L. (2011). Stigma-busting, Compeer, and the psychology student: A pilot study on the impact of contact with a person who has a mental illness. *The Humanistic Psychologist*, 39(4), 312-323.
- Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S.E. (in press). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*. Retrieved Jan 13, 2013, from <http://portal.ou.nl/documents/3034841/o/Bos+Pryor+Reeder+Stutterheim+2013.pdf>
- Bradshaw, T., & Haddock, G. (1998). Is befriending by trained volunteers of value to people suffering from long-term mental illness? *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 713-720.
- Corrigan, P. W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 179-190.
- Corrigan, P. W., & Miller, F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13(6), 537-548.
- Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., et al. (2002). Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 293-309.
- Couture, S. M., & Penn, D. L. (2006). The effects of prospective naturalistic contact on the stigma of mental illness. *Journal of Community Psychology*, 34(5), 635-645.

- Davidson, L., Shahar, G., Stayner, D. A., Chinman, M. J., Rakfeldt, J., & Tebes, J. K. (2004). Supported socialization for people with psychiatric disabilities: lessons from a randomized controlled trial. *Journal of Community Psychology*, 32(4), 453-477.
- Dekker, P., & Halman, L. (2003). Volunteering and values: An introduction. In P. Dekker & L. Halman (Eds.), *The values of volunteering: cross-cultural perspectives* (pp. 1-17). New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- DEMA. (2004). *Názory na schizofrenii: Reprezentativní průzkum v ČR*. Retrieved January 16, 2013 from <http://www.stopstigma.cz/files/nazory-na-schizofrenii.doc>
- Diakonie ČCE. (2012). *Výroční zpráva 2011* [Annual report]. Praha: Diakonie ČCE – SKP.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness: Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 184(2), 176-181.
- Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 1-28). New York: Guilford Press.
- Dragomirecká, E. (2010, November). Co jsme podědili aneb čísla a data z historie psychiatrické péče. Paper presented at XXXI. Konference sociální psychiatrie, Karlovy Vary. Retrieved March 7, 2013, from <http://www.rpkk.cz/download/Sbornik/files/o33.pdf>
- Eliášová, L. (2008). DOBRODUŠ je DOBROvolník pro lidi s DUŠevním onemocněním . *Esprit*, 11-12, 19.
- Eliášová, L. (2011). *Lidský vztah jako nástroj změny ve službě následné péče pro lidi s duševním onemocněním* (Unpublished Bachelor's thesis, Masarykova univerzita, Brno).
- Fabrega, H., Jr. (1990). Psychiatric stigma in the classical and medieval period: A review of the literature. *Comprehensive Psychiatry*, 31(4), 289-306.
- Farina, A. (2000). The few gains and many losses for those stigmatized by psychiatric disorders. In J. H. Harvey & E. D. Miller (Eds.), *Loss and trauma: General and close relationship perspectives* (pp. 183-207). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Fechner, A. H., & Parke, J. H. (1951). The volunteer worker and the psychiatric hospital. *The American journal of psychiatry*, 107(8), 602-606.
- Finlay, L. (2009). Debating phenomenological research methods. *Phenomenology & Practice*, 3(1), 6-25.

- Foitová, Z. (2009). Komunitní péče aneb Aby péče o duši neztratila duši. In O. Pěč & V. Probstová (Eds.), *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče* (pp. 208-245). Praha: TRITON.
- Franz, L., Carter, T., Leiner, A. S., Bergner, E., Thompson, N. J., & Compton, M. T. (2010). Stigma and treatment delay in first-episode psychosis: A grounded theory study. *Early Intervention in Psychiatry*, 4(1), 47-56.
- Frič, P., & Pospíšilová, T. (2010). *Vzorce a hodnoty dobrovolnictví v české společnosti na začátku 21. století*. Praha: Agnes.
- Goffman, E. (2003). *Stigma: Poznámky k problému zvládnání narušené identity* (T. Prášek, Trans.). Praha: Sociologické nakladatelství / Most. (Original work published 1963).
- Hallett, C., Klug, G., Lauber, Ch., & Priebe, S. (2012). Volunteering in the care of people with severe mental illness: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 12:226.
- Harrington, A. (2012). The fall of the schizophrenogenic mother. *The Lancet*, 379(9823), 1292-1293.
- Hebl, M. R., Tickle, J., & Heatherton, T. F. (2000). Awkward moments in interactions between nonstigmatized and stigmatized individuals. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 275-306). New York: Guilford Press.
- Hewstone, M., & Stroebe, W. (2006). *Sociální psychologie: Moderní učebnice sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Ječná, V., Hosák, L., & Čermáková, E. (2009). Stres v povolání psychiatrické sestry. *Česká a slovenská psychiatrie*, 105(1), 27-31.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401.
- King, E. B., Hebl, M., & Heatherton, T. F. (2005). Theories of Stigma. In K. D. Brownell, R. M. Puhl, M. B. Schwartz, & L. Rudd (Eds.), *Weight bias: Nature, consequences, and remedies* (pp. 109-120). New York: The Guilford Press.
- Knight, M. T., Wykes, T., & Hayward, P. (2003). 'People don't understand': An investigation of stigma in schizophrenia using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). *Journal of Mental Health*, 12(3), 209-222.
- Koišová, H. (2012). *Dobrovolnický program je rozšířen o Asistované přátelství* [Web news, April 24, 2012]. Retrieved March 10, 2013, from <http://www.mb-net.cz/?page=cz,16541.dobrovolnicky-program-je-rozsiren-o-asistovane-pratelstvi>
- Kopřiva, J., Havrdová, Z., & Horáková, D. (2004). *Deset let práce a směřování České katolické charity*. Retrieved March 7, 2013, from <http://old.charita.cz/article.asp?nArticleID=311>

- Košnerová, M. (2012). *Sociální práce s duševně nemocnými se zaměřením na sociální službu Dobroduš* (Unpublished Master's thesis, Univerzita Hradec Králové).
- Lauber, C., Nordt, C., Falcató, L., & Rössler, W. (2002). Determinants of attitude to volunteering in psychiatry: Results of a public opinion survey in Switzerland. *International journal of social psychiatry*, 48(3), 209-219.
- Libiger, J. (2001). Stigma duševního onemocnění. *Psychiatrie*, 5(1), 38-40.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328-1333.
- Lusková D. & Lusková Š. (2012). *Dobrovolnictví s sociálních službách*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Retrieved February 1, 2013, from http://www.mpsv.cz/files/clanky/14242/Zprava_2012.pdf
- McCorkle, B. H., Dunn, E. C., Yu Mui, W., & Gagne, C. (2009). Compeer friends: A qualitative study of a volunteer friendship programme for people with serious mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 291-305.
- McCorkle, B. H., Rogers, E. S., Dunn, E. C., Lyass, A., & Yu Mui, W. (2008). Increasing social support for individuals with serious mental illness: Evaluating the compeer model of intentional friendship. *Community Mental Health Journal*, 44(5), 359-366.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2012a). Česká psychiatrická péče se dočká změn [Press release]. Retrieved March 8, 2013, from http://www.mzcr.cz/dokumenty/ceska-psychiatricka-pece-se-docka-zmen-_6848_1.html
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2012b). *Strategie reformy psychiatrické péče : Vstupní zpráva*. Retrieved March 3, 2013, from <http://reformapsychiatrie.cz/2012/12/03/vstupni-zprava-strategie-je-pripravena/>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Mitchell, G., & Pistrang, N. (2011). Befriending for mental health problems: Processes of helping. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(2), 151-169.
- Montclair, A. (2011). *Friendship really matters: Exploring effects of Compeer friendships for people experiencing mental illness*. Victoria, Australia: St. Vincent de Paul Society.
- Nawková, L., Adámková, T., Holcnerová, P., Nawka, A., Bednářová, B., Žuchová, S., et al. (2010). Vyobrazení osob s duševním onemocněním v českých, chorvatských a slovenských tištěných médiích. *Česká a slovenská psychiatrie*, 106(6), 351-356.

- Omoto, A. M., & Snyder, M. (1995). Sustained helping without obligation: Motivation, longevity of service, and perceived attitude change among AIDS volunteers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 671-686.
- Östman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 494-498.
- NAMI. (n. d.). *The PACT advocacy guide* [Brochure]. Arlington, VA: NAMI Assertive Community Treatment Technical Assistance Center. Retrieved March 10, 2013, from <http://www.nami.org/Content/ContentGroups/Programs/PACT1/PAG.doc.pdf>
- Novotný, M., & Stará, I. (2002). *Dobrovolníci v nemocnicích: Metodický manuál pro zdravotnická a sociální zařízení*. Praha: Hestia.
- Pechová, O. (2007). Diskriminace a její příčiny z pohledu psychologie. In R. Neumannová & M. Kykalová (Eds.), *Antidiskriminační vzdělávání a veřejná správa v ČR* (pp. 8 - 17). Praha: Multikulturní centrum.
- Phelan, J. C., Bromet, E. J., & Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 115-126.
- Pospíšilová, T. (2011). Dobrovolnictví v České republice před rokem 1989: diskurzy, definice, aktualizace. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*, 47(5), 887-910.
- Praško J. (2001). Stigmatizace u „psychogenních poruch”. *Psychiatrie*, 5(1), 32-37.
- Pryor, J. B., & Reeder, G. D. (2011). HIV-related stigma. In J. C. Hall, B. J. Hall, C. J. Cockerell, *HIV/AIDS in the Post-HAART Era: Manifestations, treatment, and Epidemiology* (pp. 790-806). Shelton, CT: People's Medical Publishing House – USA.
- Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Monroe, A. E. (2012). The infection of bad company: Stigma by association. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(2), 224-241.
- Ralph, R. O. (2002). The dynamics of disclosure: Its impact on recovery and rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 165-172.
- Reding, G. R., & Goldsmith, E. F. (1967). The nonprofessional hospital volunteer as a member of the psychiatric consultation team. *Community Mental Health Journal*, 3(3), 267-272.
- Reid, K., Flowers, P., & Larkin, M. (2005). Exploring lived experience. *Psychologist*, 18(1), 20-23.
- Ross, R. M. (1958). *A volunteer programme for patients in a provincial mental hospital* (Unpublished Master's thesis, The University of British Columbia, Canada).
- Sacca, R., & Ryan, C. (2011). Relationships between interpersonal contact as a volunteer companion and stigma. *Australasian Psychiatry*, 19(5), 439-443.
- Sherr, M. E. (2008). *Social work with volunteers*. Chicago: Lyceum Books, Inc.

- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155.
- Skirboll, B. W. (1994). The Compeer model: Client rehabilitation and economic benefits. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(2), 89-94.
- Skirboll, B. W., & Pavelsky, P. K. (1984). The Compeer Program: Volunteers as friends of the mentally ill. *Hospital & Community Psychiatry*, 35(9), 938-939.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith, *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 51-80). London: SAGE Publications, Ltd.
- Snyder, M., Omoto, A. M., & Crain, A. L. (1999). Punished for their good deeds: Stigmatization of AIDS volunteers. *American Behavioral Scientist*, 42(7), 1175-1192.
- STEM/MARK. (2004a). *Občanská společnost 2004: V jakém stavu se nachází naše občanská společnost v době vstupu ČR do EU? Reprezentativní šetření*. Retrieved February 5, 2013 from <http://www.stem.cz/clanek/731>
- STEM/MARK. (2004b). *Psychiatrie v ČR 2004 : Implementace koncepce psychiatrie z pohledu ambulantní péče . Závěrečná zpráva projektu*. Retrieved March 7, 2013, from http://www.cmhcd.cz/vyzkumna_evaluacni_cinnost.html
- Stojaspalová, K. (2011). *Reprezentace duševní poruchy v české psychiatrické literatuře před a po roku 1989* (Unpublished Master's thesis, Masarykova univerzita, Brno).
- Suto, M., Livingston, J. D., Holle, R., Lapsley, S., Hinshaw, S. P., Hale, S., *et al.* (2012). Stigma Shrinks my Bubble: A Qualitative Study of Understandings and Experiences of Stigma and Bipolar Disorder. *Stigma Research and Action*, 2(2), 85-92.
- Švab, V. (2011). Stigma and Mental Disorders. In L. L'Abate (Ed.), *Mental Illnesses – Understanding, Prediction and Control* (pp. 37-68). Rijeka, Croatia: InTech.
- Teachman, B. A., Wilson, J. G., & Komarovskaya, I. (2006). Implicit and explicit stigma of mental illness in diagnosed and healthy samples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(1), 75-95.
- 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.
- Tombs, D., Stowers, C., Fairbank, S., & Akkrill, T. (2003). A befriending service for individuals with complex, enduring mental health problems. *Clinical Psychology*, 28, 33-36.
- Tošner, J., & Sozanská, O. (2002). *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. Praha: Portál.

- VIDA. (2009). *Adresář služeb pro lidi s duševním onemocněním v České Republice*. (n. p.):
Vida, o. s. Retrieved March 3, 2013, from <http://www.cuni.cz/UK-3390-version1-vida.pdf>
- VIDA. (2011). *Adresář služeb pro lidi s duševním onemocněním v České Republice*. (n. p.):
Vida, o. s. Retrieved March 9, 2013, from <http://www.stopstigma.cz/download/vida-adresar-sluzeb.pdf>
- Wight, R. G., Aneshensel, C. S., Murphy, D. A., Miller-Martinez, D., & Beals, K. P. (2006).
Perceived HIV stigma in AIDS caregiving dyads. *Social Science & Medicine*, 62(2),
444-456.

PŘÍLOHY

A Zadání bakalářské práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2011/2012

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYB)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
BORÁK Matouš	Tyršova 26, Ostrava - Moravská Ostrava	108078

Téma česky:

Zážitky stigmatizace při dobrovolnické činnosti s duševně nemocnými a jejich zvládnání

Název anglicky:

Experiences of stigma during volunteering with mental health consumers and coping them

Vedoucí práce:

Mgr. Martin Kupka, Ph.D. - PCH

Zásady pro vypracování:

- Prostudování norem pro diplomové práce a dodržování jejich zásad.
- Studium literatury z oblasti stigmatizace osob s duševním onemocněním a lidem v jejich okolí, vyhledání zahraniční literatury prostřednictvím databáze zahraničních článků (např. EBSCO).
- Vypracování osnovy teoretické části práce se zaměřením na proces prožitku stigmatizace z pohledu lidí v blízkém okolí duševně nemocných a na strategie pro nakládání s těmito prožitky.
- Vytvoření designu výzkumné části práce a provedení výzkumu - doporučena je kvalitativní metodologie (záměr a cíle práce, popis výzkumného vzorku, identifikace konkrétních výzkumných otázek, sběr dat prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů), přínosy práce.
- Kvalitativní analýza získaných dat - doporučeno je využití metody Fenomenologické interpretativní analýzy (IPA) se zaměřením na významy, které respondenti přikládají afektivním prožitkům spojeným se stigmatizací a které spoluutvářejí strategii pro jejich zpracování.
- Syntéza a diskuse zjištěných poznatků, možná doporučení.

Seznam doporučené literatury:

- Adamová, D. (2010). Stigmatizace osob s duševním onemocněním. Bakalářská diplomová práce, Katedra sociologie a andragogiky, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého, Olomouc.
- Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B., Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 28(1), 143-155.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich S., King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *The British journal of psychiatry*, 184, 176-181.
- Gonzáles-Torres, M. A., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A., Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(1), 14-23.
- Miovský, M. (2004). Diplomové práce v oboru psychologie. Olomouc: FF UP Olomouc.
- Östman, M., Kjellin, L. (2002). Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. *The British journal of psychiatry*, 181, 494-498.
- Phelan, J., C., Bromet, E. J., Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia bulletin*, 24(1), 115-126.
- Smith, J. A., Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed) *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Methods*. London: Sage.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumer's experience of stigma. *Schizophrenia bulletin*, 25(3), 467-478.
- Wenigová, B. (n.d.). Stigma a psychiatrie (napříč časem). Retrieved January, 23, 2011 from <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psychiatrie-napric-casem-wenigova.html>

B Český abstrakt bakalářské práce

Vysoká škola: **Palackého Univerzita Olomouc**

Katedra: **psychologie**

Fakulta: **filozofická**

Školní rok: **2012/2013**

Abstrakt bakalářské práce

Jméno: **Matouš Borák**

Obor: **Psychologie – jednooborová**

Vedoucí práce: **Mgr. Martin Kupka, Ph.D.**

Počet stran: **86**

Rok imatrikulace: **2008**

Oponent:

Název bakalářské práce:

Zážitky stigmatizace při dobrovolnické činnosti s duševně nemocnými a jejich zvládání

Abstrakt bakalářské práce

Práce se zabývá stigmatizací dobrovolníků pracujících s lidmi s duševním onemocněním. Hlavní výzkumnou otázkou je, zda jsou dobrovolníci při setkáních s klienty s duševním onemocněním postiženi nějakými formami stigmatizace, a pokud ano, jak takové situace prožívají a jak s nimi dále nakládají. Výzkum je postaven kvalitativně. Respondenti – dobrovolníci spolupracující s projektem Dobroduš v Praze – se k výzkumu rekrutovali samovýběrem. Celkem byl výzkum proveden s pěti respondenty. S respondenty byly vedeny polostrukturované rozhovory. Hlavní metodou zpracování dat byla interpretovaná fenomenologická analýza (IPA). Jejím použitím z výpovědí respondentů vzešla čtyři hlavní témata: vnímání veřejného stigma, vlastní zkušenost s duševní nemocí, sdílení zážitků z dobrovolnictví s okolím a prožitky v situacích kontaktu s veřejností. Žádné výrazné explicitní stigma nebylo nalezeno. Většina dobrovolníků nemá potíže sdílet své zážitky z dobrovolnictví s lidmi ve svém okolí. U některých situací spojených s kontaktem s veřejností byly nalezeny náznaky implicitní stigmatizace.

Klíčová slova: stigma, přidružené stigma, dobrovolnictví, lidé s duševním onemocněním, duševní nemoc

C Anglický abstrakt bakalářské práce

Vysoká škola: Palackého Univerzita Olomouc

Katedra: psychologie

Fakulta: filozofická

Školní rok: 2012/2013

Bachelor's thesis abstract

Jméno: **Matouš Borák**

Obor: **Psychologie – jednooborová**

Vedoucí práce: **Mgr. Martin Kupka, Ph.D.**

Počet stran: **86**

Rok imatrikulace: **2008**

Oponent:

Název bakalářské práce:

Experiences of stigma during volunteering with mental health consumers and coping them

Bachelor's thesis abstract

This thesis deals with stigma experienced by volunteers working with mental health consumers. The main research question is to find out whether volunteers during their meetings with mental health consumers are stigmatized and if so, what is characteristic about the situations they experience and how do they deal with them. The research is a qualitative one. Respondents – volunteers cooperating with the Dobroduš project in Prague – have actively volunteered to take part in the research. The research has been done with five volunteers in total. Semi-structured interviews have been undertaken with them. The main methodology used in this study is interpretative phenomenological analysis (IPA). Using it, four main themes emerged from the respondents' testimonies: public stigma perception, own experience with mental illness, sharing volunteering experiences with one's social circles and experiences during public contact. No marked explicit stigma has been found. Most volunteers have no problems sharing their experiences with their social circles. In some situations connected with public contact some marks of implicit stigmatization have been found.

Keywords: stigma, stigma by association, volunteering, mental health consumers, mental illness

D Hlavní organizace vykazující spolupráci s dobrovolníky

organizace	poskytované typy služby																		
	case management	centrum denních akt.	dom. se zvl. režimem	chráněná dílna	chráněné bydlení	krizová pomoc	osobní asistence	pečovatelská služba	podpora sam. bydlení	podporované studium	poradenství	podporované zam.	služby následné péče	sociálně terap. dílny	sociální rehabilitace	stacionář	svěpomocné aktivity	terapeutická komunita	terénní program
Agentura Pondělí								●						●					
O.s. Anabell						●				●									
ANIMA VIVA, o.s.										●					●				
CEDR Pardubice, o.p.s.		●		●										●					
Česká spol. pro duš. zdraví, Ml. Boleslav															●				
Diakonie ČCE – Brno					●														
Diakonie ČCE – Litoměřice				●						●	●								
Diakonie ČCE – Praha													●						
Diecézní charita Brno															●				
Domov Libnič a Centrum soc. sl. Empatie														●					
Domov se zvláštním režimem Terezin			●																
O. s. Eset Help	●	●			●				●	●					●			●	●
Ester Zálesí, o.s.																	●		●
Fokus Opava								●					●		●				
Fokus Písek															●				
Fokus Praha, o. s.	●	●			●	●		●		●	●		●				●		
Fokus Tábor				●									●	●					
Fokus Turnov		●					●						●						
Fokus Ústí nad Labem		●			●					●			●	●					
Fokus Vysočina				●	●							●	●	●	●				
Charita Frýdek-Místek		●	●												●				
Charita Olomouc		●						●					●						
Charita Opava					●								●	●	●				
Charita Ostrava							●												
Charita Valašské Meziříčí															●				
Charita Vsetín															●				
Chráněné dílny Joker o. s.													●						
Iskérka, o. s.															●				
O. s. Jurta									●						●				
Kolpingovo dílo České republiky o. s.																	●		
Ledovec o. s.					●				●	●					●				
MENS SANA o. s.								●							●				
Městská Charita České Budějovice													●						
Oblastní charita Kutná Hora		●																	
Oblastní charita Pardubice							●	●											
Pochodeň o. s. pro pomoc zdrav. post.					●								●	●					
Psychiatrická léčebna Jihlava													●	●		●			
Sdružení Práh		●			●			●		●			●	●					
Slezská diakonie		●					●	●											
Spirála						●				●									
celkem 40 organizací																			

E Otázky použité při rozhovorech

identita dobrovolníka

- Jak ses dostal(a) k dobrovolné práci v Dobroduši?
- Co tě motivuje v dobrovolné práci? Co naopak demotivuje?
- Kde hledáš podporu pro své dobrovolnictví (jestli někde)?
- Co vnímáš naopak jako překážky při své dobrovolné práci?
- Jaký má pro tebe význam dělat dobrovolníka v Dobroduši?
- Jaký bys řekl(a), že jsi dobrovolník? Jak by ses stručně popsal(a)?

vztahy s okolím

- Mluvíš o svém dobrovolnictví s někým z okolí?
rodina, přátelé, partner, pokud ano, co jim říkáš a jak reagují?
- Jak tvou dobrovolnou činnost vnímá tvé okolí? Co na to říkají?
rodina, přátelé, partner, jaké to je pro tebe?
- Jak tvá dobrovolnická práce ovlivnila tvé vztahy?
rodina, přátelé, partner
- A naopak: jak vztahy s tvým okolím ovlivňují tvou dobrovolnou činnost?
berou ti čas, podporují tě, odrazují

situace během schůzek

- Jaká je typická náplň vašich schůzek s klientem?
zůstáváte doma, chodíte ven, společné akce?
- Jaký je tvůj klient?
jak bys ho stručně charakterizoval(a)?
- Jak se s klientem cítíš, když jste spolu?
pocity, myšlenky, když jste venku, ve společnosti
- Nastala někdy na schůzce nějaká situace, se kterou sis v první chvíli nevěděla rady?
pokud ano, jak jsi s ní naložil(a)?

vnímání stigmatu

- Co si podle tebe myslí společnost o lidech s duševním onemocněním?
odkud jsi na to přišel(přišla)?
- Co si o tom myslíš?
- Máš pocit, že to někdy ovlivňuje tvé setkávání s klientem?
- Působí to na tebe nějak obecně?

F Ukázka rozhovoru s Alžbětou

Kdybysme se ještě vrátili na chvíli k těm schůzkám, tak, jestli jsi třeba někdy zažila nějakou situaci, se kterou sis nevěděla rady nebo třeba něco takového?

Noo, já jsem tenkrát, když to bylo vlastně s tou první klientkou, tak tam jsem se setkala s takovou jakoby zvláštní situací... nebo zvláštní... takovou, asi bych řekla, jakoby krizovou situací u ní, kdy ona v podstatě my jsme jakoby se domluvily, že jako náplň schůzky, uděláme vlastně to, že se půjdeme podívat do jednoho jakoby vlastně [obchodu] a že prostě si tam zkusíme nějaký oblečení a pak se buď někde cournem, když bude nálada nebo prostě zajdem na kafe nebo tak... no a prostě jsme byli v tom [obchodě], všechno bylo dobrý dobrý... no a teď konc já jsem si zkoušela nějaký oblečení, ona taky, a říkám, já prostě jakoby vyjdu ven z té kabinky... ještě jsem si dělala srandu, říkám hele [jméno klienta], tady mám pro tebe jeden jakoby... takovej nějaký model, nějaký příšerný svetr z osmdesátek... no a teď koukám a ona tam nebyla, že jo. Já teď jako, kde je prostě, tak jsem se začala rozhlížet prostě ... a teď konc jdu za prodavačkama a říkám neviděly jste tady prosím vás tu pani, jak jsme přišly spolu jako [barva vlasů] a oni mi říkaly no ona z ničehonic úplně prostě vystřelila ven, neřekla ani prostě nashle nebo nic a běžela... to bylo prostě po takovejch schodech dolů a to... a běžela ven a já říkám ježišmarjá, tak jsem jako vyběhla hned za ní no a ona prostě stála venku, před tím [obchodem], strašně se jí teda třásl ruce, byla úplně teda zpocená a prostě nemohla si ani cigáro zapálit, jo prostě ruce jí prostě dělaly úplně šílený věci a já jsem říkala ježišmarjá, [jméno klienta], co ti je? A ona vůbec mě nevnímala, ona měla prostě jako přivřený oči, celá se prostě klepala, říkám [jméno klienta] jako dobrý, v pohodě? Tak jsem jako jediný, co mě prostě v ten moment napadlo, že jo, protože člověk neví, co, tak jsem prostě na ni dala jako takhle jako ruku, na rameno, a ona jako nějak jako "eh, cože, co?" a teď začala otevírat ty oči a říkám [jméno klienta], co se děje? Jako seš v pohodě? Jsem tady s tebou prostě... a pořád jsem ji jako držela za to rameno, a ona "ah, dobrý", jako úplně prostě byla spocená jako, úplně prostě mimo, a já říkám [jméno klienta], jako nějaký jako nával, nebo co? ... se ti špatně udělalo? A ona, "já nevím, to já vůbec jsem nepochopila, co to prostě bylo a úplně prostě jsem musela okamžitě ven, jinak prostě já bych se tam zbláznila, prostě a já říkám jako ... něco ti nějak prostě, já nevím, udělalo zle od žaludku nebo něco? A vona "já vůbec nevím", co to prostě bylo. A teď se furt prostě klepala, ale už jsem viděla, že už to ustává, že už prostě se nějak dostává prostě do nějakýho relativně normálního stavu, tak si zapálila prostě, já jsem ji obejmula... no a ona se mi pak i rozbřečela, a já říkám [jméno klienta], jako seš v pohodě, prostě co mám dělat, jako neplakej, prostě, a ona "ne, to je v pohodě, to bude dobrý, to bude dobrý", no a takhle jsme tam stály a objímaly jsme se před tím [obchodem] asi 5 minut jako prostě, jo? lidi kolem nás chodili, koukali po nás, že jo, prostě, a ona nevěděla to nějakým způsobem vysvětlit, ani vlastně posléze, když jsme se viděly pak já nevím 2. 3. 4. setkání, tak jsem říkala [jméno klienta] jako chceš se vrátit nějak jako k té prostě příhodě, co jsi jako měla v tom, před tím [obchodem], a ona říká hele [jméno dobrovolníka], ne, já bych to nechtěla rozebírat. A říkám jako to bylo prostě v souvislosti s tou tvou nemocí? A ona no já to občas mám, takovýdle věci. A já říkám a to se ti jako z ničeho nic prostě takhle stane a ona no právě, to je prostě úplně nečekaný, nemusí to nic spustit, prostě, mně ten den bylo hrozně fajn, ale prostě jestli mi nějak nesedlo to, že tam měli vydechaný vzduch nebo prostě ... najednou jsem měla prostě mi bylo zle a už na to ani nechci myslet, prostě, už jako bych na to chtěla zapomenout. Tak to byl takovej jako, pro mě jakoby zvláštní moment, kdy jsem vlastně ani v té chvíli nevěděla, co mám dělat. Jediný, co mě napadlo, říkám asi nějaká intuice nebo něco v tom smyslu, že jsem se jí prostě jakoby

dotkla, jo, že jsem jí dala tu ruku na rameno a prostě začala jsem na ni pomalu prostě tak jako mluvit, jako nějakým způsobem, klidným hlasem, že jo, i když sama jsem taky prostě ... mi bouchalo srdce, protože říkám ježišmarjá co, teď tady prostě já nevím, po mně vyletí nebo nebude vědět, že jsem to já, že jo, prostě ... člověk si říká, spousta věcí mu projede hlavou, že jo, ale naštěstí teda nic z toho se nestalo, no ale bylo to pro mě takový, že jsem pak i přišla z té schůzky a byla jsem taková úplně prostě vyřízená, říkám ježišmarjá ty jo... úplně jako, prostě najednou jako jo, že jsem si říkala, ty jo, to bylo teda docela hustý jako jo, že... no bylo to takový nečekaný no, i pro mě, i pro ni, samozřejmě, to muselo bejt ještě horší, že jo...

A můžu se zeptat... mohli bysme to zkusit trochu podrobnějš, to... jaký to třeba bylo pro tebe, klidně fakt v té situaci... vylezeš z té kabinky a zjistíš, že tam není a teď se jdeš ptát a...

Jasně, no tak... tak určitě v první moment jsem se teda lekla, že jo, protože jsem prostě ji hledala, že jo, v té kabině nebo jsem se po ní koukala, takže v první chvíli jsem se jako lekla, říkám ježišmarjá, kde je prostě a teď jsem se ptala těch prodavaček, no a když mi řekly, že prostě vyběhla, úplně prostě jak střela, tak jsem říkala, ježišmarja, co se děje, tak úplně prostě úlek, a takovej jako strach, a takový jako... taková jako bezmoc, jako ježíš, co budu dělat a teď když jsem ji tam venku viděla, že jo, prostě jako uzlíček nervů, tak já říkám ježíš, co teď?, že jo, a teď konc jako kdo by mi tam pomoh, že jo, tam prostě lidi kolem nás chodili, ale nikoho nezajímalo, co tam nějaký dvě prostě bláznivý holky dělaj, že jo, prostě takže jako v první moment prostě taková nějaká bezmoc, takový nějaký ježišmarjá, co mám dělat, co teď, kam volat? protože když bych... než bych se dovolala [sociální pracovník] no tak jako ona se mi tam někde zhrouť, že jo, a co já jako, takže prostě takhle, nejistota, zmatenost, takový prostě, hroznej úlek, strach, prostě ... a pak když jsem teda viděla, že to jako zabralo, že jsem na ni teda jako nějakým způsobem šahla, že teda už to jako pomalu jako odchází, asi to nejhorší, jakoby, ten nejhorší stav, tak jako hrozná teda úleva, strašná úleva a fakt jako takovej ten kámen ze srdce, jakoby mi spadl, úplně prostě. No ale říkám, pak jsem teda byla ráda, že ona se z toho nějak vzpamatovala a pak už teda z té schůzky nebylo nic, ona šla pak teda na autobus, jsem ji doprovodila, jela domů, já jsem teda taky šla rovnou domů a pak jako říkám to na mě dolehlo asi až doma, kdy jsem se úplně...

Já tě přeruším, promiň, ještě v té situaci, byl tam třeba někdo, kdo nějak zasáhl, ještě mimo vás dvě nebo...?

Ne, vůbec...

Lidi chodili kolem...

Přesně tak, lidi kolem nás chodili a jakoby vůbec prostě jako... i když to asi na ní teda museli vidět, nebo to že se na nás jako dívali nebo to, tak prostě nikoho to nějak nezarazilo, že by se někdo zastavil jako "všechno v pořádku? nepotřebujete pomoc?", nic jakoby. úplně jenom jako samy jsme v tom byly. Takže jako říkám. Pak jsem teda docela byla i na sebe na jednu stranu, když potom uplynulo několik dní, tak jsem pak na sebe byla na jednu stranu trochu i jako hrdá, že říkám, jo, asi jsem zareagovala dobře, asi taková ta intuice jakoby zafungovala, a asi to, že jsem nezačala jako ježišmarjá, co teď, co teď, prostě že jsem nezačala jakoby panikařit, ale naopak jsem fakt jako ji tak nějak jako zklidnila tím dotekem, nebo prostě [sociální pracovník] tomu pak, když jsme měli pak nějaký to hodnocení, nebo vlastně... já nevím, jestli to

bylo na supervizi, nebo, ani nevím... že ona tomu říkala jako uzemnění, že jsem ji jakoby prostě, se jí dotkla, a to ji jakoby nějakým způsobem stabilizovalo. Tak jsem jako říkala, to je na jednu stranu hustý jako že prostě ... prakticky jsem se s takovou situací jako to, že jo, nesetkala, něco jiného je, když je člověku zle od žaludku nebo prostě, že jo, někde se skácí, tak to je taky... člověk zachová se jinak než když já vím, že ona je takhle nemocná a teď nevím, co všechno by se mohlo stát, pokud teda měla nějaký jako nával té nemoci, tak ona, co já vím, mohla třeba i vidět někoho úplně jiného než mě, že jo, nějakou, co já vím, obludu, že jo, prostě, takže jako jsem na jednu stranu fakt byla ráda, že jako ta intuice prostě zabrala, no, že to jako tak nějak opravdu pomohlo.

A ještě kdyžs teda došla domů potom, co se to stalo a říkalas, že jsi z toho byla taková...

Byla jsem z toho taková jako hodně přešlá, že jsem i úplně říkala... jednak jako v rámci toho, že opravdu asi ta nemoc tý [jméno klienta] asi jako nebude asi úplná sranda, protože ona říkám do té doby byla pro mě v podstatě úplně zdravý člověk, já jsem jako neviděla nejmenší jako náznak za celou dobu, co jsme se setkávaly, tý nemoci, až do tohohle vlastně okamžiku. A i mě napadalo takový to, hele ono možná to dobrovolnění s těmahle lidma, s touhle sortou lidí nebude taková sranda, jak sis myslela, jo? prostě si říkám, můžou nastat takovýhle krizový chvíle, kdy prostě, tohle říkám tohle bylo jenom takový jako ... v podstatě nic se nestalo, jo, mohlo by třeba se stát něco horšího, jo, že by ten člověk opravdu třeba vyletěl nebo prostě nepoznala by mě, já nevím, dala by mi facku nebo prostě myslela by si třeba, že jsem někdo úplně cizí, jo? což teda nevím, jak bych na to reagovala, kdyby to došlo takhle třeba daleko, tak mě právě napadlo takový to hele ono to nebude úplně tak jako jednoduchý, jo, ale jako neodradilo mě to, říkala jsem si, špatná zkušenost taky zkušenost, že jo, takže jako nějakým způsobem i sama v sobě jsem si řekla hele a jako ... to tě zas někam posune todle, jo? že jako i sám člověk v sobě odhalí takovou tu trošku netušenou jakoby nějakou schopnost prostě zareagovat okamžitě. což je dobrý, že jo, je dobrý vědět, že člověk je taky schopnej nějak se k tomu postavit, že jo, k té situaci. Pak teda, doma, říkám, to mi jako bylo blbě, no, to si jako úplně říkám ty jo, jako ... byla jsem z toho taková přešlá, prostě bez nálady úplně, no ale pak to bylo, říkám 2 3 dny a bylo to dobrý, říkám tak co, ustály jsme to? ustály, tak o co jde.

Řešilas to pak třeba nějak v Dobroduši? Já nevím třeba na supervizi...

Já jsem to tenkrát... já nevím, už si nepamatuju, vím, že jsem se o tom bavila s [sociální pracovník], protože [sociální pracovník] byla vlastně náš klíčovej pracovník, takže vím, že jsme to nějak jakoby rozebíraly, ale právě si nepamatuju, jestli to bylo na supervizi nebo na nějakým našem setkání nebo jestli jsem snad [sociální pracovník] kvůli tomu i volala, že se tohle stalo, protože vím, že mi k tomu ona říkala, že jsem se jako zachovala správně a že jako líp by se nezachovala ani ona v týhle situaci... takže jako vím že jsme to nějak rozebíraly, ale... a jako vím, že jsem byla v podstatě jako pochválená, za tu svoji jako nějakou reakci, nebo jak jsem to jako vzala, a už si říkám, už si nepamatuju, kde to bylo nebo, jestli v rámci supervize, to už si nevzpomenu teď konc ... ono už je to taky docela dlouho.

[...]