

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

ETIKETIZACE DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ
LABELING OF MENTAL ILLNESS

Magisterská diplomová práce

Kateřina Karmazínová

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Martin Fafejta, Ph.D.

Olomouc 2017

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma *Etiketizace duševního onemocnění* vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne: 20. 3. 2017

Podpis:

Mé poděkování patří Mgr. Martinu Fafejtovi, Ph.D., za laskavý přístup, podnětné rady a odborné vedení diplomové práce. Dále děkuji klientům a zaměstnancům střediska pro podporu a péči o duševně nemocné za vstřícnost a důvěru, díky níž jsem mohla výzkum uskutečnit. V neposlední řadě děkuji také své babičce Mgr. Aleně Parkanové za podporu, povzbuzení i jazykové rady, kterými mi pomáhala po celou dobu studia.

Obsah

ÚVOD.....	6
1. VÝZKUMNÝ PROBLÉM A METODOLOGIE VÝZKUMU.....	9
2. DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ JAKO POSTIŽENÍ.....	12
2.1 POSTIŽENÍ JAKO SOCIÁLNÍ KONSTRUKT.....	14
2.2 VYLOUČENÍ SKRZE JAZYK.....	16
2.3 DISABILITY STUDIES.....	18
3. TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	20
3.1 SYSTÉM SOCIÁLNÍ KONTROLY.....	20
3.2 SOCIÁLNÍ REAKCE NA DEVIACI.....	22
3.3 TEORIE PRIMÁRNÍ A SEKUNDÁRNÍ DEVIACE.....	24
3.3.1 <i>Deviantní kariéra</i>	26
4. SOCIÁLNÍ INSTITUCE ŠÍLENSTVÍ.....	28
4.1 PRIMÁRNÍ A SEKUNDÁRNÍ DUŠEVNÍ DEVIACE.....	28
4.2 REZIDUÁLNÍ DEVIACE.....	29
4.3 AKCEPTOVÁNÍ DEVIANTNÍ ROLE.....	30
4.4 SÍLA PSYCHIATRIE.....	32
4.4.1 <i>Kategorizace duševních nemocí</i>	33
4.4.2 <i>Mýtus duševní nemoci</i>	34
5. PRAKTICKÁ ČÁST.....	37
5.1 VSTUP DO TERÉNU.....	38
5.2 SBĚR INFORMACÍ.....	39
6. RODINNÉ A PARTNERSKÉ VZTAHY.....	42
6.1 PŘEDCHOZÍ ZKUŠENOST S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	43
6.1.1 <i>Eliška: Pro manžela to nebylo nic nového</i>	43
6.1.2 <i>Alžběta: Maminka pozná, když na mě leze mánie</i>	45
6.1.3 <i>Hugo: Když mám výkyv nálad, matka mi vynadá</i>	46
6.1.4 <i>Amálie: Rodina si mou duševní nemoc nedokáže připustit</i>	47
6.2 PŘÍZNIVÉ REAKCE RODINY.....	48
6.2.1 <i>Miroslava: Konečně jsem věděla, co se se mnou děje</i>	49
6.3 ABSENCE POCHOPENÍ.....	50
6.3.1 <i>Hugo: Před svatbou jsem ženě o své nemoci neřekl</i>	51
6.3.2 <i>Jaroslava: Styděli se nás pozvat na svatbu</i>	52
6.4 OBAVY Z REAKCE VŮČI ČLENŮM RODINY.....	53
7. PŘÁTELSKÉ A SOUSEDSKÉ VZTAHY.....	55
7.1 SÍŤ PŘÁTEL.....	55
7.1.1 <i>Jaroslava: Nikdy jsem neměla tolik kamarádů, jako mám nyní</i>	56
7.2 SOUSEDSKÉ VZTAHY.....	58
7.2.1 <i>Miroslava: Báli se, že je syn nebezpečný</i>	58
7.2.2 <i>V domě se to rychle rozkřikne</i>	58
7.3 SÍLA PŘEDSUDKŮ.....	59
8. PRACOVNÍ ZKUŠENOSTI.....	61

8.1	INVALIDNÍ DŮCHOD	62
8.1.1	<i>Měli na nás nároky jak na zdravý lidi.....</i>	62
8.1.2	<i>Zdravotně znevýhodněné ano, duševně nemocné ne.....</i>	63
8.1.3	<i>Jana: Nehledám si práci, aby mi nevzali důchod.....</i>	65
8.2	PRÁCE VE SDRUŽENÍ	66
9.	VNÍMÁNÍ PSYCHIATRIE	68
9.1	„ZACHRÁNIT SE“ PŘED HOSPITALIZACÍ	68
9.2	JISTOTA Z NEJISTÉ DIAGNÓZY	71
9.3	PŘEDSUDDKY U LÉKAŘŮ	72
	ZÁVĚR	74
	ANOTACE	79
	LITERATURA A ZDROJE.....	81

Úvod

Pojem šílenství je znám odpradáвна, ačkoliv představa, že šílení jsou lidé duševně nemocní, vznikla teprve před dvěma stoletími. Do té doby byli jedinci, jejichž chování je dnes označováno za příznak duševní nemoci, považováni spíše za posedlé ďáblem či za zatvrzelé hříšníky a buřiče, jak uvádí Anthony Giddens (1999, s. 221). Za tu dobu pochopitelně stihla vzniknout řada stereotypních představ o tom, jak lidé s duševní nemocí vypadají, jak mluví či jak se chovají, na nichž se podílejí nejenom medicínské koncepty, ale také masmédia a běžná mezilidská konverzace. Například fráze typu: „Zbláznil ses?“ nebo: „To by byl bláznec!“ používá čas od času téměř každý. Je ale možné striktně a jasně odlišit, kdo je a kdo není duševně nemocný, a stanovit konkrétní diagnózu, jak to v dnešní době činí psychiatrie pod rouškou nápravy deviantů k „přirozenému“ chování?

V diplomové práci *Etiketizace duševního onemocnění* se tak na existenci duševních chorob zaměřím ne z hlediska medicínského či psychologického, ale z hlediska sociálního. Budu se zabývat sociální podmíněností současného pohledu na osoby, kterým bylo diagnostikováno některé z psychických onemocnění, respektive kritickým zkoumáním tohoto pohledu prostřednictvím odborné literatury i autentických výpovědí o prožívání diagnózy samotnými „duševně nemocnými“ aktéry.

Rozlišování a hierarchizace různých tělesných forem, intelektuálních či mentálních nadání, psychických charakteristik a způsobů vnímání totiž nevycházejí pouze ani převážně z biologických předpokladů a vlastností člověka, ale jsou určovány kulturně a sociálně utvářenými předpoklady o normalitě a přirozeném fungování, o formách života, které jsou pro společnost přínosné a hodnotné. Proto se právě představy normality, zdraví a přirozenosti – jež se navíc neustále proměňují¹ – stávají jedním z hlavních cílů kritického rozboru. Pomocí jakých společenských norem a za jakých podmínek se ustavují ideje normality? Jaký typ hranic, a jak flexibilních, či rigidních, odděluje zóny normality od zón poruch, vad, nedostatků a abnormalit? A jakou funkci plní technologie normality v daném společenském uspořádání (Kolářová, 2012, s. 19)?

¹ Příkladem, který ilustruje proměnlivost hranice mezi „normálním“ a „nenormálním“, mezi zdravím a duševní nemocí, může být chápání homosexuality. Až v roce 1973 vyloučil Robert Spitzer homosexualitu z příručky pro diagnostikování a statistiku duševních nemocí. Argumentoval přitom, že zdravotní porucha by musela být spojována buď se subjektivní tísní, bolestí, nebo s celkovým znehodnocením sociální funkce. Na tomto případě je tak patrné, že deviantní čin není vytvářen pouze devianty, ale také těmi, kdo je za devianty označí – když psychiatrie akceptovali změnu v pojetí homosexuality, zbavili tak tisíce homosexuálů deviantního statusu (Scheff, 1970, s. 51).

Mým cílem však není zpochybnit existenci psychického strádání vůbec, ale poukázat na její sociální podmíněnost. Vnímání jedinců, kterým byla psychiatry stanovena diagnóza duševního onemocnění, totiž podléhá sociálním reakcím, v rámci nichž dostávají od „normální“ části společnosti degradující nálepkou, etiketu², která z jednotlivých medicínských symptomů vytváří celkovou identitu člověka. Člověk pak přijetím této nálepky vyměňuje svou osobnost za jinou, takovou, kterou mu určila společnost (Kolářová, 2012). Ústřední výzkumnou otázkou pro empirickou část práce se tak stala tato: Co všechno s sebou přináší etiketa „duševně nemocný“, kterou jedinci uděluje společnost?³

V diplomové práci budu proto věnovat pozornost zejména tomu, jakým způsobem jsou ve společnosti „onálepkování“ lidé, kteří byli uznáni za duševně nemocné. Pro takové zkoumání využiji především Lemertovu (1951) teorii primární a sekundární deviace, která se zabývá tím, jak se mohou jedinci nálepce „šílence“ bránit a svoje deviantní jednání racionalizovat – a být přitom úspěšní, či neúspěšní – nebo se jí nechat provázet od lékařského určení diagnózy až po zbytek života, a to i pokud se po čase ukáže, že byla původní diagnóza mylná.⁴ Dále se zaměřím na Beckerovu (1966) sociálně reakční teorii, jež odmítá přirozenou povahu deviace a vyzdvihuje její společenské konstruování – deviantní chování je podle Beckera takové chování, které lidé takto označí.

V první části práce se také dotknu kritických náhledů na psychiatrii, která se podle nich podílí na vytváření dominantních diskurzů o duševních chorobách prohlubujících a udržujících stav tísně a „jinakosti“ uživatelů psychiatrické péče tím, že je pojímá jako „ty druhé“, jako oddělenou a jasně vymezenou skupinu (Kolářová, 2012, s. 321). Zpochybňována bývá také samotná psychiatrická klasifikace duševních onemocnění, jejich správná a spolehlivá diagnóza i následná léčba. Podle Herba Kutchinse a Stuarda A. Kirka (1999) sice příslušníci psychiatrické profese pátrají po

² Termíny „nálepka“ a „etiketa“ jsou v této práci pojímány jako synonyma.

³ Viz kapitola 1: Výzkumný problém a metodologie výzkumu.

⁴ Kolářová (2012, s. 328) popisuje případ Liz Davies, které lékaři mylně diagnostikovali v osmnácti letech schizofrenii. Když po dvaatřiceti letech potřebovala léky na migrénu, četla praktická lékařka se zájmem z Liziny lékařské dokumentace záznam o její duševní nemoci. *„Moje snadno zranitelné srdce se sevřelo v šoku. Jako by se mi v těle zhroutily všechny spoje, celá konstrukce podpírající mou sociální identitu se jednoduše rozplynula. Slyšela jsem se, jak chabě namítám: ‚To byla chybná diagnóza. Úplně mě děsí, že ji pořád ještě mám v záznamech. Neumíte si představit, jak hrozné to pro mě je!‘ Uplynulo dvaatřicet let, ale jizva nezmizela a rána pod její tenkou povrchovou blánou byla stejně čerstvá a bolestivá, jako v den, kdy mi ji způsobili poprvé. Zalepit tuhle trhlínu trvalo mnoho let a poznání, že celou tu dobu zůstala zaznamenaná černé na bílém v mé zdravotní dokumentaci, naráz strhlo všechny náplastí. Au!“*

biologických příčinách či genetických ukazatelích duševních chorob, jako je třeba schizofrenie, ale zatím pro žádnou duševní nemoc neexistuje stoprocentně spolehlivý laboratorní test. Pokud je tedy někomu diagnostikováno, že trpí schizofrenií, jsou k tomuto rozhodnutí užívány stále klasické diagnostické postupy, o nichž se ví nejenom to, že nejsou zcela důvěryhodné, ale navíc se sami psychiatři leckdy rozcházejí v názoru, o jakou konkrétní duševní poruchu se jedná. I taková nejistá diagnóza je však natrvalo a nerasmázatelně zaznamenána v lékařské dokumentaci uživatelů psychiatrické péče (Kolářová, 2012, s. 362).

1. Výzkumný problém a metodologie výzkumu

V teoretické části práce nejprve představím literaturu zabývající se etiketizací a primární a sekundární deviací, jejíž optikou se následně zaměřím na fenomén společenského vnímání duševně nemocných. Na základě tohoto teoretického podkladu budu ve druhé části práce prezentovat kvalitativní výzkum, který jsem prováděla ve sdružení pro podporu a péči o duševně nemocné⁵, kam klienti docházejí dobrovolně, ve svém volném čase.

Kvalitativní výzkum je Creswellem (1998) popisován jako proces hledání porozumění, který je založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému, přičemž výzkumník vytváří holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu. Zkoumání provádí v přirozených podmínkách. Miroslav Disman (2011, s. 285) kvalitativním přístupem rozumí „*nenumerické šetření a interpretaci sociální reality*“, jehož cílem je pomocí sdělovaných informací odkrývat významy.

Na problém duševního onemocnění bude v této diplomové práci pohlíženo z perspektivy interpretativní sociologie, jež se snaží o porozumění lidskému jednání, o vysvětlení lidského jednání a uchopení smyslu do něj vloženého jednajícím (Kubátová, 2008, s. 32), jedním z inspiračních zdrojů se pak stane symbolický interakcionismus. Tento přístup klade důraz na aktivního a tvůrčího jedince, který je vybaven symbolickým myšlením a žije ve vysoce symbolickém světě. Na tom je založen i pocit identity jedince, tedy jeho „já“. Každý člověk je uvědomělou lidskou bytostí, která je schopna podívat se na sebe jakoby zvenčí a vidět se očima těch druhých, čímž se ve svém pojetí „zrcadlového já“ zabývá americký sociolog Charles H. Cooley (1902). Prvním takovým sebeuvědoměním u dítěte je, když něčemu, co druzí označují slovem „ty“, začne říkat „já“. George H. Mead (1934) přichází s myšlenkou, že je naše „já“ (Self) tvořeno dvěma složkami – vnitřním já, tedy I, a vnějším já, Me. Self je tedy nejenom „vnitřním“ uvědoměním si sebe sama, ale také „vnějším“ kritickým posouzením svého vlastního jednání a chování – utváří se tak během života jedince na základě interakcí ve společnosti. K výměně symbolů přitom dochází prakticky ve všech mezilidských interakcích. Neustále sledujeme různé náznaky, z nichž usuzujeme, jaký typ chování je v daném kontextu vhodný, co druzí zamýšlejí. Symbolický

⁵ Místo výzkumu i jména jednotlivých komunikačních partnerů jsou v této práci anonymizovány.

interakcionismus tak zaměřuje naši pozornost na detaily jednotlivých interakcí, jež nám umožňují pochopit, co druzí dělají a říkají (Giddens, 1999, s. 537).

Pracuje přitom s pojmem sociální role, která je strukturně vázaná a neustále vyjednávaná. Významnou úlohu hraje výklad signálu od relevantních druhých (Možný, 2002, s. 65). S tímto konceptem pracoval také Goffmann, který do centra pozornosti staví jednání v tomto světě. Přichází s pojmem definice situace, jež podle něj znamená výklad situace za pomoci vyvolání dojmů předkládaných účastníky interakce. Situace je pak dramatizována tím, že se zvýrazňují či detailně vykreslují skutečnosti, které by za jiných okolností zůstaly nejasné nebo skryté (Kubátová, 2008, s. 172).

V každodenní interakci přitom lidé sociální svět nejen interpretují, ale také spoluvytvářejí, konstruují. Sociální konstruktivismus, tedy přístup, který se stal východiskem této práce, je tak způsobem nahlížení na sociální realitu, podle něž společnost nemá podobu vnějšího sociálního faktu, ale má vždy takový smysl, jaký v ní lidé naleznou a jaký jí přidělí (Petrušek, 1996, s. 1022).

Z výše uvedených pojetí pak vycházejí základní koncepce, které tvoří teoretickou páteř této diplomové práce – etiketizační teorie a teorie primární a sekundární deviance. Ty zdůrazňují, že je pro pochopení deviantního jednání nutná znalost způsobů, jimiž veřejnost určité chování za deviantní označuje, spíše než hledání kauzálních souvislostí mezi deviantním aktem a rodinným prostředím či sociálním původem (Petrušek, 1996, s. 1049).⁶

Pro samotný sběr dat byl potom zvolen terénní výzkum. Podle Miovskeho (2006, s. 103) je pro terénní výzkum charakteristická nižší úroveň strukturovanosti, což se většinou projevuje obecně znějícími výzkumnými otázkami. V průběhu výzkumu poznává výzkumník hlouběji strukturu prostředí, v němž se nachází zkoumaný fenomén, odkrývá přitom různé roviny významů, které lidé sobě i danému prostředí přidělují. Prostřednictvím analýzy různých kontextů se pak snaží popsat, vysvětlit, interpretovat jednání lidí, způsob jejich uvažování o problému. Důležitým faktorem je překonávání prostorových, kulturních nebo sociálních bariér tím, že výzkumník pobývá určitou dobu přímo v terénu. Proto se zúčastňuje každodenních situací spolu s dalšími účastníky výzkumu. Ústřední výzkumnou metodou se tak stává zúčastněné pozorování. Výzkumník přitom účastníky pojímá v rovnoprávné a nedirektivní komunikační výměně jako rovnocenné partnery. Neměl by se snažit do prostředí jakkoliv zasahovat.

⁶ Více v kapitole 3: Teoretická východiska.

Kromě zúčastněného pozorování jsem pro účely diplomové práce využila také techniky polostandardizovaných rozhovorů. Pomocí nich jsem získávala informace o tom, jaké to je žít s nálepkou „duševně nemocného“ a jak tato nálepka ovlivňuje život takto označených lidí. I přesto, že bylo pro sběr dat užito částečně strukturovaného rozhovoru, snažila jsem se jej užívat v intencích chápajícího rozhovoru tak, jak ho popisuje Kaufmann (2010): pokud tazatel jednotvárně odrecituje seznam otázek, respondent si brzy osvojí stejný styl odpovědí a omezí se na stručná sdělení. Takový druh dotazování nastoluje v interakci hierarchii. Cílem chápajícího rozhovoru je tuto hierarchii narušit, udaný tón má mnohem blíže ke konverzaci dvou sobě rovných partnerů než shora řízenému dotazování (Kaufmann, 2010, s. 56). Tazatel musí být aktivní a rozhovor vést, ale zároveň musí umět vystupovat zdrženlivě a taktně – komunikačnímu partnerovi se musí snažit porozumět, pozorně a soustředěně mu naslouchat, a dát mu tak najevo, že jím poskytnutý rozhovor má velký význam. (Kaufmann, 2010, s. 60)

Hlavní výzkumnou otázkou práce se pak stala tato: Co všechno s sebou přináší etiketa „duševně nemocný“, kterou jedinci uděluje společnost? Zajímalo mě přitom především, jestli se klienti sdružení cítí být v některých společenských situacích diskriminováni, jak sami chápou svou jinakost, jestli pocítují, že získaná nálepka ovlivňuje jejich sebepojetí a vztahy s ostatními lidmi, a mají-li pocit, že s sebou kvůli psychiatrické léčbě, kterou podstoupili či podstupují, nesou určité stigma, a pokud ano, jak se projevuje. O tom ale blíže ve druhé části práce.

2. Duševní onemocnění jako postižení

Jak už bylo naznačeno v úvodu této práce, duševní onemocnění je jako forma handicapu člověka do jisté míry sociálně konstruováno. Tím ovšem nemá být zpochybněna existence příznaků, podle nichž psychiatři stanovují jednotlivé diagnózy. Jistě reálně existují lidé, kteří trvale prožívají halucinace či slyší hlasy, aniž by byl u nich někdo fyzicky přítomen, nebo se projevují zmateným a nelogickým chováním. Na druhou stranu se však pomocí některých experimentů⁷ povedlo odhalit, jak nepřesné může být stanovování diagnóz a jaký vliv může mít na jedince etiketa, kterou od společnosti na základě své údajné nemoci dostane (Giddens, 1999, s. 223). Navíc určování toho, co je či není handicapem, prochází historickými i kulturními proměnami, neustále se vyvíjí, a tak je možné chápat takovou diagnostiku jako poměrně relativní, společensky podmíněnou záležitost. Pokud označíme člověka za handicapovaného třeba z důvodu určitého fyziologického vybočení z normálu, nemusí to ještě nutně znamenat, že ho tento domnělý handicap vůbec nějak v životě omezuje.

Postavení duševně nemocného ve společnosti vždy odráží danou dobu, úroveň poznatků i kultury. Například ve středověku, kdy se vědy zmocnila církev, byly duševní poruchy vyřazeny z medicíny a staly se předmětem náboženského hodnocení. Lidé přestali být nemocnými, stali se posedlími zlými duchy či ďáblem, a byli proto mučeni, vězněni, přikováváni řetězy, zaklínáni nebo upalováni v čarodějnických procesech, které trvaly až do poloviny 18. století (Ocisková, 2015, s. 13). Počátkem novověku byly zakládány první ústavy, do nichž měli být duševně choří umisťováni. Ty však měly spíše vězeňský než nemocniční charakter. Nemocní byli zavíráni za mříže, uvazováni na řetězy a biti, pokud se nechovali podle stanovených požadavků, zejména pokud nebyli schopni pracovat a přispívat tak k všeobecnému prospěchu. Dřív, než internace nabyla léčebného smyslu, jaký jí rádi přičítáme dnes, sledovala něco zcela jiného než léčbu. Šílenství bylo vydáno pedagogice zdravého rozumu, pravdy a morálky (Foucault, 1993,

⁷ Anthony Giddens (1999, s. 222) uvádí například studii D. L. Rosenhana vydanou v roce 1973 o přijímání do psychiatrických léčeben. V jeho výzkumu se osm duševně zdravých jedinců, psychologů, dostavilo na příjmovou ambulanci psychiatrických léčeben na různých místech východního a západního pobřeží Spojených států. Zfalšovány byly pouze jejich záznamy o zaměstnání, potažmo psychologickém vzdělání, uvedené osobní anamnézy však odpovídaly skutečnosti. Všichni výzkumníci tvrdili, že slyší hlasy, a všem osmi byla stanovena diagnóza schizofrenie. Ihned po přijetí do psychiatrické léčebny se však vrátili ke svému „normálnímu“ chování. Ačkoliv pacienti léčeben poznali, že se jedná o simulanty, personál nemocnice nikoho z nich neodhalil. Nejkratší doba hospitalizace trvala sedm dní, nejdelší padesát dva dní. Všichni byli nakonec propuštěni s diagnózou „schizofrenie v remisi“, což ovšem neznamená, že by byli nepraví pacienti uznáni za „normální“.

s. 43). Léčba a „pomoc“ tedy spočívala v tom, že internovaní museli hrát určité divadlo – slepě se naučit převládajícím normám slušného chování, neustále se kontrolovat, za každou cenu svou jinakost skrývat. Skutečně nemocní lidé, kteří nebyli schopni svou nemoc maskovat, tak neměli šanci dostat se z ústavu.

Na konci 18. století snímá Philippe Pinel padesáti duševně nemocným z rukou řetězy. Až do této události, nazývané druhá psychiatrická revoluce, totiž bylo běžné, že byli lidé s duševní nemocí drženi ve věznicích spolu se zločinci⁸. Pinel takto osvobozené osoby umístil do psychiatrického ústavu, kde se je snažil léčit prací. Od počátku 19. století pak přestaly být obecně přijímané názory, že duševní nemoc je posednutí nebo trest za hříchy. Ústavy se svým charakterem začaly blížit nemocnicím, v nichž byli pacienti pozorováni pro nalezení účinné léčebné metody – tehdy to byly například pijavice přikládáné na tělo, ordinování látek vyvolávajících zvracení a průjmy, údery elektřinou nebo užívání přístrojů, které pacienty otáčely tak, až upadli do bezvědomí. Místo řetězů a okovů se zavedly jiné typy omezovacích prostředků – svěrací kazajky, kurty, omezovací postele a podobně (Ocisková, 2015, s. 15). Ve 20. století došlo k medicinizaci psychiatrie, přičemž revoluční byl zejména objev psychofarmak. Počáteční nadšení z farmakoterapie vedlo například v Itálii či Velké Británii k rozpouštění velkých psychiatrických ústavů a hromadnému propouštění pacientů. Mnozí z nich však nebyli schopni adaptovat se na život „venku“, a tak vznikly nečekané požadavky na péči o lidi v přirozeném prostředí, které trvají dodnes. (Ocisková, 2015, s. 21).

Kromě pochopení proměnlivosti a sociální podmíněnosti pohledu na to, co je a co není duševní onemocnění a jak se s ním má či nemá nakládat, přičemž o nastolování hegemonního diskurzu rozhodují v této oblasti spíše vědci (psychiatrii, psychologové, pedagogové) než vládnoucí skupiny, je možné také vnímat samotný termín postižení jako sociální konstrukt, respektive uvědomit si jeho odlišnost od termínu handicap. Zatímco „mít handicap“ znamená, že člověk určitým negativním způsobem vybočuje z normy, postrádá požadovanou zdatnost či trpí nějakou nezpůsobilostí, postižení je chápáno jako jeho společenské vyloučení. Pojmem postižení se tak v této diplomové práci neodkazuje k jinakosti těla nebo mysli, ale

⁸ Michel Foucault (1993, s. 155) uvádí, že ačkoliv se po celé 18. století zdůrazňovalo, že si vězňové zaslouží lepší osud, než aby byli směřováni s blázný, počátkem 19. století už začalo naopak vzbuzovat pohoršení, že se s blázný nezachází o nic lépe než s odsouzcenci podle občanského práva a s podvraceči státu.

ke společenským mechanismům vylučování a stigmatizace, které postihují osoby, jejichž intelekt, duševní stav či tělesná stránka neodpovídá univerzálně platným a zdánlivě přirozeným parametrům normality. Jedná se tedy o společenské znevýhodnění, které člověk musí snášet nad rámec svého handicapu (Kolářová, 2012). Ne každá nezpůsobilost je však označena jako postižení – člověka, který nevidí do dálky, a musí proto nosit brýle, či starého pána chodícího o holi pravděpodobně lidé označovat za postižené nebudou, ačkoliv jistý handicap nepochybně mají. Přesto se v každodenním uvažování i hovorech většiny lidí termíny postižení a handicap pojímají jako obsahově totožné, vzájemně neoddělitelné.

2.1 Postižení jako sociální konstrukt

Na termín postižení je v této práci nahlíženo jako na ideologický konstrukt, jako na sociální nadstavbu k reálné nezpůsobilosti, k handicapu. Zatímco handicap má svou příčinu v těle, duši, intelektu či zdravotním stavu, postihující a znevýhodňující mechanismy ji mají naopak v ideologických a normativních systémech moderní společnosti. Postižení je tak chápáno jako materializované vyjádření znevýhodňující společenské situace a strukturního útlaku, kterému jsou lidé s handicapem vystaveni (Kolářová, 2012). Rosemarie Garland-Thomson (2004, s. 780) pozoruje, že termín postižení konstruuje představu velké heterogenní skupiny lidí, jejichž tělesnost, tělesné funkce, handicapy či vzhled jsou považovány za nemocné, nezdatné, abnormální, defektní, obézní, šílené, ošklivé, poškozené nebo retardované, přičemž tato označení slouží k patologizaci, stigmatizaci a vylučování takových jedinců. Přestože ti se v kategorii „postižených“ od sebe výrazně odlišují, sociální, politické a ekonomické dopady toho, že jsou považováni za méněcenné, i postoje a kulturní praxe exkluze, kterým tito lidé čelí, jsou analogické. Z velmi různorodých těl, forem intelektu a racionalit je tak uměle vytvářena zdánlivě homogenní skupina (Kolářová, 2012, s. 18).

Zároveň však konstrukty postižení vydělují postižené z toho, co nazýváme normalitou. Stálost předpokladu, že existuje nějaká objektivní míra postižení a že je to samo postižení, které způsobuje společenské znevýhodnění jedinců s handicapem, se projevuje, jak uvádí Pierre Bourdieu (2000, s. 33) při analýze genderového řádu, jako „*doxický konsenzus*“, tedy jako to, co se zdá být samozřejmé, a není tak nutné ani možné podrobovat kritické analýze. Takové zdání samozřejmosti a přirozenosti je podle něj způsobem legitimizace a udržování nadvlády – symbolického uspořádání moci produkované skrze kategorii nezpůsobilosti (Kolářová, 2012, s. 45).

Pojímání postižení jako „ne-sociálního“ fenoménu má samozřejmě také své diskurzivní dopady, například hledání čistě individualizujících řešení, jako je snaha postiženého uzdravit a uschopnit (Kolářová, 2012, s. 46). A to nezávisle na tom, stojí-li o takové uschopnění on sám. Jestliže se totiž moderní společnost ztotožňuje s představou vědeckého a technologického pokroku, se schopností napravovat nedostatky přírody, pak se nevyléčitelné, nenapravitelné tělo stává urážkou moci moderní medicíny a technologie, opakem progresivnosti a rozvoje (Garland-Thomson, 2004, s. 781). Být zdravým, zdatným, způsobilým, a tedy normálním je tak chápáno jako nezpochybňovaný předpoklad naplněného života moderního člověka a zároveň jako podmínka uznání jeho občanského statusu a lidství⁹ (Kolářová, 2012, s. 17). Jedná se přitom o představu, kterou jsme si vštípili v průběhu socializace a kterou dnes chápeme jako přirozenou. Stejně tak v nás vyvolávají tyto odchylky od normy, deviace, a devianti extrémně silné emoce – strach, znechucení nebo rozhořčení (Scheff, 1970, s. 35). Podle Stikera (1993, s. 3) v nás jakákoliv jinakost vyvolává takové reakce nejen proto, že rozkládá sociální struktury, ale hlavně proto, že přináší hlubší rozvrat, který se týká ustavených hodnot a předávaných předporozumění (Kolářová, 2012, s. 12).

Takové postihující postoje vůči handicapovanému mají samozřejmě vliv také na to, jak se chová on sám. Zcela drobná selhání a nevhodné projevy jsou chápány jako přímý důkaz jeho stigmatizující odlišnosti, a tak si stigmatizovaný jedinec při kontaktu s „normálním“ musí dávat pozor na každé své slovo, snažit se zanechat v lidech příjemný dojem, a to v oblastech chování, kde se to podle jeho předpokladů druhým nestává. Bývalí pacienti psychiatrických léčeb se například zdráhají pouštět se do ostrých výměn názorů na pracovišti i v domácím prostředí ze strachu, že bude jejich náhlý projev emocí považován za příznak duševní nemoci (Goffman, 2003, s. 25).

Nahlížení na duševní, tělesnou či mentální jinakost se tak může jen obtížně zbavit přídomku postižení. Vtělenou jinakost totiž ani neumíme chápat jinak než jako postižení, ani o ní hovořit nediskriminujícím způsobem. Proto také sami lidé s handicapem i jejich blízcí používají ve svých subjektivních pojmenováních tyto zmrzačující výrazy, aniž by měli nějaké alternativy (Kolářová, 2012, s. 56). Stigmatizace přitom může nabývat jak negativních, tak pozitivních forem. Také obdivné vzhlížení k postiženým jako k hrdinům či hrdinkám, kteří nezlomně překonávají vlastní

⁹ Vylučování z plného lidství se odráží také v tom, že je pro dnešní společnost téměř nepředstavitelné přiznat lidem s mentálním handicapem nárok na erotický a intimní život.

osud, je zejména ujištěním, že těmi postiženými nejsme my sami. Proto stigmatizaci a útlaku napomáhají oba typy stereotypů – pozitivní i negativní (Kolářová, 2012, s. 14).

Na první pohled se tak jeví jako paradoxní, že přestože postihující výrazy přinášejí určité stigma lidem, kteří jsou jimi označeni, a symbolicky jim tak odepírají nárok na plné lidství, v současné době jejich užívání preferuje velká část aktivistů a aktivistek, a to právě jako odkaz na mechanismy znevýhodňování a útlaku, jako termíny aktivizující k politické kritice. Původní významy těchto výrazů tak byly „vyvlastněny“ hnutím „postižených“, aby odkazovaly k jejich vlastní hrdošti – záměrem bylo rozmělnit ustálené vazby v jazyce a dosáhnout tak momentu znejistění, který by vedl k větší reflektovanosti vůči vztahu jazyka, určitého typu jinakosti a diskurzivní povahy řádu nezpůsobivosti. Cílem je tedy upozornit na to, jak se v jazyce a skrze jazyk uskutečňuje a vykonává moc, jak se jím konstruuje mocenské asymetrie, které „postižené“ znevýhodňují (Kolářová, 2012).

2.2 Vyloučení skrze jazyk

V každodenní komunikaci lidé reprodukují řadu očekávání a stereotypů týkajících se duševních onemocnění, aniž by si to třeba vůbec uvědomovali. Už od raného dětství totiž slýchávají v rodinách úsloví jako „Neblázni!“, „Já se z toho pomínu!“ anebo „Nejsi na hlavu?“ k označení někoho, kdo je méně hodnotný a zaslouží odsouzení. Takové přesvědčení je navíc ještě posilováno vtipy o bláznech, mediálními zprávami či běžnými historkami mezi lidmi o zkušenostech s extrémním chováním někoho, kdo byl za „blázna“ označen (Ocisková, 2015, s. 23). Některé výrazy, nebo jejich užití, navíc evokují představu, jak by měl psychicky nemocný jedinec vypadat. Například fráze „běží jako šílený“ implicitně vyvolává představu divokého a nekontrolovatelného pohybu (Scheff, 1970, s. 80). Většina výrazů označujících psychické problémy je v běžném jazyce hanlivých nebo odsuzujících. Takový člověk dostává pejorativní nálepky jako „magor“, „psychouš“, „maniak“, „schizouš“, „hysterka“ obvykle užívané jako metafory a symboly, nad jejichž původním významem se mnoho lidí už ani nezamýšlí (Goffman, 2003, s. 13). Jedná se přitom o výrazy zdůrazňující despekt a pohrdání při pohledu na takového člověka (Ocisková, 2015, s. 24). Jelikož si však lidé v rámci socializačního procesu internalizovali užívání těchto frází v běžné komunikaci, nevnímají, že jím neustále reprodukují stereotypní obraz duševní nemoci, který se může od reality výrazně vzdalovat.

Paradoxní se přitom může zdát také to, že jsou to sami psychiatři pacienti, kdo tyto fráze bezmyšlenkovitě užívá. Dokonce i pracovníci s duševně nemocnými, tedy psychiatři, psychologové a sociální pracovníci, kteří by mohli mít sami zájem na změně konceptu duševních poruch¹⁰, takové termíny vyslovují, ať už při vtipkování, nebo, a to zejména, nevědomě v neformálních diskuzích. Tyto výroky jsou tak moc součástí běžně používaného jazyka, že by člověk musel zvažovat každé slovo, aby je byl ze své řeči schopen úplně odstranit (Scheff, 1970, s. 80).

Protože stereotypy týkající se duševních onemocnění dostávají pravidelnou, i když nezáměrnou, podporu z běžné denní konverzace a z médií, jsou velmi odolné vůči změně. Thomas Scheff (1970, s. 83) se přitom domnívá, že důvodem přetrvávání takových stereotypů může být fakt, že jsou funkční pro současný sociální pořádek, pro zachování zvyků, kvůli čemuž stereotypní představy tíhnou k tomu, aby byly integrovány do charakteru všech členů společnosti. Všichni lidé, tedy i ti, kdo byli označeni za duševně nemocné, se totiž učí symptomy duševního onemocnění nepřímo skrze představitost, která je nezáměrně vložena do každodenního života. Ta je přitom spojena s konkrétním jazykem a kulturou, případně nářečím, což může vysvětlovat, proč se v různých kulturách odlišují předpokládané projevy totožných duševních onemocnění. Těm, kdo porušují pravidla sociální struktury, internalizované a všeobecně sdílené představy pomáhají, aby porozuměli vlastní zkušenosti (Scheff, 1970, s. 84).

I přes snahu různých politik a lingvistických strategií tak základní představy o duševním onemocnění odolávají výraznějším změnám. Zcela samozřejmě věříme, že osoba se stigmatem duševního onemocnění není tak docela člověkem. Vytváříme si ideologie vysvětlující méněcennost takového člověka, které upozorňují na nebezpečí, které pro nás představuje. Na základě jedné nedokonalosti máme tendenci připisovat dané osobě celou řadu dalších (Goffman, 2003, s. 13), na což reaguje například lingvistická taktika razící heslo „člověk především“, která se odráží ve způsobech pojmenovávání a sebepojmenovávání lidí s handicapem. Ta si totiž všímá, že se užíváním výrazů jako „vozičkářka“, „postižený“, „schizofrenik“ vytváří z jedné partikulární vlastnosti určující, vyčerpávající a absolutní charakteristika člověka. Proto jsou v rámci této strategie daná substantivní pojmenování nahrazována slovními spojeními, kde se odkaz ke konkrétní formě handicapu objevuje až v pozici

¹⁰ Některým pracovníkům s duševně nemocnými však mohou naopak tradiční koncepty vyhovovat, neboť udržují systém, který jim přiznává dominantní postavení.

rozvíjejícího přívlastku, tedy „žena používající vozík“, „muž s postižením“, „muž se schizofrenií“ (Kolářová, 2012, s. 59).

2.3 Disability studies

Disability studies je akademický obor, jehož vznik se pojí s nárůstem nových sociálních hnutí v 60. a 70. letech 20. století, kdy se na anglosaských univerzitách poprvé objevily kurzy věnované problematice postižení a diskriminace lidí s handicapem (Kolářová, 2012, s. 26). Jedná se tak o poměrně mladý obor, který vyrostl z úsilí o zrovnoprávnění osob stigmatizovaných přídomky retardovaní, invalidní, neschopní, čili „postižení“, přičemž pozornost je přenesena od individuální jinakosti k její společenské, politické a kulturní interpretaci a způsobům, jakými se v moderní společnosti kategorie nezpůsobilosti stává strategicky důležitým prostředkem uspořádání a ovládnutí jak postižených, tak vůbec celé společnosti (Kolářová, 2015, s. 15).

Perspektivu inspirující disability studies zastupuje koncept „postižení“ jako systematického znevýhodnění a nadvlády, který dopadá především na osoby s handicapem, a produkuje tak určitou skupinovou identitu. Na druhou stranu univerzalizující koncepty, které na nezpůsobilost nenahlízejí jako na mocenskou strategii, jež je využívána k vylučování určité sociální skupiny, naopak odhalují kategorii postižení jako součást ideologických a normativních struktur dotvářejících charakter postmoderní společnosti jako celku. Univerzalizující koncepty totiž ukazují, jak na každého člověka neustále působí normativní preskripce zdatnosti a zdraví, a jak tato očekávání ovlivňují naše sebeprožívání, identitu i společenské postavení. Cílem je tedy odhalit složitou práci ideologie v jejích odlišných a různě postihujících účincích, nabídnout alternativu k dominantnímu vědění, které jinakost především patologizuje, medikalizuje, disciplinuje a zbavuje sociokulturních souvislostí, aby se otevřela cesta k uznání tělesnosti, duševního a mentálního stavu jako nedokonalého a proměnlivého (Kolářová, 2012, s. 16).

Z toho vyplývá, že nezpůsobilost a postižení nejsou prostými faktickými popisy tělesných, smyslových, intelektuálních a psychických dispozic a charakteristik, ale že se jedná o abstraktní analytickou kategorii popisující a odhalující způsoby sociální diferenciaci a hierarchizace. Tím, že disability studies na postižení nenahlízejí jako na biologický fakt, nýbrž jako na sociálně produkovaný vztah, se vědomě a explicitně vydělují z tradice intervenčních přístupů, které tvoří základ hegemonního vědění

o postižení. Síla této kritické perspektivy by měla spočívat právě v tom, že převrací zažitá společenská předsudky o postižení, že představy o nedostatečnosti jedince nahrazuje konceptem institucionalizovaného mocenského útlaku. Český obecný úzus totiž tuto kritickou dimenzi – rozlišování mezi handicapem a postižením – spíše postrádá¹¹ (Kolářová, 2012).

¹¹ Definice handicapu a postižení v odborných publikacích, jako je Všeobecná encyklopedie (1999), Slovník sociální práce (Matoušek, 2003) či Malý slovník pomáhajících profesí (Janiš, Jesenský, 2004), bez výjimky replikují předsudečné představy o tragičnosti osudu lidí „trpícími depresemi“, „na vozíku“, „nevidomých“ a re/produkuje tak symbolické zneuznání „postižených“. „Postižení“ je nazýváno „odchylkou“ a pojmenováno jako příčina „zhoršení kvality života“ a tím, co člověka skutečně postihuje (Kolářová, 2012, s. 47).

3. Teoretická východiska

Všechny sociální skupiny se vyznačují tím, že si vytvářejí pravidla platná v určitém čase a za určitých podmínek. Tato pravidla poskytují členům skupiny definice situací i přípustných forem chování a jednání – specifikují tedy, jsou-li určité akty jednání v dané situaci chápány jako správné, či špatné. Kromě formálních norem, které jsou kodifikovány a jejichž dodržování je tak vynutitelné právní složkou společnosti, existuje také početnější skupina pravidel neformálních. Ta jsou ukotvena věkem a tradicí, člověk se jim tedy učí od svého dětství prostřednictvím socializace, aniž by však někde existoval jejich kompletní soupis (Becker, 1966, s. 1).

Pokud člověk poruší neformální normu, pravděpodobně obdrží od zbytku společnosti určitou neformální sankci – od nepříjemného pohledu či výsměchu až po odsouzení a vyloučení ze skupiny. Pokud se navíc jedná o takovou normu, jejíž porušení je ostatními vnímáno jako závažné, například vražda, začne být jedinec skupinou chápán jako speciální druh člověka, kterému nikdo nemůže věřit – jako outsider. Howard Becker (1966) definuje outsidera jako devianta skupinových norem. Deviace, čili odklon od normy, se přitom může týkat různých aspektů života – oblékání, mluvení, výrazů tváře, tělesného vzhledu i duševního zdraví. V následujících podkapitolách se tak zaměřím na pojetí deviace z hlediska teorií Edwina Lemerta, Howarda Beckera a Thomase Scheffa, jejichž přístup posléze využiji pro analýzu duševního onemocnění jako formy deviace.

3.1 Systém sociální kontroly

Pro lepší porozumění fenoménu deviace je vhodné zaměřit se nejprve na obecnější proces sociální kontroly, v němž se tvoří konformita jedince se sociální skupinou (Scheff, 1970, s. 31). Systém sociální kontroly se skládá ze souboru norem, jejichž dodržování je vynucováno sankcemi – konformita k normám je odměňována, nekonformita trestána. Sociální norma je potom chápána jako sdílené očekávání členů určité skupiny. Takové očekávání přitom může být neuvěřitelně rigidní, v čase jen těžko změnitelné, nebo naopak velice nestálé, pomíjivé (Scheff, 1970, s. 36). Deviantní chování porušující normy je totiž takové chování, které většina společnosti za deviantní označí (Lemert, 1951, s. 30). Každý člen společnosti by měl přitom normy chápat nejen jako svou vnitřní realitu, smysl pro morální povinnost, ale zároveň také jako vnější

realitu, tedy morální svět, do nějž jsou zahrnuti ostatní stejně jako on sám (Scheff, 1970, s. 38).

Proces sociální kontroly tak obsahuje kontrolu ostatních a kontrolu sebe sama, neboť proniká hluboko do vnitřního života – do myšlení a cítění. Sebekontrola se stává v procesu socializace klíčovým aspektem sociální kontroly. Například když jde člověk po ulici, snaží se nedávat najevo své emoce, tváří se neutrálně. Stejně tak když jede výtahem, cítí jakousi „povinnost“ dívat se na podlahu nebo dveře výtahu místo zírání na své spolucestující, od nichž očekává stejný takt. Při svém jednání totiž zvažuje, jak na ně budou reagovat ostatní, a zároveň definuje současné aktivity ostatních jako odpovědi na své chování. Navíc třeba institucionalizovaná událost, jakou je pohřeb, může v jedinci samotném vyvolávat pocit, že je morální monstrem, pokud nad úmrtím vlastních rodičů necítí zármutek. Extrémně silné negativní pocity, které v nás vznikají při konfrontaci s odchylkou od normy, s deviací, jsou tak důležitým aspektem sociální kontroly, jejíž síla spočívá především v tom, že proces sankcionování, tedy odpovídání ostatních na chování jedince, probíhá nepřetržitě a automaticky (Scheff, 1970).

Protože jsme všichni byli socializováni tak, aby v nás deviace probouzela extrémně silné negativní emoce, být označen za devianta znamená pro člověka velké stigma, ačkoliv lze slovo deviant užít i v neutrálním sociologickém smyslu. Ne každé porušení pravidel totiž způsobuje negativní reakci. Leckdy je odchylka od normy chápána jako inovativní, kreativní, komická nebo naopak nestojící za povšimnutí (Scheff, 1970, s. 35). Navíc morální pořádek sociální skupiny není absolutní ani fixní, může se neustále proměňovat jednáním jejích členů. Každý deviantní čin je tedy výtvozem, a to nejenom devianta, který jej spáchá, ale také těch, kdo jeho jednání interpretují jako deviantní. Neexistují žádné neměnné kategorie deviace, žádné konkrétní zločiny či přesné psychiatrické symptomy, které by platily univerzálně. Dělit jednání na normální a deviantní je velmi problematické, pokud nejsou jasně popsány a vymezeny sociální normy. To ovšem v komplexní moderní společnosti, ve které panují různé kulturní hodnoty, jež se navíc neustále proměňují, není vůbec jednoduché (Lemert, 1951, s. 30). Jednání, které podléhá této kategorizaci, je vybíráno každou sociální skupinou odlišným způsobem a také odlišným způsobem interpretováno (Scheff, 1970, s. 44). Ačkoliv je tak jednání v určitém čase a místě sociálně nepřijatelné, v jiném čase a na jiném místě může být akceptovatelné (Lemert, 1951, s. 22).

Pochopení sociálně konstruované povahy kategorií, jako je deviace, norma a sociální kontrola, může pomoci analytikům vyprostit se z perspektivy kulturních

omezení společnosti, která je studována, a v níž byli třeba sami socializovaní (Scheff, 1970, s. 50). O totéž se budu v této diplomové práci také pokoušet.

3.2 Sociální reakce na deviaci

Aby bylo jednání překračující normy vůbec sociální skupinou identifikováno jako deviace, musí být pro ni sociálně viditelné. Stupeň viditelnosti přitom závisí na mnoha faktorech, které zahrnují také věk, pohlaví či sociální postavení jedince. Člen imigrantské skupiny bude při překročení norem snadno označen za devianta, zatímco člověk z vyšší sociální třídy tak být označen při stejném jednání nemusí. Svou roli přitom hraje takzvaný toleranční kvocient, jenž vyjadřuje míru ochoty komunity deviantní jednání tolerovat (Lemert, 1951). Navíc je velké množství deviací pouze domnělých. To znamená, že sociální definice devianta není založena na jeho objektivním chování, ale na určitém mýtu či stereotypu, skrz který na něj většinová společnost nahlíží. Kromě rasových stereotypů se například může jednat o představu, že člověk, který užívá drogy, žije sexuálně nemravně a krade (Lemert, 1951, s. 56).

Při výskytu nového typu jednání, které nesplňuje požadavky stávajících norem, identifikuje Edwin M. Lemert (1951) tři možné reakce komunity. První je úplné přijetí nové varianty chování a její integrace do hlavní či místní kultury. Druhý typ reakce představuje rovnováha, symbiotický stav mezi novou a stávající sociální organizací. V historii byl přitom podle Lemerta takový vývoj poměrně běžný – užívání rtěnky, kouření a pití alkoholu bylo dříve spojováno se ženami s nízkým sociálním statutem či s prostitutkami, zatímco dnes je takové chování považováno za běžné u žen ze všech společenských vrstev (Lemert, 1951, s. 60). Třetí možnou reakcí je kompletní odmítnutí, represe nového jednání – to se může objevit například jako reakce na incest, vraždu či sexuální zločiny (Lemert, 1951, s. 63).

Pokud se člověk chová deviantně delší dobu, může většinová společnost začít stereotypní stigma ztotožňovat s deviantovou osobností a jeho domnělou rolí. V takovém případě je typickou reakcí společnosti odmítnutí jedince, jeho izolace a segregace od ostatních členů společnosti (Lemert, 1951, s. 64).

Howard Becker (1966) hodnotí Lemertův přístup ke zkoumání deviací jako poměrně pokrokový, neboť většina sociologů podle něj definuje deviaci jako porušení smlouvaného pravidla, přičemž pozornost věnují zejména faktorům v osobnosti a životní situaci člověka, které ho k takovému jednání mohly vést. Tímto pojetím ale opomíjejí

fakt, že deviace je tvořená společností, a to nejenom sociálními faktory, které člověka vedou k deviantnímu jednání, ale zejména tím, že sociální skupiny samy vytvářejí deviaci tak, že přicházejí s pravidly, jejichž porušení je chápáno jako deviace, a jedinci, kteří se takového porušení dopustí, jsou nálepkováni jako outsideři, jako ti, kdo stojí mimo kruh „normálních“ členů skupiny. Navíc podle Beckera kategorie deviantů postrádá homogenitu – takto označení lidé mají společné pouze to, že sdílejí stejnou nálepku a zkušenost, že jí byli označeni (Becker, 1966, s. 9).

Becker tedy shodně s Lemertovým přístupem chápe deviaci jako produkt interakce, která se odehrává mezi sociální skupinou a někým, kdo podle hledisek této skupiny porušil určité normy. Při takovém porušení ale dopředu nemůžeme vědět, jestli jedinec skutečně obdrží nálepku devianta, dokud na jeho jednání ostatní nějak neodpoví. I když je tedy akt z pohledu norem skupiny deviantní, záleží spíše na tom, jak na něj ostatní lidé reagují (Becker, 1966).

Sociální normy jsou napříč sociálními, etnickými a kulturními třídami vysoce diferencované. Skupiny často nesdílejí stejná pravidla, nebo jsou jejich pravidla přímo v konfliktu – neshodují se tedy na tom, jaké jednání je v dané situaci správné (Becker, 1966, s. 15). V sociálně rozvrstvené společnosti existují pozice, které skupinám, jež je obsadily, dávají moc prosazovat svoje pravidla. Rozdíly ve věku, pohlaví, rase a společenském postavení jsou tak spojeny s rozdíly v síle vytvářet pravidla jednání pro ostatní (Becker, 1966, s. 18).

Thomas Scheff (1970) se, inspirován výše zmíněnými přístupy, také pokouší hledat hranici mezi porušením norem a deviací. Přichází přitom se závěrem, že deviace je takové porušení norem, které vyvolává tři reakce majoritní skupiny: morální pohoršení či stigma, segregaci a nálepkování. A tak zatímco řihání u slavnostní večeře bude chápáno spíše jako nevhodné chování, vražda bude vnímána jako deviace vyvolávající morální pohoršení a vedoucí ke speciální segregující proceduře, která se vůči deviantovi využije – jeho zavření do vězení. Nálepkování je pak důležitý aspekt procesu segregace deviantů do speciálního statusu. Delikvent obdrží oficiální nálepku vraha. Taková nálepka je přitom vázána na stigmatizaci, nese s sebou těžké břemeno morálního odsouzení (Scheff, 1970, s. 45).

Deviace je chování, které vzbuzuje neobyčejně silnou kolektivní averzi vůči člověku, který se jí dopustil. Dodržování norem totiž činí svět předvídatelným. Pokud jsou základní sociální normy narušeny, vyvolává to v lidech strach, že realita tak, jak ji

známe, zkolabuje. Při kontaktu s někým, kdo porušuje sociální pravidla, bývají lidé frustrováni, cítí se trapně, i když jsou pouze svědky porušení norem. Podle Scheffa se přitom nejedná o žádné vyjádření empatie, ale spíše o praktičnost. Abychom rozuměli řeči ostatních lidí, i pokud s nimi nesouhlasíme, musíme zaujmout jejich úhel pohledu, převzít jejich roli pro pochopení významu řeči (Scheff, 1970, s. 47).

Pravidla chování, která ovládají sociální interakci, nám nejsou vnější. Během socializace se stala naší součástí, naší druhou přirozeností. Z tohoto důvodu je pro nás deviace osobní urážkou – cítíme se jí raněni a zklamáni (Scheff, 1970, s. 48).

3.3 Teorie primární a sekundární deviace

Deviantní člověk je tedy produktem sociální reakce, která na něj působí odlišujícím a izolujícím vlivem. Edwin M. Lemert (1951) se v rámci sociálně reakční teorie zaměřil také na akt přidělování deviantní nálepky jedinci, který překročil normy. Zajímalo ho přitom, jak se člověk může nálepkování bránit, tedy co může dělat pro to, aby nebyl označen za devianta, a co se s ním stane ve chvíli, kdy to nedokáže, a většinová společnost mu stigmatizující nálepkou přisoudí. Pro tyto účely vyvinul teorii primární a sekundární deviace, která vysvětluje jednotlivé fáze, jimiž člověk po porušení určité sociální normy prochází.

Na počátku tedy stojí čin, kterým jedinec porušuje normy skupiny, a vyvolává jím určitou sociální reakci. Jelikož se stane málokdy, že by jeden deviantní akt vyprovokoval tak silnou reakci, aby byl na jeho základě člověk přímo označen za devianta (Lemert, 1951, s. 76), má jedinec možnost svoje jednání racionalizovat – poskytnout sociálně přijatelný důvod, proč se porušení norem dopustil¹². Schopnost úspěšně deviantní akt racionalizovat však závisí na znalosti hodnotového a normativního systému sociální skupiny – pokud člověk ví, jaké důvody uvést pro omluvení své odchylky, aby byly většinovou společností chápány jako opodstatněné, pravděpodobně se tím vyhne nechtěné nálepce. Pokud však tyto znalosti postrádá, bude mít se sociálně akceptovatelnou racionalizací problém. Lemert navíc uvádí, že lidé z nižších socioekonomických tříd mají limitovanější vědomosti o sociálních rolích, často také bývají poněkud izolováni od hlavního proudu společenského života, a jsou

¹² Například pokud se člověk vrací pravidelně domů opilý, hrozí mu, že ho jeho sousedé začnou považovat za alkoholika. Má ovšem šanci svoje jednání racionalizovat tím, že jim vysvětlí příčinu svého chování, která bude chápána jako dostačující pro jeho toleranci – v tomto případě může být takovým ve skupině akceptovatelným důvodem závažný pracovní neúspěch či smrt blízké osoby (Lemert, 1951, s. 74).

proto náchylnější k tomu, aby byli po překročení norem označeni za devianty spíše než lidé s větší společenskou prestiží a statusem, u nichž se racionalizace deviantního jednání setkává s větším úspěchem (Lemert, 1951, s. 89). Deviace tedy zůstává v primární fázi tak dlouho, dokud je jednání úspěšně racionalizováno (Lemert, 1951, s. 74).

Pokud už jedinec nechce nebo dál nemůže racionalizovat svoje jednání, nastává sekundární deviace. Pro člověka to znamená nejenom to, že je mu přidělena stigmatizující nálepka většinovou společností, ale také to, že se s touto nálepkou postupně začne sám identifikovat. Po tom, co člověk objeví, přijme a kompletně si vezme deviantní roli za svou, přichází na řadu integrační proces, v němž se začne ztotožňovat i s dalšími rolemi, které z té hlavní deviantní vyplývají. I s těmi se pochopitelně pojí určité hodnoty a normy, jež se ovšem podstatně liší od těch, které zastává „normální“ část sociální skupiny. Přizpůsobený deviant je tak jednoduše takový člověk, který akceptuje svůj status, roli a definici sebe sama (Lemert, 1951, s. 96). Objektivní známky takové jeho proměny mohou být patrné v symbolických prvcích nové role, jako je například oblékání a mluvení, které v případě vysoké sociální viditelnosti mohou vést k profesionalizaci deviace (Lemert, 1951, s. 76).

Lemert se také snažil odpovědět na otázku, co přiměje člověka k tomu, aby přestal svoje jednání racionalizovat, aby to „vzdal“ a přijal svou deviantní roli. Identifikuje přitom dva hlavní důvody. Prvním je, že člověka stojí mnoho energie, když neustále zápasí s definicí svého já, když je nucen přicházet s adekvátními důvody pro své deviantní jednání. Je pro něj tak jednodušší přijmout deviantní roli, v níž může využít své schopnosti a zvyky, za něž bude nyní odměňován, jelikož správně plní svou roli devianta. Druhým důvodem je vstup člověka do existující sociální organizace deviantů, s jejímž systémem hodnot se může identifikovat, a využívat tak sociální solidarity skupiny. Je ovšem pochopitelné, že pokud se jedinec ztotožní s deviantní skupinou, zůstane v jejím rámci navždy v konfliktu s většinovou společností (Lemert, 1951, s. 97).

Sekvenci interakcí, které vedou k sekundární deviaci¹³, shrnuje Lemert (1951, s. 77) následovně:

¹³ V praxi je možné sledovat tento proces na příkladu zlobivého chlapce, který se ve škole dopustí nějakých prohřešků, za něž je vždy pochopitelně potrestán. Může se ale stát, že ho učitelka bude obviňovat také z něčeho, co nespáchal. Když přitom použije označení „gauner“ či jiný individualizující výraz, může způsobit chlapci problémy s vykonáváním jeho stávající role, s níž se on sám identifikuje – pokud se totiž také jeho spolužáci identifikují s učitelčím označením, chlapec zjistí, že mu jeho

- 1) primární deviace,
- 2) sociální sankce,
- 3) postupující primární deviace,
- 4) silnější sankce a odmítnutí jedince společností,
- 5) pokračující deviace (boj proti těm, kdo jedince penalizovali),
- 6) dosažení hranice tolerančního kvocientu vedoucí k formální stigmatizující akci komunity vůči jedinci,
- 7) zesílení deviantního chování jako reakce na stigmatizaci a sankce a nakonec
- 8) přijetí deviantního sociálního statusu, snaha o přizpůsobení se s ním spojeným rolím.

3.3.1 Deviantní kariéra

Howard Becker (1966, s. 24) vychází podobně jako Lemert z toho, že existují určité sekvence událostí, které nastanou, pokud člověk překročí určitou normu, a mohou vést až k tomu, že jedinec přijme deviantní osobnost za svou. Becker přitom využívá termínu deviantní kariéra, který zastupuje koncept odkazující k pohybům člověka z pozice v jednom sociálním systému do jiného systému, v němž tento člověk jedná.

Becker si navíc všímá, že první nekonformní akt, jenž spustí celou řadu reakcí, může být jak nezamýšlený, kdy o existenci porušeného pravidla člověk nemá žádné povědomí, tak záměrný, kdy je člověk nějak motivován pravidla překročit, odstranit vliv konvenčních povinností a jednat proti nim. Existuje tak mechanismus, který mění příležitostné experimentování s překračováním norem k trvalejšímu vzoru deviantní aktivity – jedná se o vývoj deviantovy motivace a zájmů. Jedním z nejdůležitějších kroků v budování stabilního vzorce deviantova chování je přitom zkušenost s tím, že dostal veřejně nálepkou deviant, ačkoliv tento krok nezávisí ani tak na něm, jako spíše na reakcích ostatních (Becker, 1966, s. 31). Nejpodstatnější je tedy změna veřejné identity jedince, získání nového statusu, kvůli němuž je najednou pojmán jako jiný člověk, než za jakého ho lidé doposud považovali – najednou je z něj zloděj, lhář či třeba schizofrenik. Vlastnictví jednoho deviantního znaku může vytvářet symbolickou hodnotu, díky níž lidé automaticky předpokládají, že člověk vykazuje i další nežádoucí znaky, které jsou s nálepkou deviant spojeny (Becker, 1966, s. 33).

současná sociální role přináší pouze sankce, a tak se rozhodne zvolit jednodušší cestu – přijme novou roli, roli gaunera (Lemert, 1951, s. 77).

To, že společnost s člověkem jedná jako s deviantem, zároveň funguje jako sebenaplnující se proroctví – vytváří se soubor mechanismů, které tvarují člověka do takové podoby, jakou mu lidé přisuzují. Nejdříve je vyčleněn z participace v konvenčních skupinách, je izolován, a tato izolace ho pak vede k deviaci. Pokud je tedy na devianta pohlíženo prostřednictvím určité nálepky, která mu byla přidělena, produkuje tato nálepka další deviaci (Becker, 1966, s. 34).

Jako poslední krok v kariéře devianta identifikuje Becker (1966, s. 37) jeho vstup do organizované deviantní skupiny. Když si jedinec uvědomí, že tento krok udělal, má to velký vliv na jeho pojetí sebe sama. Začne používat slovník deviantní skupiny a vyjadřovat vlastní motivace s pomocí frází získaných z interakce s ostatními devianty. Protože takoví jedinci čelí stejným problémům v důsledku negativních reakcí majoritní části společnosti, členství ve skupině, kde nacházejí porozumění, utužuje jejich deviantní identitu. V organizované a institucionalizované skupině se tak deviant začne učit, jak předcházet problémům při porušování pravidel a jak racionalizovat svoje pokračování v deviaci (Becker, 1966, s. 39).

4. Sociální instituce šílenství

Etiketizační teorie, které byly popsány v předchozí kapitole, se zaměřují na způsob, jakým společnost produkuje deviaci tím, že vybraným jedincům uděluje stigmatizující nálepky (Scheff, 1970, s. 51). Stejně tak může být interpretována povaha duševní choroby jako forma deviace (Giddens, 1999, s. 223). Ačkoliv totiž diagnostické koncepty užívané psychiatry, tedy například rozdělení duševních nemocí na neurózy a psychózy, mají svou medicínskou a administrativní hodnotu, jejich užívání nepočítá se sociálními a kulturními aspekty duševní deviace, a pokud ano, tak jen velmi omezeně (Lemert, 1951, s. 387).

Sociologickou otázkou tedy není, co u člověka způsobuje vznik symptomů, jako jsou halucinace či dezorientace, ale co vede konkrétní společnost k tomu, aby určité chování odmítala, segregovala a léčila jako šílené (Lemert, 1951, s. 387). Podle Thomase Scheffa (1970, s. 51) tak psychoterapie vytváří nemoc, aby ji mohla léčit.¹⁴

4.1 Primární a sekundární duševní deviace

O aplikaci primární a sekundární deviace na fenomén duševního onemocnění se pokoušel už sám Lemert (1951), který s touto teorií přišel. Ten si přitom uvědomoval, že většinu projevů, jež jsou v jistém kontextu považovány za symptom duševní nemoci, někdy zažívá mnoho lidí, kteří sami sebe chápou jako normální, a stejně tak je vnímá také společnost. „Normální“ lidé někdy slyší v nočních hodinách hlasy svých mrtvých příbuzných, leckdy fantazírují a zasní se, jako se to stává duševně nemocným lidem (Lemert, 1951, s. 462). Většina dětí si projde obdobím, kdy určitým způsobem porušují pravidla týkající se projevů duševního zdraví – vymýšlejí si imaginární přátele nebo zvířata, mají strach ze zvuků, tvarů, barev, tmy, duchů, mívají záchvaty vzteku, aniž by někdo předpokládal, že u nich takové chování zůstane stabilním (Scheff, 1970, s. 66).

Tedy i přes to, že existují znaky šíleného chování, které mnoho z nás občas vykazuje, málokoho napadne o sobě na jejich základě uvažovat jako o šíleném. Pokud se symptomy objevují pouze epizodicky a nejsou příliš sociálně viditelné, často nespějí do sekundární fáze deviace (Lemert, 1951, s. 462). Naopak jsou leckdy vnímány spíše pozitivně, například jako znak geniality či excentričnosti (Scheff, 1970, s. 67).

¹⁴ Stejně jako zločin není vytvářen pouze zločinci, ale také legislativou, která určuje, jaké jednání je nezákonné, je duševní onemocnění tvořeno nejen těmi, kdo vykazují určité abnormální psychické stavy, ale také těmi, kdo tyto stavy za abnormální a nemocné označují (Scheff, 1970, s. 51).

Pokud se však chování, které je majoritní částí společnosti označováno jako šílené, vyskytuje často a jedinec jej není schopen racionalizovat, na řadu přichází sekundární duševní deviace, proces stávání se šíleným. Na základě vlastního abnormálního chování a sociálních reakcí ostatních si jedinec vytváří představu o sobě samém, o svém statusu (Lemert, 1951, s. 428). Když lidé začnou na člověka s nálepkou „duševně nemocný“ reagovat uniformně v rámci tradičních stereotypů šílenství, jeho občasná a nestrukturovaná porušování pravidel se postupně stane konformním k těmto představám – bude se podobat chování ostatních deviantů, kteří byli klasifikováni jako duševně nemocní, a časem se stabilizuje. Proces sekundární deviace je dokončen ve chvíli, když se tyto představy stanou součástí deviantovy orientace vlastního chování. Deviace je potom stabilizována procesem nálepkování, které probíhá implicitně při segregaci jedince a jeho hospitalizaci (Scheff, 1970, s. 86), v níž psychiatrická léčba pracuje s tím, že pacient rozpoznává své duševní onemocnění, akceptuje ho jako definici sebe sama, jako svou roli (Lemert, 1951, s. 441).

4.2 Reziduální deviace

Podle Thomase Scheffa (1970, s. 57) můžeme duševní chorobu chápat jako porušování reziduálních norem. To jsou takové normy, které nejsou explicitně verbalizovány, hluboko skrytá pravidla, jimiž se řídí běžný život. Týkají se tak konvencí, jako je způsob hovoru a pohledů na ostatní, postojů, gest či lidského jednání. Porušování takových norem je podle Scheffa podstatou duševních onemocnění (Giddens, 1999, s. 223). Jako typické příklady porušující reziduální normy uvádí osahávání zubů či odlakování nehtů na veřejnosti nebo jednání muže, který si na veřejném místě stoupne před zrcadlo a začne si česat vlasy (Scheff, 1970, s. 57), což už by však dnes bylo pravděpodobně považováno za sociálně akceptovatelné jednání.

Existují přitom dva koncepty vycházející z Beckerova rozdělení¹⁵, které se zabývají psychiatrickými symptomy ze sociologického hlediska – porušování reziduálních pravidel a reziduální deviace. Porušování pravidel odkazuje k chování, které porušuje domluvené normy skupiny. Pokud jsou symptomy duševního onemocnění konstruovány pouze jako porušení sociálních norem, většinou to nezpůsobí přidělení nálepky duševně nemocného, jako je tomu u reziduální deviace. O člověku se spíše řekne, že je nevychovaný, ignorant nebo že je pod velkým stresem, a to v závislosti na typu normy, kterou poruší (Scheff, 1970, s. 53). Většina porušení

¹⁵ Viz kapitola 3: Teoretická východiska.

pravidel navíc často ani není zpozorována, nebo pokud ano, je racionalizována jako výstřednost. Taková racionalizace a nepozornost se nazývají normalizací (Scheff, 1970, s. 63).

V malém množství případů však není reakcí normalizace, ale zveličením či zkreslením závažnosti a míry přestupku – uplatňuje se tedy princip nálepkování. Porušení reziduálních norem se mění v reziduální deviaci. Když nálepkování nastane poprvé, společnost pojmenovává porušení pravidla. Pokud není toto porušení ignorováno či úspěšně racionalizováno, nálepkování může vytvořit sociální typ, schéma symptomatického chování, jež je v souladu se stereotypním očekáváním ostatních, jak má duševně nemocný člověk vypadat. V intencích Lemertovy sekundární fáze deviace se nakonec stává deviantní role součástí deviantova sebepojetí a ústí v chronické deviantní chování (Scheff, 1970, s. 92). Při určitých podmínkách navíc společnost v rámci sociální reakce hledá znaky abnormality v deviantově historii, v době, kdy ještě neměl degradující nálepkou, aby tak dokázala, že byl deviantem vlastně vždy.¹⁶ Proces nálepkování je tak klíčovou událostí ve většině deviantních kariér (Scheff, 1970, s. 86).

4.3 Akceptování deviantní role

Většina duševních onemocnění může být chápána jako sociální role, jež reflektuje status šílenství v sociální struktuře. Proces reziduální deviace je stabilizován, když deviant přijme šílenství jako rámec svého vlastního jednání, přičemž využívá stereotypních představ o duševních onemocněních stejně jako většinová společnost, která na něj skrze tyto představy pohlíží, neboť se jim shodně naučili už v raném dětství. Pokud jsou navíc jeho stereotypní projevy bláznovství potvrzeny ostatními, zejména někým tak důvěryhodným, jako jsou lékaři, nastupuje u něj kariéra chronické deviace. Onálepkovaný deviant tedy začíná být odměňován za hraní stereotypní deviantní role a naopak trestán za snahu chovat se „normálně“, nekonformně se svou deviací (Scheff, 1970, s. 89).

Symptomatické chování držitelů deviantního statusu je tak vždy projevem konformního chování. Podle Scheffa (1970, s. 87) bývají běžní pacienti, kteří vyjadřují

¹⁶ Takový případ popisuje John Kitsuse (1962, s. 253) ve svém pojetí „retrospektivní interpretace“, kdy se v rámci sekundární deviace mění nejenom struktura osobnosti jedince, ale retrospektivně je také přepsána jeho minulost. Takto může být přepsáno i jednání, které bylo původně považováno za pozitivní. Vhodným příkladem může být vnímání velmi oblíbeného skautského vedoucího, o němž se po letech lidé dozví, že je pedofil. Rozhodujícím faktem se přitom stává to, že od společnosti obdržel nálepkou pedofil, která už ale nemusí být nutně vázaná na to, že se takový člověk skutečně dopustil sexuálního zneužívání dětí. Chování, za které byl dříve obdivován, je tak vlivem nově získané nálepky „přepsáno“ jako projev jeho deviace, což navíc způsobí, že se lidé cítí být „podvedeni“.

pochopení a jsou schopni najít evidenci nemoci ve své minulosti a v současném chování, odměňování psychiatry a dalším personálem za to, že tak potvrzují medicínské a sociální diagnózy. Jedná se o případ obecnějšího principu, který způsobuje, že pacient vykazuje takové symptomy nemoci, o nichž si lékař myslí, že je pacient má. Podle takového přístupu má tedy lékař i další zdravotnický personál velký vliv na to, jak se daná nemoc projevuje.

Scheff (1970, s. 88) tuto svou základní tezi dokumentuje na případu studie, která byla prováděna v roce 1959 v jedné psychiatrické nemocnici v Kalifornii, kde bylo i mezi pacienty běžným tématem, jak „rozpoznat“ něčí nemoc. Interakce pacientek ženského oddělení vypadala následovně:

Nová pacientka: Nepatřím sem! Nelíbí se mi všichni ti šílení lidé kolem! Kdy můžu mluvit s doktorem? Jsem tu čtyři dny a ještě jsem neviděla doktora. Nejsem šílená!

Jiná pacientka: Ona říká, že není šílená! (směje se s ostatními pacientkami)

Jiná pacientka: Zlato, docela by mě zajímalo, jak ses to téhle nemocnice dostala, když nejsi šílená.

Nová pacientka: Je to komplikované, ale můžu to vysvětlit. Můj manžel a já ...

Jiná pacientka: Tak to říkají všichni. (vysmívá se jí spolu s ostatními)

Scheff tak poukazuje na značný tlak, který je na pacienta vyvíjen, aby akceptoval roli duševně nemocného jako část svého já, a to nejen ze strany lékařů, ale i pacientů, tedy nositelů deviantního statusu. Onálepkovaní devianti jsou pak trestáni, pokud se snaží vrátit ke konvenčním rolím (Scheff, 1970, s. 88).

Druhý účinným způsobem, jak jedince segregovat do deviantní nálepky, je zablokovat mu vstup do nedevidantní role. Bývalí pacienti psychiatrických léčeben mají problém najít si zaměstnání, i pokud je jejich chování a kvalifikace zcela přijatelná. Ukazuje se tak, že odmítání duševně nemocných je hlubším projevem stigmatizace spíše než hodnocením jejich reálného chování (Scheff, 1970, s. 88). Ačkoliv jsou tedy u z nemocnice propuštěných pacientů symptomy eliminovány, a oni se mohou vrátit k plným sociálním a ekonomickým kompetencím, komunitou jsou stále bedlivě sledováni jako lidé podezřelí, u nichž se běžné chyby či konflikty dramaturgizují jako návrat k projevům „nevyléčitelné“ duševní nemoci (Lemert, 1951, s. 441).

4.4 Síla psychiatrie

V oblasti psychiatrie může předpoklad medicínské diagnózy, ač je sám o sobě často nejistý, způsobit nezvratné zranění pacientova statusu (Scheff, 1970, s. 106). Komunity zabývající se problémy duševního onemocnění nabízejí svým pacientům léčbu, potlačení, rehabilitaci, ačkoliv je slibovaná „pomoc“ velmi obtížně dokazatelná. Nejedná se tak pouze o uplatňování jejich moci a vlivu (Lemert, 1951, s. 68)?

Režimy léčby a charitativní pomoci mohly být osvícensky motivovanou snahou začlenit deviance do společnosti, ačkoliv paradoxně položily základ mocenským strukturám, které vedou k dalšímu vyloučení deviantů, jež se tentokrát odehrává prostřednictvím rehabilitačních, pedagogických a terapeutických praktik (Kolářová, 2012, s. 25). Účelem psychiatrie je nalézt a diagnostikovat duševní chorobu, a tím vyznačit jasnou dichotomii mezi duševně chorým a zbytkem populace (Kolářová, 2012, s. 337).

Anne Wilson a Peter Beresford (in Kolářová, 2012) si vyzkoušeli psychiatrickou léčbu na vlastní kůži. Nyní se dlouhodobě angažují v hnutí uživatelů psychiatrických služeb a kritizují symbolické násilí, jež se projevuje v moci, kterou drží medicínský diskurz nad možnostmi utváření subjektivních identit pacientů a jejich vztahu k sobě samým. Ve své kritice vycházejí z administrativních postupů psychiatrie, přičemž zjišťují, jakou úlohu hrají záznamy v psychiatrické dokumentaci při profesionálním vytváření konstruktů šílenství a šílenců – jakmile je jednou psychiatrický záznam učiněn, stává se dominantním výkladem osobnosti daného člověka a ospravedlňuje například i omezení jeho budoucích životních šancí, duševního rozvoje, práv a možností (Kolářová 2012, s. 322).

Oba tito autoři navíc také vnímají přesvědčování pacientů psychiatrie, že jsou skutečně duševně nemocní, jako další škodlivý důsledek psychiatrické léčby. Pacientům je doporučováno, aby se se svou duševní chorobou vyrovnali, lékaři je upozorňují, že pravděpodobně nebudou schopni vykonávat stresující zaměstnání, pokud vůbec budou schopni pracovat. Chtějí tak po svých klientech, aby zároveň přijali postavení lidí „druhé kategorie“, které je s jejich nemocí spojeno. Takový přístup oběma autorům připomíná vymývání mozků válečným zajatcům za účelem změnit názory a přesvědčení vězňených tak, aby odpovídaly ideologii jejich vězňitelů (Kolářová, 2012, s. 334).

Navíc lékaři svým pacientům předkládají, jak by měla jejich nemoc vypadat, jak by se měli cítit. Wilson a Beresford tak tvrdí, že kdykoliv chtěli, ať už jako jednotlivci

nebo prostřednictvím organizací, jejichž jsou součástí, formulovat své vlastní chápání toho, co zažívají, narazili na všudypřítomnou nadvládu medicínských definic a vysvětlení duševních nemocí či na analýzy a interpretace odborníků a akademiků, kteří však sami pacienty psychiatrického systému nikdy nebyli. Zaznamenávají přitom, že jsou tyto přístupy natolik mocné a dominantní, že je pro ně samotné leckdy těžké pojmenovat vlastní zážitky, aniž by používali terminologii a koncepce „odborníků“. Všímají si tak, jak teorie a pravomoci medicíny ovlivňují aspekty jejich života a v neposlední řadě i jejich identitu „duševně nemocných podlidí“ (Kolářová, 2012, s. 322).

4.4.1 Kategorizace duševních nemocí

Rozlišování mezi „nebezpečnými šílenci“ a „normálními neurotiky“ zrcadlí přístup psychiatrie, který ze stavů šílení, úzkostí a rozrušení vyděluje dvě široce pojaté kategorie neuróz a psychóz (Kolářová 2012, s. 336). Nutnost zařadit pacienta do jedné či druhé kategorie a následně si vybrat jejich konkrétní podkategorii, bývá hodnocena velmi skepticky. Leckdy také budí dojem, že člověk, jemuž byla diagnostikována neuróza, je o něco méně „ten druhý“ než jedinec diagnostikovaný jako psychotik (Kolářová, 2012, s. 337). Lemert (1951, s. 398) navíc uvádí, že ačkoliv se psychiatrii na tomto dichotomickém rozdělení duševních nemocí shodují, rozcházejí se v názoru, jestli tyto kategorie existují reálně jako dva oddělené fenomény, tedy že někdo, kdo má psychózu, nemusí mít nutně také neurózu, nebo jestli se vždy objeví nejprve neuróza, za níž může následovat psychóza jako závažnější forma onemocnění.

Beresford a Wilson přitom během vlastní psychiatrické léčby vnímali, jak lékaři věnovali zvýšený zájem některým aspektům jejich úzkosti a bagatelizovali jiné, jen aby je mohli zařadit do určité diagnostické kategorie a k ní pak přiřadit předepsanou léčbu (Kolářová, 2012, s. 324). Podle běžného názoru psychiatrické komunity lze duševní nemoci chápat podobně jako nemoci tělesné – mají svůj původ v jednotlivci a je možné je objevit důkladným vědeckým zkoumáním (Kutchins, Kirk, 1999). Vědecké přístupy tak legitimizují proces, v němž se stvrzuje platnost konstruktů duševních nemocí i proces jejich diagnóz, v nichž psychiatrii posuzují objektivní i subjektivní příznaky pacienta. Přítomnost konkrétní duševní choroby přitom není možné zjistit žádným laboratorním testem. Psychiatrii musejí zaznamenávat své subjektivní soudy o chování a symptomech pacientů a při svých rozhodnutích o kategorizaci onemocnění a jeho léčbě se odvolávat na ně (Kolářová, 2012, s. 326).

Lékařská dokumentace přitom hraje při dokládání údajného patologického stavu rozhodující roli. Protože navíc nelze z lékařských záznamů nic vymazat, stává se psychopatologická odlišnost lidí označených za duševně nemocné trvalou a nezměnitelnou. Taková anamnéza přináší člověku obtíže i v dalších oblastech života. Bývalí uživatelé psychiatrického systému čelí diskriminaci, když chtějí uzavřít životní pojistku, když žádají o hypotéku nebo o pracovní či cestovní vízum do ciziny, když si chtějí adoptovat dítě nebo i podstoupit léčbu neplodnosti. Tato diskriminace je pravděpodobně založena na přesvědčení, že lidé, kteří mají v lékařské dokumentaci evidovány stavy velkého duševního rozrušení, se nikdy úplně neuzdraví (Kolářová, 2012, s. 329).

4.4.2 Mýtus duševní nemoci

Nejčastěji zmiňovaným kritikem užití medicínského modelu v aplikaci na duševní onemocnění je Thomas Szasz. Jeho kritika je založena na předpokladu, že je duševní onemocnění mýtus, který má ve skutečnosti funkce spíše nemedicínské – jeho cílem je ospravedlnit perzekuci lidí ve jménu duševního zdraví. Nedobrovolné zadržování jedinců v psychiatrických léčebnách je tak chápáno jako forma věznění deviantních osob, které se proti zákonu nijak neprovinily. Podle Szasze by to, co dnes považujeme za duševní chorobu, mělo být správně označeno jako životní potíže, jež někteří prožívají v akutnější formě než ti druzí. Lidé, kteří dnes nesou nálepku duševně nemocných, by měli být zavíráni pouze v tom případě, že porušili zákon, tedy stejně tak jako kterýkoliv duševně zdravý jedinec. Každý by měl mít právo vyjadřovat své pocity, názory a žít tak, jak mu to vyhovuje. Možnost vyhledat odbornou psychologickou pomoc by měl mít každý, kdo o to sám stojí, a to na smluvním základě, jako je tomu u ostatních služeb (Giddens, 1999, s. 223).

Scheff (1970, s. 70) přitom tvrdí, že Szasz chápe duševní onemocnění jako hraní role. Model hraní rolí využívá pro analýzu duševních poruch i současná diskuse, ta přitom ale klade větší důraz na nedobrovolné aspekty hraní rolí, zatímco Szasz je chápe jako individuální systém jednání. Správné předvedení role je závislé na spolupracujícím publiku. Pokud se k nám publikum chová určitým jednotným způsobem, vede nás to jako herce k tomu, abychom hráli předpokládanou roli i v případě, že ji sami hrát nechceme.

Scheff (1970, s. 71) navíc uvádí, že v průběhu studie v psychiatrické nemocnici několik pacientů sebejistě přiznalo, že někdy předstírají symptomy svých nemocí, aby

vystrašili nový personál, aby unikli nepříjemným pracovním povinnostem a podobně. Pro ně samotné je však mnohdy obtížné odlišit, kdy oni hrají roli a kdy je to naopak role, která je nutí jednat určitým způsobem. Navíc se ukazuje, že se simulace příznaků duševního onemocnění může objevit také u člověka, u něhož se nikdy žádný skutečný psychický problém nevyskytl. Podobný případ byl zaznamenán v nemocnici, kde si hlídač vytvořil komplex subjektivních symptomů, které přesvědčivě ukazovaly na nádor v čelní části mozku. Laboratorní testy později ukázaly, že jeho obtíže byly způsobeny tím, že si před nástupem do svého zaměstnání četl o historii mnoha případů takovýchto onemocnění. Hrát roli duševně či jinak nemocného tedy může člověk i bez toho, aby měl s touto rolí vůbec nějakou zkušenost (Scheff, 1970, s. 72). Pokud někdo otevřeně předstírá, že je šílený, jak někdo může být šílený doopravdy (Scheff, 1970, s. 75)?

Síla psychiatrie tedy spočívá v tom, že má moc dělit určité typy jednání a jedince, kteří takové jednání vykazují, na zdravé a nemocné, normální a nenormální, přičemž pracuje s tím, že si lidé, jež zaujímají podřadnou deviantní kategorii, musí onu podřadnost nejprve sami uvědomit a připustit, a potom se chovat takovým způsobem, jak si majoritní část společnosti představuje, že by se chovat měli. Ačkoliv se tedy zdá, že tímto nálepkováním bez většího přihlížení k sociálním a kulturním faktorům přinášejí psychiatrické nemocnice lidem, kteří zažívají určité abnormální duševní stavy, pouze další problémy, kategorizace pacientů může mít i pozitivní efekt, a to jejich léčbu. I přes to, že mohou být jednotlivé kategorie duševních nemocí mnohdy nepřesné, pomáhají lékařům stanovit takovou terapii, jakou si myslí, že jedinec potřebuje. A právě etiketa, kterou mu tímto udělí, mu může pomoci získat náhled na svou nemoc, uspíší jeho léčbu. Vhodným příkladem dokazujícím toto tvrzení je nemoc zvaná anorexie. U ní se totiž nejedná pouze o to, že lidé málo jedí, ale spíše o fakt, že mají vůči jídlu vypěstovaný přístup, jenž se jim samotným sice jeví jako racionální, ale zároveň je fyzicky ničící. Lidé s anorexií mohou vnímat porušení diety jako morální selhání, neuvědomují si, že mají problém. Lékař je proto nutí, aby porušili vlastní dietu, aby se ze svého hlediska chovali nemorálně, selhali, měli slabou vůli – chtějí, aby si uvědomili, že jsou nositeli určité nálepky, získali náhled na svou nemoc a dříve se tak vyléčili.

Zatímco u anorexie se jedná o viditelné hazardování se životem, u duševních onemocnění je průkaznost léčby s pomocí etiketizace komplikovanější. Stejně tak je obtížné, ne-li nemožné, navrhnout řešení, jak by psychiatrická léčba měla postupovat, aby své pacienty zároveň léčila, pomáhala jim, ale aby jim svou léčbou nemoc

nezhoršovala, neprodužovala nebo třeba i nezpůsobovala, a nevyčleňovala je tak ještě více ze společnosti. Jako ideál vidí v tomto případě mnozí teoretikové domácí péči místo zavírání jedinců do velkých ústavů, v níž by ovšem bylo potřeba zajistit pacientům vhodné přístřeší, služby terénní sociální péče a také pracovní příležitosti, kterých se jim v současné době příliš nedostává (Giddens, 1999, s. 225).

5. Praktická část

V teoretické části práce jsem se zabývala sociální podmíněností existence duševních onemocnění, a tedy i samotných duševně nemocných jedinců. Zaměřila jsem se na to, jak jsou v běžném každodenním jazyce i v médiích lidé s duševním onemocněním stigmatizováni a mnohdy nezáměrně diskriminováni a jak tato situace přispívá k udržení stávajících stereotypů, kvůli nimž se duševní onemocnění stává nejenom handicapem týkajícím se nepříjemných psychických stavů daného jedince, ale přímo jeho postižením způsobeným reakcemi společnosti, které člověka znevýhodňují ještě nad rámec jeho handicapu i v dalších oblastech života, než je pouze psychické zdraví.

Pro své zkoumání jsem využila Lemertovu teorii primární a sekundární deviace, která se zaměřuje na akt přidělování deviantní nálepky jedinci, který se dopustil činu vnímaného jako překročení norem, ať už psaných či nepsaných, a na jeho možnosti se udělení nálepky bránit. Dále pak Beckerovu sociálně reakční teorii, která chápe deviaci jako sociální konstrukt – za deviantní je považováno takové jednání, které takto bylo označeno. Dotkla jsem se také kritického náhledu na psychiatrický systém, který se mnohdy podílí na prohloubení stavu tísně a jinakosti jedinců, kteří podstoupili psychiatrickou léčbu, tím, že je pojímá jako jasně oddělenou a vymezenou skupinu, jako ty druhé. I přesto, že zjištění přítomnosti duševní nemoci a určení jejího konkrétního typu nemůže být stoprocentně spolehlivé, nálepka dané duševní nemoci, která je člověku přidělena, má vliv na strukturu jeho osobnosti, na jeho identitu, chápání sebe sama i na vztahy s ostatními.

Hlavní výzkumnou otázku jsem proto formulovala takto: Co všechno s sebou přináší etiketa „duševně nemocný“, kterou jedinci uděluje společnost? Zajímalo mě tak, jak tato nálepka ovlivňuje vztahy lidí s duševním onemocněním, jejich chápání sebe sama a jestli je nějak omezuje a způsobuje jejich diskriminaci v určitých společenských situacích. Mým cílem bylo tedy zjistit, jak na život s duševní nemocí nahlízejí sami duševně nemocní lidé, jak interpretují svoje postavení ve společnosti a vztahy s ostatními.

Kvalitativní výzkum, pomocí něhož jsem si chtěla na svoje otázky odpovědět, jsem prováděla zejména ve sdružení pro podporu a péči o duševně nemocné¹⁷, kam

¹⁷ Místo výzkumu i jména komunikačních partnerů jsou v této práci anonymizovány.

jsem pravidelně docházela zhruba po dobu jednoho měsíce. Toto sdružení poskytuje lidem s duševním onemocněním služby v oblasti sociální rehabilitace, zdravotně-sociálního poradenství, podpory bydlení, uplatnění na trhu práce či pomoci při prosazování jejich práv a zájmů. Klienti přitom středisko navštěvují dobrovolně, ve svém volném čase. V případě zájmu se účastní aktivit, které sdružení pravidelně nabízí, například kreativní dílny, terapeutické skupiny s psychologem, skupinového zpěvu, arteterapie, výuky anglického jazyka či nácviku základních sociálních dovedností.

Tato organizace tedy nabízí podporu a péči těm, kteří podstoupili psychiatrickou léčbu a bylo jim lékaři diagnostikováno duševní onemocnění. Z hlediska studované primární a sekundární literatury jsem tak u nich předpokládala, že se s nálepkou „duševně nemocný člověk“ musejí určitým způsobem potýkat.

5.1 Vstup do terénu

Do sdružení jsem se poprvé vydala ve středu, kdy probíhá pravidelné informativní setkání klientů, a je tak největší šance zastihnout v něm více jedinců než v jiných dnech. Sociální pracovnice většinou nevědí, kolik lidí mohou na takových setkáních nebo pořádaných programech očekávat, protože záleží na svobodném rozhodnutí klientů, kdy a čeho se budou chtít účastnit. Když jsem přišla do střediska poprvé, vzbuzovala jsem u všech přítomných klientů značnou pozornost. Středisko sice dříve provozovalo i kavárnu pro veřejnost, kde se lidé s duševním onemocněním učili jak manuální práci v kavárně a manipulaci s penězi, tak sociálním dovednostem při kontaktu s cizími lidmi, v současné době už je však sdružení veřejnosti nepřístupné a slouží výhradně svým klientům. Hned zpočátku jsem si tak uvědomila, že „zapadnout“ do tohoto kolektivu a stát se zúčastněným pozorovatelem, který nenarušuje běžný chod střediska, bude opravdu těžké.

Moje první kroky vedly za vedoucí pracovnící sociální rehabilitace, s níž jsem se prostřednictvím e-mailové komunikace domluvila, že bych svůj výzkum prováděla právě v tomto ústavu. Ta mě vřele přijala ve své kanceláři, podala mi základní informace o sdružení, aktivitách, které pro klienty s duševním onemocněním pořádají, a dala mi i několik tipů, jak klienty pro výzkum oslovit. Upozornila mě však také na to, že někteří jedinci, na něž bych u nich mohla narazit, nemají problémy pouze po stránce duševní, ale také mentální, tudíž by mohli mít problém otázkám při rozhovoru

porozumět. Téma diplomové práce ji ale viditelně zaujalo, a tak jsem měla naději, že stejně zajímavé bude pro klienty přímo se výzkumu zúčastnit.

Po úvodním setkání jsme se spolu vydaly do společenské místnosti, kde se klienti postupně scházeli. Tam mi představila tři klientky, o nichž mluvila jako o velice komunikativních a tušila, že se budou chtít výzkumu aktivně zúčastnit. Když jsem je informovala, čeho by se výzkum měl týkat, měly dvě z nich opravdu zájem, a tak jsme se ihned domluvily na termínu uskutečnění rozhovoru. Jedna přitom chtěla rozhovor skloubit se svou dopolední prací v kavárně, z čehož jsem byla poněkud rozpačitá, ale ujistila mě, že díky tomu, že slouží pouze klientům sdružení, je to poměrně klidné místo.

Na střeďečnīm setkání se nakonec sešlo asi dvacet klientů. Pracovnice střediska je nejprve seznámily s plány na nadcházející měsíc a potom uvedly mě, abych představila sebe i svůj výzkum. Nakonec se mi nahlásili další dva klienti s tím, že by měli zájem si se mnou na toto téma promluvit.

5.2 Sběr informací

Po získání prvních komunikačních partnerů spočíval další výběr jedinců do výzkumného vzorku v technice sněhové koule – původní informátoři mě vedli k dalším členům cílové skupiny, o nichž se domnívali, že by mohli mít o participaci na výzkumu zájem. Disman (2011, s. 114) uvádí, že technika sněhové koule je typem nepravděpodobnostního výběru, která je nenahraditelným nástrojem pro zkoumání dočasně existujících populací. Zkoumané jedince s duševním onemocněním tak lze za dočasnou populaci považovat ze dvou důvodů. Podle Beckerova (1966, s. 9) tvrzení mají lidé v kategorii deviantů společné pouze to, že sdílejí stejnou nálepku a zkušenost, že jí byli označeni. Při přijetí myšlenky sociální a kulturní podmíněnosti existence duševního onemocnění tak projevy jednání, které jsou dnes považovány za abnormální a jako takové připisovány duševní nemoci, nemusejí být takto chápány absolutně jako jednou provždy dané. V případě medicínské změny v určování zdravých a nemocných duševních stavů – jako tomu v minulosti bylo například u chápání homosexuality¹⁸ – by se tedy populace duševně nemocných značně proměnila. Její existence je relativní. Dalším důvodem, proč zkoumanou populaci chápu jako dočasnou, je její závislost na existenci střediska, v němž se komunikační partneři setkávají a věnují se společným

¹⁸ Viz Úvod této práce.

aktivitám. Až toto sdružení z nich jako jednotlivců zformovalo sociální skupinu se sdílenými hodnotami, normami a cíli.

Informace jsem přitom získávala prostřednictvím zúčastněného pozorování, při němž se výzkumník účastní každodenního života lidí, které studuje, a to ne proto, aby skryl svůj výzkumný záměr, ale aby lépe porozuměl. V mém případě, podle Dismanovy (2011, s. 305) typologie, jsem se zhostila role „pozorovatele jako participanta“ tím, že jsem sice byla v kontaktu se zkoumanými jedinci, ale nepředstírala jsem, že jsem skutečným participantem. Důležitou úlohu sehrávaly také terénní poznámky, které jsem si během pobytu ve sdružení psala. Ty měly jak povahu popisnou, kdy jsem zaznamenávala, co se kolem mě děje, tak reflektující, úvahovou, pro dokumentaci mých myšlenek, pocitů a domněnek.

Kromě zúčastněného pozorování jsem rovněž užívala již zmíněné techniky polostandardizovaných rozhovorů, u nichž mi částečná strukturace, vytvoření jakýchsi „záchytných bodů“ jednotlivých rozhovorů, umožnila držet se daného tématu a nezabřednout do oblastí, které nejsou předmětem mého zájmu. V případě tohoto výzkumu jsem se díky ní dokázala vyhnout podrobným popisům psychických pochodů jedinců, o nichž, jak jsem během našich setkání vypožorovala, jsou zvyklí mluvit více než o svém sociálním životě. Ačkoliv jsem se však snažila zaujmout roli nezaujatého výzkumníka, přinášela jsem si do tohoto prostředí nejenom své vlastní zkušenosti, představy a názory, ale také informace z primární a sekundární literatury, pomocí nichž jsem vytvářela základní otázky. Ty byly u jednotlivých komunikačních partnerů obdobné, měnily se vlivem vývoje rozhovorů. Mým záměrem přitom bylo co nejvíce se vyhnout jakémukoliv náznaku sugescí při jejich formulování. I když mi tedy volba polostandardizovaných rozhovorů umožnila držet se tématu, mít jasnou osu rozhovoru s komunikačními partnery, v určitých momentech předem připravené okruhy dotazů narušovaly hladký průběh rozhovorů, proto jsem se snažila co nejvíce přiblížit nestandardizovanému typu, a nenastolovat tak v naší komunikaci nechtěnou hierarchii. V tom jsem tedy spatřovala úskalí této techniky získávání informací.

Dalším problémem, který se během výzkumu objevil, bylo hledání klidného prostředí pro realizaci rozhovoru. Rozhovor s komunikační partnerkou Janou, který proběhl na její přání v kavárně sdružení, musel být několikrát přerušen kvůli přicházejícím hostům, což nemělo dobrý vliv na sdělované odpovědi a „hloubku“ informací v nich obsažených. Protože jsem se setkala s maximálně vstřícným jednáním ze strany zaměstnanců sdružení, mohli jsme s komunikačními partnery využívat také

samostatnou místnost, která je k rozhovorům přímo určená. I tam však, třebaže v mnohem menší míře, občas vstoupil někdo další a probíhající rozhovor tak přerušil, což při povaze otázek, které byly leckdy hodně citlivé a pro komunikační partnery náročné, nebylo zcela vhodné.

Před zahájením rozhovoru jsem s každým komunikačním partnerem nejprve podepsala informovaný souhlas, v němž jsem se zavazovala k mlčenlivosti ohledně získaného materiálu a k jeho anonymizaci. Se souhlasem jednotlivých klientů sdružení jsem pak rozhovory nahrávala na diktafon a záznamy posléze doslovně přepisovala, třídila a kategorizovala. Pro výzkum se mi nakonec podařilo získat celkem třináct komunikačních partnerů, muže i ženy ve věku od třiceti pěti do šedesáti osmi let, s nimiž jsem si o výzkumném tématu povídala zhruba hodinu. Tito komunikační partneři přitom mají různé formy duševního onemocnění, různé diagnózy, kterým jsem se však zpočátku rozhodla z důvodu existence nepřesných a často se měnících psychiatrických kategorií¹⁹ nevěnovat příliš velkou pozornost. Sami komunikační partneři přitom uváděli, že se diagnózy, které jim doktoři stanovili, v průběhu jejich života výrazně proměňovaly.

Z jednotlivých rozhovorů potom vyplynuly základní kategorie, o nichž se většina komunikačních partnerů určitým způsobem zmiňovala. Jedná se o:

- rodinné a partnerské vztahy,
- kamarády, sousedy a známé,
- práci, zaměstnání,
- názor na psychiatrii a přístup lékařů.

¹⁹ Viz kapitola 4.4.1 Kategorizace duševních nemocí.

6. Rodinné a partnerské vztahy

V životě člověka hraje velmi podstatnou roli jeho příslušnost k určité sociální skupině, pocit sounáležitosti s lidmi, s nimiž má příležitost se identifikovat. Takovou sociální skupinu tvoří pro mnoho lidí rodina. Ta navíc vytváří specifické sociální klima, v němž má významnou úlohu citová složka, vytváření a udržování vědomí, že jsem akceptován, uznáván a hodnocen (Matoušek, 2003). Když člověk onemocní, je to často právě jeho nejbližší rodina, která se s tímto faktem musí jako první potýkat. Její reakce, ať už v sobě zahrnují pochopení či odsouzení, mohou navíc ovlivnit i způsob, jakým jedinec na svou nemoc sám nahlíží, jak se s ní vyrovnává.

Z hlediska teorií uvedených v první části práce se tak jedinci po překročení reziduálních norem²⁰ musejí potýkat se sankcemi ze strany společnosti, které je v případě mých komunikačních partnerů dovedly až do psychiatrické léčebny, kdy nebyli schopni svoje jednání racionalizovat tak, aby bylo většinou společností považováno za sociálně tolerovatelné. Touto jejich segregací a hospitalizací jim byla přidělena konkrétní diagnóza, nálepka, čímž je podle Scheffa (1970, s. 86) deviace stabilizována. Protože je tamní léčba považována za funkční ve chvíli, kdy je jedincem samotným daná diagnóza přijata, pokud se chce jedinec „uzdravit“, nezbyvá mu, než se přestat snažit svoje deviantní jednání racionalizovat a přijmout novou deviantní roli. To se pochopitelně dělo u jednotlivých komunikačních partnerů v různé míře – někteří se považují za součást od majoritní společnosti jasně oddělené sociální skupiny, jiní mají stále tendenci racionalizovat svoje jednání, hledat sociálně akceptovatelné příčiny, které by k takovému jednání „dovedly přece každého“.

Úloha rodiny je proto ve spojitosti s duševním onemocněním chápána jako velmi důležitá, což bylo patrné i z toho, jak často se komunikační partneři na toto téma vyjadřovali. Ti se během svého života setkali jak s pozitivními, tak s negativními reakcemi svých rodin, partnerů a partnerek. U některých to byla právě nejbližší rodina, rodiče a sourozenci, kdo jim pomohl s nemocí se vyrovnat, to znamená přijmout nový deviantní status a z něj vyplývající roli za svou vlastní, u jiných to byli vzdálenější příbuzní, kteří na rozdíl od rodičů měli pochopení. Ukázalo se tak, že jsou rodinné

²⁰ Viz kapitola 4.2: Reziduální deviace: Reziduální normy jsou hluboko skrytá pravidla, jimiž se řídí běžný život. Týkají se konvencí, jako je způsob hovoru a pohledů na ostatní, postojů, gest či lidského jednání. Porušování takových norem je podle Scheffa (1970) podstatou duševních onemocnění.

a partnerské vztahy důležitým aspektem života člověka, který nese nálepkou „duševně nemocný“.

6.1 Předchozí zkušenost s duševním onemocněním

Z jednotlivých rozhovorů přitom vyplynulo, že důležitým faktorem, který rozhodoval o tom, jestli bude mít rodina pro duševně nemocného jedince pochopení nebo nebude, se stala už dřívější zkušenost s výskytem duševního onemocnění v rámci rodiny. U členů rodin totiž platí stejně jako u ostatní běžné populace, že dokud nezískají přímou zkušenost s duševní chorobou u někoho v rodině, mají pravděpodobně stejné základní znalosti o duševních nemocech jako kdokoliv jiný – v řadě případů se může jednat o vysokou úroveň neznalosti spojenou s dezinformovaností, o podléhání předsudkům (Thornicroft, 2011, s. 22).

Téměř polovina komunikačních partnerů potvrdila, že některý z jejich členů rodiny také trpí duševním onemocněním a že to mělo vliv na to, jakým způsobem rodina na jejich nemoc reagovala. Díky tomu se tak tito jedinci setkali s větším porozuměním než ti, jejichž rodina neměla s duševním onemocněním žádnou zkušenost a často pak ani nebyla schopna pochopit, co to duševní onemocnění vlastně znamená, co život s duševním onemocněním obnáší. Mnoho komunikačních partnerů přitom zažilo oba typy reakcí v závislosti na tom, která „část“ rodiny se s duševními nemocemi seznámila už dříve.

6.1.1 Eliška: Pro manžela to nebylo nic nového

Když byla Elišce diagnostikována depresivně úzkostná porucha, rodiče její problémy zpočátku příliš nechápali. Zejména maminka se cítila být uražená, když Elišku rozrušoval větší hluk a chaos na návštěvách, když čekala v ústraní, než se situace uklidní.

„[Rodiče] byli z toho takoví vyděšení, nevěděli, co se to děje, co se to stalo. Když jsem chodila na dovolenky z léčebny domů, tak jak jsem byla taková rozhozená, jo. Teďka jak se hodně jako... [Na návštěvě,] než se všichni usaděj, než se předaj ty buchy všechny, tak já jsem byla tak rozechvělá, že jsem tadyhlencto nedokázala zvládnout, tak jsem říkala: ‚Já půjdu na zahradu a až se usadíte, až bude klid, tak přijdu, jo?‘ Všecko mě jako rozhodilo. Tak třeba moje maminka se kvůli tomu urazila. Říká: ‚Když mě nemůžeš vystát, jo, tak já...‘ Ale jako časem to pochopila. Já jsem se jí to snažila

postupně vysvětlovat, dala jsem jí i přečíst nějakou brožurku. Takže potom už to brala dobře a jako chápe to. Respektujou to, ta moje původní rodina.“

Elišce se tak později podařilo mamince vysvětlit, v čem její nemoc spočívá, a ta si díky tomu přestala brát její projevy osobně. Od té doby si Eliška myslí, že její rodina, otec i matka, mají pro její chování pochopení. V intencích Lemertovy sekundární fáze deviace se tak duševní onemocnění stalo u Elišky součástí jejího sebepojetí. Symptomatické chování je tak u ní považováno za projev konformity k její současné sociální roli, čímž jsou nadále potvrzovány medicínské a sociální diagnózy. Eliška má dokonce dojem, že jí duševní onemocnění pomohlo vztah s matkou vylepšit – dnes už na ni totiž nemá přehnané nároky, jako měla dřív.

„Jako u té mamky se to zlepšilo, protože ona do té doby mi hodně vyčítala, vždycky říkala: ‚No, ty se máš ve městě, to já na té vesnici...‘ A furt měla takový jako řeči, furt jako... furt měla výčitky. Ale potom, když viděla, jako když se dozvěděla, čím vším jsem prošla, tak tady to úplně přestalo a začala se se mnou bavit normálně. Jako ženská se ženskou. (...) Vždycky říkala: ‚Musíš hodně pracovat.‘ A to už mi neříká, teď říká: ‚Taky si vodpočiň, jo.‘ Takže začaly ty vztahy fungovat naopak právě normálně. Předtím to bylo takový jako přepjatý s tou mamkou, měly jsme trošku napjatý vztahy. A když viděla, co všechno se se mnou dělo, tak se to jako zlepšilo a začala se mnou mluvit jako rovná s rovnou.“

Zatímco tak pochopení ze strany rodičů vyžadovalo Eliščino úsilí, u svého manžela se setkala s okamžitým přijetím. Důvod spatřuje zejména v tom, že už měl s duševním onemocněním dřívější zkušenost.

„A manžel, ten jako, nebylo to pro něj zas jako něco úplně nového, protože jeho maminka i jeho sourozenci jsou psychicky nemocní, mají schizofrenii, jo. Takže to možná nebyl takovej šok, jako když se to stane někomu, kdo o tom vůbec nemá ponětí.“

Svým dvěma dcerám však Eliška dlouho informaci o zdravotním stavu tajila, protože podle ní byly ještě příliš malé na to, aby se to dozvěděly. Když se jim ale rozhodla svěřit, zjistila, že se neměla čeho obávat. Díky tomu, že dcery vyrůstaly po boku babičky a strýce, kteří měli schizofrenii, přistupovaly k lidem s duševním onemocněním velice tolerantně.

„[Dcery] reagovaly dobře, protože ony věděly, že já si potřebuju častěji odpočinout, protože mám k tomu ještě nějakou chronickou únavu. Takže to pochopily a braly to tak jako normálně. Ještě vzhledem k tomu, že bydlíme v jednom baráku s tou

babičkou a se švagrem, a ti jsou taky nemocní. Takže k určitý toleranci byly vedený vlastně odmalička, takže to braly jako dobře, no. Normálně...“

6.1.2 Alžběta: Maminka pozná, když na mě leze mánie

Také Alžběta se u své rodiny setkala s přijetím faktu, že má duševní onemocnění, maniodepresivní psychózu. Myslí si totiž, že své onemocnění zčásti zdědila.

„Vlastně od nás z rodiny depresí trpěla moje babička, moje matka, moje sestřenice, druhá sestřenice, strýc,... Takže to mám hodně dědičně založený, no. A moje rodina, ta to pochopila úplně v pohodě, protože se s tím setkala, no. (...) A už třeba poznáte: ‚Á, tady se blíží deprese, musím za doktorkou.‘ Nebo: ‚Jé, už jsem rozjetá.‘ Ale když jsem rozjetá, to moc sama nepoznávám. To spíš poznává moje okolí a já jsem ho donedávna jako neposlouchala. A teď už jsem se naučila poslouchat mamku, která mi říká, že třeba plánuju strašně moc věcí najednou, chodím často za kamarádama, přestavuju byt a takovýhle věci. A mamka mně řekne: ‚Ty, Bětu, na tebe leze mánie.‘ A já ji už teď poslechnu, ale dřív jsem to neuměla.“

Alžbětu tak rodina nejenom vnímá nediskriminujícím způsobem, ale navíc je díky vlastním zkušenostem schopná Alžbětě pomoci při konkrétních projevech její nemoci. Na druhou stranu si však myslí, že je leckdy starostlivost její maminky v důsledku jejích vlastních zkušeností přehnaná. Vytváří tak v Alžbětě pocit, že jí nepřipadá dostatečně soběstačná, jak se ovšem ona sama cítí.

„Moje maminka reaguje hrozně přehnaně. Má hrozně o mě strach. (...) Strašně mě kontroluje. Mně to hrozně vadí. Hrozně. Je to prostě až moc. Já vím, že to dělá z lásky, ale prostě mně je 40 a já jí musím volat ráno i večer. To mi prostě přijde už jako fakt přehnaný. Jako kdybysme si volaly jednou denně... Fakt jako ta její reakce, ta starost je přehnaná, no.“

Mnoho členů Alžbětiny rodiny tak mělo zkušenost s procesem nálepkování, společenskou stigmatizací, sankcemi i s psychiatrickou léčbou. Tím, že přijali sociální status, který jim byl nálepkou určen, a přizpůsobili se s ním spojeným rolím, usnadnili Alžbětě jeho přijetí také. Z hlediska Beckerovy (1966, s. 37) teorie se tak Alžběta dostala do rodinné deviantní skupiny. Protože jedinci této skupiny čelí stejným problémům v důsledku negativních reakcí majoritní části společnosti, nacházejí zde porozumění, a tím svou deviantní identitu ještě více utužují.

6.1.3 Hugo: Když mám výkyv nálad, matka mi vynadá

Hugova diagnóza je paranoidní schizofrenie. S duševním onemocněním se jeho rodina osobně nikdy dříve nesetkala, pouze jeho otec míval kdysi nervové problémy, které ale nikdy nespěly k podobné diagnóze. I přesto si však Hugo myslí, že pro něj má díky tomu otec větší pochopení než matka. O té se Hugo domnívá, že ho kvůli onemocnění vnímá jako trochu méněcenného. Už v dětství vychovávala Huga a jeho sourozence velice přísně, když zlobili, vyhrožovala jim, že je zavře do černé komory, trestala je vařečkou. Ani po několika desítkách let, tedy ani po Hugově onemocnění, svůj výchovný přístup nezměnila, což někdy způsobuje, že se jejímu synovi při projevech jeho nemoci ještě více přitíží.

„Ale moc se se mnou nemaže. Máma, jo. Takže z mámy já mám trochu vítr jakoby, trochu z ní mám strach. Protože kdyby se... Já mám dvě děti malý, sedm a deset let. A kdyby se mi něco stalo nebo kdybych měl ten výkyv jakoby, tak máma je schopná mi vynadat třeba. A to ještě zhoršuje, ten stres je na to špatnej. To je špatný celý. Kdežto táta je tolerantní, ten to chápe. Táta měl taky trošku problémy nervový, ne schizofrenii, ale umí si to představit. Máma jako je taková...(…) Já myslím, že ona se s tím nedokáže smířit podle mě trochu jako. Že jsem nemocnej.“

I přesto však posun ve vztahu s rodiči vnímá Hugo po svém onemocnění pozitivně, a to zejména ze své strany. Má pocit, že se díky nemoci zklidnil, má jiné hodnoty než dřív, jinak vnímá svět, přehodnotil své priority. Dříve se s rodiči často hádal, dnes už mají v důsledku této jeho osobní změny vztahy klidnější.

„Nehádám se lidma, ani s rodičema, snažím se je tolerovat. Dřív jsem se hádal s rodičema hodně. Takže mě maj rádi, i máma mě má ráda, i když je často netolerantní. Tak mě má ráda jako... Jsem rád, že je ještě mám, ty rodiče. Doufám, že tady ještě nějakou dobu vydržej.“

Obecně mohou být členové rodiny schopni získat alespoň hrubou představu o tom, co je to závažná psychická nemoc, když si představí určitou životní fázi, kdy na tom sami byli emočně špatně, a tuto představu ještě zesílí, jako se tomu stalo v případě Hugova otce. Když se ale u někoho v rodině objeví psychotické příznaky, má rodina obvykle značné problémy pochopit, co se děje, není schopna danou situaci propojit s vlastní přímou zkušeností, což se může projevat jako u Hugovy maminky tím, že svou nevhodnou reakcí, útokem, projev nemoci ještě zesílí (Thornicroft, 2011, s. 23).

6.1.4 Amálie: Rodina si mou duševní nemoc nedokáže připustit

Naprosté neporozumění ze strany rodiny popisuje ve svém vyprávění Amálie, jejíž rodina nevěří, že je duševně nemocná. Když Amálie onemocněla, nechtěli její rodiče ani sestry přijmout, že má psychické problémy. V minulosti se léčila se štítnou žlázou, a tak se jí dnes starostlivě vyptávají, jestli je její štítná žláza v pořádku, jestli s ní nemá další potíže, ale na psychickou nemoc se nikdy nezeptají, nepřipouštějí si ji, což Amálii trápí. Protože sama nenašla sílu svou rodinu přesvědčovat o tom, že má skutečně psychické potíže, poprosila doktorku, aby to rodičům vysvětlila za ni. Ani ta se ale nesečkala s úspěchem.

„No, oni to nechcú přijmout, tu mou psychickou nemoc, že ji mám. Já jsem se léčila ještě se štítnou žlázou. A oni se mě vždycky ptají, co ta štítná žláza, ale nikdy se mě nezeptají, jak mně je třeba psychicky. Oni říkají, že to není žádná nemoc. (...) Já jsem poprosila doktorku, aby jim to vysvětlila, ale nějak to nepomohlo.“

Amáliiny sestry navíc její únavy a případnou neschopnost vstát z postele, když je jí zrovna špatně, vnímají jako projev lenosti. Když se jim však Amálie snaží poskytnout více informací, aby věděly, v čem její nemoc spočívá, a že odpočívání potřebuje, nemají zájem.

„No, tak třeba i moje sestry, když říkám, že mám ty únavy, že se nemůžu ani zvednout z postele, tak ony to berou, že jsem lenošná, že se musím překonat, jinak se budu v té nemoci furt patlat. Jako doma.“

I když Amálie cítí, že se jí rodina snaží podržet a poskytnout jí pomoc, ví, že to, že má duševní onemocnění, je u nich tak trochu tabu. Kromě rodičů a sester má Amálie také dceru, která sice ví, že její maminka mívá výpadky paměti a že jí má dát prostor a klid, když potřebuje odpočívání, a respektuje to, ale na druhou stranu se za nemoc své matky stydí, chce ji držet v tajnosti. Amálie si myslí, že s její nemocí není smířená, ostatně stejně jako Amálie sama. Ta má pocit, že nemoc její život obrátila vzhůru nohama po všech stránkách, že nic není, jak by chtěla, aby bylo.

„Stydí, stydí se za to [dcera]. Když jsem byla na léčebně, tak jsem tam byla třeba sedm měsíců vtahu, tak jsem se ptala, jestli řekla paní učitelce, že jsem v nemocnici, aby na ni třeba trošku přihlížela jinak, že se učí jenom s tátou. A říkala: ‚Kdo by se chlubil, že má mámu v blázinci.‘ Tak jako si myslím, že jí to vadí, že s tím není smířená. (...) S partnerem jsem se rozešla kvůli té nemoci, protože řekl, že nejsem taková, jako do koho se zamiloval před tím. Takže všechno [se změnilo]. Všechno jsem omezila na minimum, protože to nezvládám.“

Zatímco tak Amálie byla psychiatrickou léčbou dovedena až k tomu, že přijala osobnost duševně nemocného člověka za svou, její rodina se stále snaží její jednání porušující reziduální normy racionalizovat, přičítat je nemoci, která je sociálně akceptovatelná – nemoci štítné žlázy – aby předešla tomu, že ponese Amálie nálepku duševně nemocného člověka, čímž utrpí nejenom její společenská pověst, ale také veřejná identita celé rodiny.

6.2 Příznivé reakce rodiny

Ačkoliv se pochopitelně reakce jednotlivých rodin na informaci, že některý jejich člen trpí duševním onemocněním, výrazně liší, dvanáct komunikačních partnerů zmínilo, že se kromě negativních a odsuzujících reakcí, jimž v rámci rodiny čelili naprosto všichni, tedy všech třináct, setkali také s přijetím a pochopením, s reakcemi příznivými.

V případech, kdy se komunikační partneři setkali s pochopením ze strany rodiny, většinou popisovali, že jim jejich nemoc přinesla pozitiva v podobě lepších rodinných vztahů, o nichž se zmiňuje celkem osm komunikačních partnerů, kdy je tento „problém“ ještě více stmelil s rodiči, sourozenci, manželem či dětmi:

Božena: „Akorát ta nemoc nás teď trošku stmelila. Že mamka pozná, když už je mi zle, tak prostě ... už to vychytáváme v pohodě. Když já řeknu: ‚Mami, je mi zle.‘ Tak mi řekne: ‚Dej si kapky.‘“

Za další pozitivum vnímali, když díky nemoci poznali svého životního partnera, což popisují tři komunikační partneři, např.:

Jaroslav: „Mně třeba duševní nemoc přinesla Jarku partnerku. (...) Doktoři vždycky říkali, že dva nemocní, to moc nejde dohromady. Ale přitom nám to klope. Myslím si, že bych já neobstál, když jsem nemocný, mít zdravý vztah. Takhle nám to klope suprově. Že jako jsme si hodně podobní. To je asi takový největší pozitivum tý nemoci.“

Nebo když někoho z rodiny podnítily k tomu, aby začal pracovat v psychiatrické nemocnici, o čemž se zmiňují dva komunikační partneři, např.:

Filip: „Musím říct, že vnučka do mé dcery dokonce tak hučela [pozn.: po tom, co Filipa v léčebně navštěvovaly], že ta teď dělá zdravotní sestru na psychiatrii a hrozně si to

chválí. Je tam spokojená. Takže jsem za sebe rád, že je zdravotní sestra, že na té psychiatrii dělá a díky tomu ty problémy lidí na psychiatrii velice dobře zná.“

V některých případech dokonce jedinci soudili, že získání nálepky „duševně nemocný“, tedy konkrétní psychiatrické diagnózy, zlepšilo i jejich kvalitu života a s ní související vztahy s ostatními. To je případ komunikační partnerky Miroslavy, kterou lékaři „onálepkovali“ bipolární poruchou.

6.2.1 Miroslava: Konečně jsem věděla, co se se mnou děje

Miroslava měla psychické problémy už v mládí, ačkoliv jí bylo duševní onemocnění diagnostikováno, až když oslavila čtyřicáté narozeniny. Její rodiče pracovali v zemědělství, děti navíc vychovávali hodně přísně, a tak vzpomíná Miroslava na své dětství jako na hodně pracovní. Když jí bylo špatně a měla problém vstát z postele, maminka se na ni zlobila, že je líná, někdy se to neobešlo bez výprasku. Miroslava ale sama nechápala, co se s ní děje. Tehdy se to prý tolik neřešilo, a tak nikoho ani nenapadlo vyhledat odbornou pomoc. V osmnácti letech se pokusila o sebevraždu. Ani tehdy ji nijak víc nevyšetřovali, dali to za vinu mladické nerozvážnosti.

„Tenkrát mě odvezli potom na psychinu, tam jsem byla asi čtrnáct dnů a oni si mysleli, že jsem to udělala jen tak z hlouposti. Nikdo se tím nijak nezaobíral. Zeptali se mě a já jsem řekla, že mi nebylo dobře, no. Ale tak nějak nikdo to blíž nezkoumal, nic takovýho, no. (...) Byla jsem u nějaký doktorky psychiatricky potom tady jako na pohovoru, proč jsem to udělala, a ona: ‚To byla hloupost, že jo?‘ A já povídám: ‚No, byla.‘ A to bylo tak jako všechno. (smích)“

Dnes je Miroslava rozvedená a má dva syny. Protože byla dlouhou dobu nemocná a nevěděla o tom, měla problém zvládat své nálady. Když navíc onemocněl její syn schizofrenií, měl manžel pocit, že ho žena zanedbává, a tak se nakonec rozvedli. Když Miroslavě diagnostikovali bipolární poruchu a začali ji léčit, cítila velkou úlevu. Konečně věděla, co jí je, a časem se začala cítit lépe.

„Já jsem byla konečně ráda, že jsem věděla, co se se mnou děje. Že vím, co mi je. Protože ty stavy, ty byly pro mě nepředstavitelný. Když jsem měla vstávat do práce, tak jsem se bála úplně všeho. Bála jsem se, co bude, co kdo po mně bude chtít, co zvládnou, co nezvládnou. A taky prostě, jak jsem dostala léky, tak jsem dostala všechno do svých kolejí tak, jak to mělo být. Po určitým [čase], po měsíci, po dvou léky zabraly. Já jsem teprve prostě se tak zklidnila, že jsem byla i velice ráda, že už to mám všechno za

sebou. Že vím, co mi je. (...) Vlastně jsem se mohla vrátit do práce na určitý úvazek a byla jsem tak nějak ráda, že zvládnou aspoň to, co zvládnou.“

Kromě větší psychické pohody a schopnosti zvládat práci však Miroslava byla vděčná své diagnóze i za zlepšení vztahu se starším synem, který podle ní hodně trpěl jejími prudkými změnami nálad, které nedokázala ovládat.

„Když jsem se začala léčit, tak jsem byla teprve schopná mu vysvětlit, co se se mnou dělo, protože ani já sama jsem to nechápala, proč jsou ty změny nálad tak prudký jako. (...) Nedokázala jsem to ovládnout. To byl můj největší handicap, že jsem ze sebe vždycky musela všechno dostat, aniž bych... Nechtěla jsem nikomu ublížit a přesto se to stalo třeba někdy. Tak nějak v tomhle bych viděla největší pozitivní vliv, že jsem dokázala o tom mluvit s několika lidmi, ale dokázala jsem si vysvětlit, co mi vlastně je.“

Nejbližší rodině tak Miroslava o své nemoci řekla a cítila pochopení. Její syn jí dnes pravidelně svěřuje vnoučata na hlídání, Miroslava má jeho plnou důvěru. Svému současnému příteli však psychické problémy přiznat odmítá. Ten sice ví, že je trochu odtažitá a bere nějaké léky, ale pravý důvod nezná. Miroslava s ním ani netráví mnoho času, hodně se od něj distancuje, při rozhovoru ho dokonce zařadila mezi „cizí lidi“, když řekla, že „*cizím lidem o své nemoci neříká*“. Snaží se být radši sama, protože neví, jak by její přítel na tuto informaci reagoval, jestli by její nemoc toleroval. A tak i když spolu tráví víkendy či dovolené, snaží se Miroslava hodně odpočívat, aby se jí neudělalo špatně. Kdyby se tak stalo, odjela by ihned domů, aby ji v tomto stavu neviděl a nemusela mu nic vysvětlovat.

„Někdy prospím celý dny, když mi není dobře, tak... Tak prostě ležím a prospím třeba celý den. A proto taky jsem sama, no. Nevím, jestli by můj přítel něco takového toleroval, kdyby mě viděl v tomhle stavu. To asi těžko.“

Miroslava je tak ukázkou toho, že přidělení deviantní nálepky může v případě diagnostikování duševního onemocnění jedinci ulevit od jeho potíží, může pomoci jemu i jeho rodině. Na druhou stranu je na Miroslavinu případu také patrné, že ačkoliv je za svou diagnózu a s ní související léčbu velmi vděčná, snaží se v určitých společenských situacích svou nálepku skrývat, protože si uvědomuje, že z ní plyne také řada znevýhodnění, kterým se snaží uniknout.

6.3 Absence pochopení

U naprosto všech komunikačních partnerů se v rámci rodiny našel někdo, kdo pro jejich duševní onemocnění pochopení neměl. Vlivem získání nálepky „duševně

nemocný“ se totiž mění veřejná identita jedince. Vlastnictví jednoho deviantního znaku, v tomto případě duševního onemocnění, může vytvářet symbolickou hodnotu, díky níž lidé automaticky předpokládají, že člověk vykazuje i další nežádoucí znaky, které jsou s touto nálepkou spojeny (Becker, 1966, s. 33). Kromě výše uvedených případů se tak komunikační partneři setkali s přehnanou starostlivostí, která je do jisté míry ponižovala, neboť vytvářela obraz jejich domnělé nesoběstačnosti, s odsouzením, výčitkami, s ponižováním za to, že jsou příliš líní a nevykonní, i s tím, že se za ně jejich blízcí stydí²¹.

S takovými reakcemi se komunikační partneři vyrovnávají pochopitelně různě. Někteří tvrdí, že nemají povahu na to, aby se těm, kteří vůči nim mají nějaké předsudky, postavili, a tak jen mlčí, trápí je to, a proto omezí kontakty se svými příbuznými na minimum. Jiní mají snahu uvést informace o své nemoci na pravou míru, a setkávají se tak jak s úspěchem²², tak s neúspěchem²³.

6.3.1 Hugo: Před svatbou jsem ženě o své nemoci neřekl

Hugo má paranoidní schizofrenii od svých dvaceti let, i když je to podle něj teprve nedávno, kdy si svou nemoc dokázal sám připustit. Když si bral svou ženu, s níž má nyní dvě malé děti, za manželku, rozhodl se jí o svém onemocnění neříct.

„Ne, ne, já jsem jí to neřekl, ona to nepoznala. A řekl jsem jí to, až když se mi začaly objevovat, tak v roce 2007, se mi začaly objevovat takový psychotický stavy v hlavě. To mi bylo tak 32 let nebo kolik, a od té doby jsem to ... to pochopila, že jsem nemocnej, no. S tou schizofrenií.“

Až když se u Huga začaly po čase projevovat silnější psychotické stavy, jeho manželka pochopila, co se děje. Do té doby sice věděla, že má její muž nějaké problémy, ale nevěděla, o co přesně se jedná. *„Ona věděla, že mám nějaký problémy, ale nevěděla, že mám paranoidní schizofrenii. Že mám tuhle tu těžkou, docela vážnou nemoc.“*

Dnes je Hugo rozvedený. Důvodem k rozvodu podle něj byla jak jeho nemoc, tak další manželské problémy. V kontaktu se svou bývalou ženou už ale není, maximálně si napíše textovou zprávu k narozeninám. *„No, jednou za rok si napíšem esemesku. Nebo spíš já jí napíšu esemesku, ona je na mě naštvaná.“* Svoje děti vídá

²¹ Viz kapitola 6.1.4 Amálie: Rodina si mou duševní nemoc nedokáže připustit.

²² Viz kapitola 6.1.1 Eliška: Pro manžela to nebylo nic nového.

²³ Viz kapitola 6.1.4 Amálie: Rodina si mou duševní nemoc nedokáže připustit.

Hugo o víkendech, kdy je hlídá spolu se svými rodiči. Myslí si totiž, že sám by to nezvládnul.

6.3.2 Jaroslava: Styděli se nás pozvat na svatbu

Jaroslava onemocněla při studiu na střední škole. Tehdy měla úzkosti a deprese, což však její blízcí chápali spíše jako projev její introvertní povahy. Matka se na ni zlobila, že není dostatečně výkonná a po návratu z internátu na víkend domů nepracuje tak, jak by si představovala. Když však u Jaroslavy nastala první ataka a byla jí následně přidělena diagnóza, schizoafektivní porucha, měla pro ni matka pochopení.

S bratrem však měla Jaroslava komplikovaný vztah. Když se dostala do psychiatrické léčebny, měla pocit, že ji bratr odsoudil, vnímal ji jako méněcennou. I dnes však Jaroslava cítí, že se na ni dívá trochu spatra. *„No, já si myslím, že to jsou takový určitý fáze. Třeba když vezmu toho bráchu, po té poslední hospitalizaci ve dvaceti šesti, to mě jako úplně odepsal. To až jako postupem času, když jsem se stabilizovala, a dělá to i to, že jsme s Jaroslavem [zasnoubení], že mě víc respektuje a tady to. Že mě bral jako úplně za outsidera.“*

Širší rodina se o Jaroslavině nemoci dozvěděla až po mnoha letech. Ačkoliv Jaroslavě nikdy nikdo do očí nic ošklivého neřekl, ví, že se o tom rodina baví mezi sebou. Když se její bratranec ženil, pozval pouze Jaroslavina bratra. Před Jaroslavou a její maminkou, která se sama potýká s duševním onemocněním, se o svatbě ani nezmínil. Když se však Jaroslava svého bratrance ptala, proč nebyly pozvané, nepřiznal se a tvrdil, že je taky zval.

„No, třeba ten bratranec, když mě nepozval, já jsem se dozvěděla, že se žení, že brácha od něj dovezl oznámení k nám a to oznámení leželo na schodech a tam jsem si to přečetla. Že on se ani neobtěžoval k nám se stavit. Když jsem to třeba po letech říkala tý jeho sestře, tak on říká, že nás zval. Jako, nemyslím si, že by to byla nějaká vztahovačnost nebo podezíravost, to si člověk tak jako racionálně vydedukuje. (...) Prostě se styděl za nás. Stydí se. Stydí se. Já třeba po těch práškách jsem hodně přibrala. Vždycky jsem bejvala hodně hubená, já ani nemám po kom být tlustá. Tak třeba kvůli tomu. Jo, nebo že třeba se to ví, že se léčíme, nebo za tu mamku, jak působí, prostě takhle, no.“

Podobnou situaci zažila Jaroslava ještě později, když se vdávala sestřenice. U té ale Jaroslava ocenila alespoň to, že k ní byla upřímná. *„Ta když se vdávala, tak to řekla na rovinu, že její manžel nechtěl, aby mamka byla na svatbě. Takže tím pádem*

nepozvala ani mě ani bratra. Ale prostě řekla to a udělala to férově. Ale ten bratranec, to bylo vyloženě, že se za nás styděl.“

6.4 Obavy z reakce vůči členům rodiny

V průběhu posledních dvaceti let se stále více ukazuje, že terčem omezeného porozumění, zaujatého postoje a diskriminujícího chování nejsou pouze samotní lidé s duševní nemocí, ale také členové jejich rodin. Takový lavinový efekt negativních postojů vůči členům rodin osob s duševním onemocněním bývá popisován jako „asociační stigma“ (Thornicroft, 2011, s. 27). Protože však nebylo předmětem mého zájmu zkoumat, jak svou situaci popisují rodiny lidí s duševní nemocí, vyplynul tento fakt přímo z rozhovorů s klienty střediska. Ti se totiž mnohdy snaží své problémy tajit, a to nejenom kvůli sobě, ale také kvůli svým blízkým.

Takovou snahu popisuje například Eliška, která se rozhodla, že se svým známým a kamarádům se svou nemocí nesvěří. Kromě toho, že měla strach, že když se o jejích psychických problémech dozvědí, zavrhnou ji a označí za blázna, tkvěl její důvod právě v ochraně vlastní rodiny: *„[Bála jsem se] že mě zavrhnou, že si řeknou, že jsem blázen, a že prostě ... já nevím. Že to řeknou dál třeba, jo. To jsem jako nechtěla. Já jsem se snažila i tu rodinu svoji chránit, aby třeba ty děti tím netrpěly. Aby jim pak někdo nevmetl do tváře: ‚Tvoje maminka je psychicky nemocná.‘ Nebo: ‚Tvoje maminka je cvok.‘ Děti jsou prostě zlé, jo. Takže jsem se snažila, aby prostě všechno fungovalo tak, jak má. Aby neměly pocit, že jsou na tom nějak jinak než ostatní děti tím, že jsem nemocná.“*

Také Jana si uvědomuje, že její psychická diagnóza může vystavit předsudkům z hlediska veřejnosti i její rodiče, a tak i když má pocit, že se za ni stydí, chápe je. *„Já si myslím, že se tím asi moc nešířili, že mají dceru někde na psychiatrii. (...) Určitě to není jako ... že jo ... moc takový, čím by se člověk chtěl chlubit.“*

Ján Praško (2012) uvádí, že se rodina nemocného může bát nálepkování a s ním spojené stigmatizace do takové míry, že se snaží člena rodiny od léčby na psychiatrii odradit. Rodina se totiž obává toho, že jakmile bude za duševně nenormálního označen její člen, dostane tento „cejch“ celá rodina. S takovou snahou se setkal i komunikační partner Jaroslav, když se jeho otec dozvěděl, že byl hospitalizován. *„Táta od toho dal spíš ruce pryč. A řekl mi, to si pamatuju do dneška, tu větu: ‚Pročs to udělal,‘ že jestli to chci mít v papírech, jako tu diagnózu, že mě nikam nevezmou do práce nebo tak. A pak si našel tu partnerku novou, ta je taková jednodušší, mi připadá, že mi prostě radila, ať*

ty prášky vysadím. (...) Ať ty prášky vysadím, že po tom jsem přibral hodně. Tak jsem se od ní distancoval úplně, přestali jsme se scházet, i s tátou. Jednou tak maximálně do roka se sejdeme nebo tak.“

Z jednotlivých rozhovorů tak vyplynulo, že rodina a partneři sehrávají důležitou roli při zvládnání života s duševní nemocí, ale také s nálepkou „duševně nemocný“. Zatímco některým komunikačním partnerům jejich rodina od začátku propuknutí nemoci pomáhala a povzbuzovala je, řešení vypjatých situací jejich vztahy ještě více upevnilo, jiní zažívali přidělení degradující nálepky přímo od svých nejbližších, kteří je označovali za líné, nevykonné, izolovali je od rodinného života a pojímali jako méněcenné. Důležitým faktorem se přitom zdá být předchozí zkušenost s duševním onemocněním, kterou pokud rodina komunikačního partnera měla, vyznačovala se větším porozuměním než ta, pro níž bylo duševní onemocnění něčím novým, nepochopitelným a odsouzeníhodným, která tedy podléhala předsudkům, jež se k duševním nemocem ve společnosti váží.

7. Přátelské a sousedské vztahy

Přátelství někteří lidé popisují jako něco, čeho si váží více než rodiny, dětí, svobody, nezávislosti, spravedlnosti, úspěchu nebo třeba peněz (Thornicroft, 2011, s. 46). Bylo proto pochopitelné, že se komunikační partneři v rámci našich rozhovorů zaměřovali kromě rodinných vztahů a vazeb také na ty přátelské, případně sousedské.

V okamžiku, kdy se člověk projevuje z hlediska většinové společnosti abnormálně, kdy je na něj pohlíženo jako na duševně nemocného, mohou být těmi, kdo takové jednání za bláznivé označí, právě jeho kamarádi či blízcí, tedy lidé, kteří takového jedince obklopují. V takovém případě lze očekávat, že ho vlivem nálepky, kterou mu sami přisoudili, začnou vnímat jiným způsobem. Jak je to ale s těmi, kteří nikdy nebyli svědky „šílených“ projevů svého kamaráda a o jeho nálepce „duševně nemocného“ se pouze dozvěděli? Zůstávají lidem s duševní nemocí stále stejné sociální sítě, nebo se vlivem jejich nové role ve společnosti mění? A provází daná nálepka jedince ve všech sociálních situacích, nebo je možnost, že se mu ji před některými lidmi podaří úspěšně skrýt? To jsou témata, o nichž se v souvislosti s kamarádkými a sousedskými vztahy jednotliví komunikační partneři zmiňovali.

7.1 Síť přátel

Většina komunikačních partnerů při rozhovorech přiznala, že duševní nemoc kompletně změnila jejich život. Začali se zajímat o jiné věci, změnily se jejich priority, začali se vídat s jinými lidmi, s těmi, u nichž našli porozumění.

Howard Becker (1966) tuto změnu, kterou lidé, jež se dopustili porušení určitých norem a jsou označeni za devianty, procházejí, označuje pojmem deviantní kariéra. V rámci deviantní kariéry je jedinec nejprve vyčleněn z participace v konvenčních skupinách, je izolován od majoritní společnosti, a tak se rozhodne vstoupit do organizované deviantní skupiny. Tam se setkává s lidmi, kteří čelí stejným problémům jako on sám, mají pro něj dostatek pochopení, čímž vzájemně upevňují svou deviantní identitu.

To je také případ většiny klientů sdružení, s nimiž jsem rozhovory vedla. Mnoho z nich totiž popisuje svůj vstup do střediska jako „nový začátek“, kdy měli možnost najít velké množství přátel, kterým není třeba vysvětlovat, jak se zrovna cítí, omlouvat se za projevy svého jednání, jež by majoritní částí společnosti mohly být považovány za nevhodné. To, že klienti mezi sebou nacházejí velkou míru porozumění, navíc vedlo

mnohé z nich k tomu, že se z konvenční společnosti stáhli natolik, že nemají jiné přátele než ty s duševní nemocí.

7.1.1 Jaroslava: Nikdy jsem neměla tolik kamarádů, jako mám nyní

Jaroslava nikdy neměla moc přátel. Svou první kamarádku si našla až v osmnácti letech. Když se o Jaroslavě však dozvěděla, že je hospitalizovaná na psychiatrii, přerušila s ní kontakt. *„Úplně se ode mě odvrátila. Prostě ... brala mě za blázna, no. (...) Odstěhovala se z intru do podnájmu s jinou spolužačkou (...) Přestala se se mnou kvůli nemoci bavit.“*

Po čase si Jaroslava našla další kamarádku. V té době se u ní žádné projevy duševního onemocnění nevyskytovaly, byla stabilizovaná, a tak když se své kamarádce rozhodla svěřit, nijak ji za její psychickou nemoc neodsuzovala. *„Já jsem jí to řekla až po nějakým čase. Jsem se za to styděla, nechtěla jsem to říct. Ale vzala to perfektně. Taky proto, že mě znala v té pohodě nebo v té remisi, když je člověk ...“* Když se ale Jaroslava po určité době dostala znovu do léčebny a chtěla odtud své kamarádce zavolat, cítila, že už si od ní drží odstup, že není ráda, že se jí ozývá.

Dnes už si Jaroslava kamarády mezi duševně zdravými lidmi nehledá. Cítí totiž, že našla společnost, která jí rozumí. *„Tady v tomhle sdružení je to ideální, že jsou lidi na jedné lodi takzvaně. Tak je to nejlepší. Už si ani nehledám přátele mezi zdravejma lidma. Tady si člověk nemusí na nic hrát. Když se bavíme a někdo řekne: ‚Mám obsedantně kompulzivní poruchu²⁴,‘ tak prostě se nad tím nikdo nepozastavuje. Já prostě jsem jako fakt tady to kamarádství a mít kolem sebe víc přátel, kamarádů, kamarádek, to jsem zažila až tady ve sdružení. To já bych mezi zdravejma lidma v životě ... vůbec bych se nedokázala v hospodě takhle bavit.“*

Jaroslava se tak nyní od majoritní části společnosti distancuje, protože má pocit, že větší porozumění nachází u těch, kteří mají zkušenost nejenom s tím, že zažívají určité nepříjemné psychické stavy, ale také s tím, že byli společností onálepkováni jako duševně nemocní. Z hlediska Lemertovy (1951, s. 76) teorie tak Jaroslavin případ vystihuje sekundární fázi deviace, při níž se jedinec postupně identifikuje s nálepkou

²⁴ Tímto tvrzením navíc Jaroslava narazila na fakt, že samotní lidé s duševním onemocněním formulují svoje psychické stavy pomocí lékařské terminologie, čímž nejenom reprodukují výsadní postavení medicínského diskurzu nad určováním a kategorizováním vysoce subjektivních stavů a pocitů pacientů, ačkoliv se přitom jejich prožívání může mezi jedinci vzájemně výrazně odlišovat, ale navíc tak používají jazyk, který je specifický právě pro jejich sociální skupinu a kterému pravděpodobně majoritní část společnosti neporozumí. Právě tím se podle Beckera (1966, s. 39) vyznačuje organizovaná deviantní skupina.

„duševně nemocný“, která mu byla společností přisouzena, a přijímá z ní vyplývající roli za svou. To se projevuje právě jeho izolací od většinové společnosti a navazováním kontaktů v deviantní sociální skupině, jež zastává hodnoty a normy podstatně se lišící od těch, které převažují v sociální skupině, která je považována za „normální“. Stejně jako Jaroslava se přitom vyjádřila i naprostá většina komunikačních partnerů, kteří se mnou na toto téma mluvili, například:

Sylvie: „Tady [ve sdružení] mě to jako nastartovalo. Že jsem našla kamarády, mezi kterejma se cejtím velice dobře. (...) Jako já se prostě se zdravejma lidma ... moc jako nestýkám. Protože oni mají jiný životy, že jo.“

Eliška: „Tady [ve sdružení] je to pro mnoho z nás jako léčivá voda, protože tady máme známý, kterým nemusíme vysvětlovat, proč je nám zrovna špatně nebo to. (...) Takže teďka mám nejvíc kamarádů tady.“

Filip: „Já třeba hrozně rád chodím sem [do sdružení]. Tady jsou lidi, kteří jsou na tom stejně jako já. Některý víc, některý míň, že jo, to jo. Ale já sem chodím hrozně rád. (...) Teď mám určitě víc kamarádů, než jsem jich měl za celý svůj život.“

Jana: „Třeba díky tomu, že chodím sem do toho střediska a těch lidí je tady víc, co jsme tak jako stejně nebo podobně nemocní, tak bych řekla ... Je to pro mě takový osvobozující, že vidím, že nejsem sama, kdo má ty problémy. (...) Když třeba chodíme si na kafe nebo je nás i víc, takže je to ... No, nemusíte si na nic hrát.“

Kromě kamarádů s duševním onemocněním si však někteří klienti sdružení udržují i vazby s těmi, kteří jsou považováni za duševně zdravé. Mnoho z nich si přitom myslí, že důvodem, proč jejich přátelství trvá i po onemocnění, je to, že se chovají „normálně“, že se neprojevují jako „blázni“, za něž byli označeni, že na nich jejich onemocnění „není vidět“, a proto se najdou lidé ochotní je jako „normální“ akceptovat a tolerovat.

Eliška: „Po určitých letech jsem se k tomu [kamarádkám] přiznala a ony to vzaly tak nějak normálně, no. (...) Možná záleželo i na tom, jak jsem se chovala. Že kdybych se chovala nějak divně, jo, tak by si třeba řekly ... Ale já myslím, že působím takovým normálním dojmem, takže to vzaly jako na vědomí tak nějak ... Dokonce jedna za mnou

byla i v léčebně a říká: „No, řeknu ti, že já jsem v takovém shonu, že bych si sem taky nejradši šla odpočinout.“ (smích)“

Jaroslav: „No, oni [kamarádi] se to dozvěděli, když jsem byl poprvý hospitalizovanej, že pak za mnou přišli do léčebny na návštěvu. A ta reakce byla taková, že co tam dělám, že jsem normální.“

7.2 Sousedské vztahy

Když se člověk vrátí domů z hospitalizace v psychiatrické léčebně, je poměrně pravděpodobné, že se o tom kromě jeho nejbližších dozví také lidé, kteří bydlí v jeho okolí. Ti na něj následně mohou pohlížet skrze etiketu, jež mu byla psychiatrickou léčbou přidělena, a podílet se tak na jeho postupném vyloučení z majoritní společnosti.

S diskriminací a předsudky se setkali naprosto všichni klienti sdružení, s nimiž jsem měla možnost mluvit. U pěti komunikačních partnerů navíc tyto předpojaté postoje vykazovali v různé míře právě jejich sousedé.

7.2.1 Miroslava: Báli se, že je syn nebezpečný

Miroslava neměla se svými sousedy problémy ani tak kvůli sobě, jako spíš kvůli svému synovi, který trpí schizoafektivní poruchou. „Ze začátku byly problémy se synem. V tom baráku občas přijela sanitka, přijeli policajti a já nevím co všechno. Bylo to takový dost ... divočejší. (...) Slyšela jsem mluvit [sousedy], ale i mně řekli o bláznech a takový.“ Ačkoliv tedy odsouzení kvůli deviantní nálepce nebylo namířeno proti Miroslavě, stejně se do konfliktů se sousedy dostávala. Ti totiž měli za to, že Miroslava syna špatně vychovala, a je tak za jeho duševní stav zodpovědná.

Kromě toho se k nálepce schizofrenika váže množství předsudků, které jsou médií i mezilidskou konverzací pravidelně reprodukovány, a tak byla Miroslava se svým synem vystavena i jim. „Když třeba ta paní pobodala v tom Žďáře nebo tenkrát ten pán, to už je nějaký čas, ten pán pobodal svý vlastní rodinný příslušníky, on měl vlastně schizofrenii, vztahovačnost, hlasy. To si všechno mysleli, že může i náš Jaroslav. To byste musela prožít jako ... Prostě stačí, že slyší, že schizofrenie nebo schizoafektivní porucha a už ... Přitom to není pravda.“

7.2.2 V domě se to rychle rozkřikne

Zatímco v případě Miroslavy namířili její sousedé opovržení zejména vůči jejímu synovi, v případě Alžběty a Jaroslava to bylo vůči nim samým. „To byla taková

dobrá sousedka, která se dozvěděla, že jsem byla na psychiatrii a měla nějaký takový jako ... Já jsem věšela prádlo a vona něco říkala jakože: ‚Ty se, prosím tě, zase vrať na tu pakárnu, kam patříš.‘ A já jsem prostě nereagovala, protože jsem se nechtěla hádat. (...) Sousedí se na mě dívají jinak. Myslím si, že se o mně říká, že ‚bláznivá Bětka‘ v tom baráku. Tam to určitě jako chodí, tam se lidi hodně pomlouvají, v baráku. (...) Ale jako když mezi ně přijdu, tak mi nic neřeknou,“ svěřila se komunikační partnerka Alžběta.

Naproti tomu Jaroslav se s přímým verbálním útokem nikdy nesetkal. Přesto ale cítí, že ho někteří sousedé vnímají prostřednictvím představ, které si vztahují k nálepce, kterou psychiatrickou léčbou obdržel. *„Já už tam vlastně v tom baráku bydlím třicet let, tak si myslím, že se to rozkřikne. (...) Někteří mě třeba nezdraví. Myslím, že je to kvůli té nemoci. (...) Že ví, že jsme duševně nemocný a berou mě tak jako za míň trošku. (...) Bojí se, že se něco stane prostě. Třeba si myslí, že člověkoví, když je psychicky nemocný, že mu najednou hrkne v kouli a že něco udělá,“* myslí si Jaroslav.

7.3 Síla předsudků

Ačkoliv lidé s duševní nemocí čelí předsudkům a mají velký zájem na jejich změně, sami byli socializováni ve stejných hodnotách jako většinová společnost, která bláznivé chování odsuzuje a nálepkuje jako nemocné. *„Před tím, než jsem onemocněla, jsem taky nebyla taková, že bych tak chápala tyhle nemoci. (...) Myslela jsem si, že lidi, co jsou na psychiatrii, jsou fakt blázni, že jsou mentálně postižení, že jsou opravdu mimo,“* svěřila se Amálie.

Komunikační partneři tak byli schopni říct, že si myslí, že působí a chovají se normálně, že se nechovají jako blázni, nebo že se u nich naopak objevily projevy bláznivého chování. Dokáží to rozeznat právě díky tomu, že mají stejně jako majoritní část společnosti internalizovanou představu o tom, jak blázen vypadá, jak se projevuje, a co je základem jednání, které není nazýváno normálním.

Ačkoliv se komunikační partneři neshodovali v názoru, je-li na nich jejich duševní onemocnění „vidět“, všechny je spojovala snaha „vypadat normálně“ při styku s cizími lidmi, s lidmi, kteří jsou považováni za duševně zdravé, aby na nich jejich nemoc nepoznali. *„Já jsem se snažila, aby si toho nikdo nevšiml. (...) Nechtěla jsem, aby věděli, že jsem nemocná. Takže jsem dělala všechno pro to, aby to na mně nikdo nepoznal, abych nějak nevykukovala, a fakt se mi to povedlo,“* myslí si Jana, která má za to, že na ní duševní nemoc „není vidět“. Stejně tak se snaží Miroslava, aby cizí lidé o její nálepce nevěděli: *„A nikdy se nesnažím někde navázat řeč, něco takovýho, to se*

stane málokdy. Spíš se držím v pozadí vždycky. Abych nezavdala nějakou příčinu nebo tak. Dřív se toho bojím, aby mě někdo nezesměšnil nebo tak, abych neřekla něco nevhodného.“ Její nálepka „duševně nemocné“ v ní tak vytváří potřebu sociálního stažení se ze společnosti, která jí tuto etiketu přidělila.

Lidé, kteří mají duševní onemocnění, tak při styku s většinovou společností čelí řadě předpojatých názorů, jež se pojí více k nálepce, jíž byli označeni, než k nim samotným. Tato nálepka totiž podle Beckera (1966, s. 33) mění identitu jedince, který je najednou pojímán jako někdo jiný, než za koho ho lidé doposud měli. Deviace tak z hlediska projevů duševního zdraví vytváří symbolickou hodnotu, kvůli níž se předpokládá, že jsou jedinci nositeli i dalších nežádoucích znaků, které jsou s jejich nálepkou spojeny. Protože však totožným představám byli během svého života do doby, než jim byla degradující etiketa udělena, vystaveni také lidé s duševním onemocněním, vědí, jak mohou svou nálepku při kontaktu s cizími lidmi maskovat. Jelikož je však, jak v pojetí sekundární deviace uvádí Lemert (1951, s. 97), pro ně neustálá sebekontrola velmi náročná a stojí je mnoho energie, vyznačuje se většina z nich sociálním stažením a navazováním vztahů zejména v rámci organizované sociální skupiny, jež je tvořena jedinci se stejnou etiketou „duševně nemocný“, kde nacházejí hledané porozumění.

8. Pracovní zkušenosti

Práce může mít z hlediska duševního zdraví v životě člověka velmi podstatný význam. Nabízí totiž příležitosti k ověření a využívání dovedností, peníze, fyzickou bezpečnost, meziosobní kontakty, je zdrojem cílů generovaných vnějšími silami a také zdrojem oceňované sociální pozice. I přesto, že může být zapojení se do pracovního procesu pro jedince s psychickými problémy velmi prospěšné, stává se jejich diagnóza paradoxně jedním z neúčinnějších způsobů, jak je z řad pracovní síly vyřadit (Thornicroft, 2011, s. 72). Také Thomas Scheff (1970, s. 88) vnímá takové pracovní vyřazení jako efektivní způsob segregace jedince do deviantní nálepky, která je uskutečňována právě tím, že mu je zablokován vstup do nedevariantní role, role pracujícího člověka. To je také důvod, proč byla práce a zaměstnání mezi komunikačními partnery často zmiňovaným tématem.

Ačkoliv nikdo ze získaných komunikačních partnerů v současné době nepracuje na plný pracovní úvazek, pro mnoho z nich je práce důležitým faktorem, a to nejenom z hlediska finančního, ale také sociálního. Prací se chtějí zapojit do majoritní části společnosti, a získat tím sociální status, který nepůsobí degradujícím dojmem. „Být normální“ tak pro mnohé z komunikačních partnerů znamená pracovat. *„Tak si někdy říkám, že bych rád zkusil normálně žít, normálně pracovat. Práce pro mě hodně znamená. (...) Chtěl bych zkusit pracovat na plný úvazek a normálně fungovat, což jako nejde. Kvůli té únavě, že bych to nevydržel. Cítím se kvůli té nemoci někdy diskriminovanéj ohledně té práce a tak,“* potvrzuje Jaroslav.

Také pro Sylvii práce vždy hodně znamenala a znamená: *„Když jste workoholik, furt se za něčím honíte, bez vás to nejde, furt musíte mít všechno perfektní a musíte mít perfektní i byt ... A najednou se to prostě změní, ty priority jsou jiný, protože vy nemůžete. Jako třeba vyčítáte si, že už to nejde, ale fakt to nejde. I když bych to chtěla hrozně moc, ale ... Prostě nejde to nějak jako nastartovat, to tělo. Neposlouchá, jak by mělo,“* říká se slzami v očích.

Většina jedinců, s nimiž jsem rozhovory vedla, tak přiznala, že kvůli své nemoci či lékům, z nichž jsou unavení, už na „normální“ práci nestačí. Proto také dvanáct z nich pobírá v různé míře invalidní důchod. I ten však hodnotí poněkud ambivalentně.

8.1 Invalidní důchod

Invalidní důchod finančně zajišťuje jedince, kteří ze zdravotních důvodů nemohou zastávat takovou práci, jež by je uživila. Pokud si tito lidé přesto chtějí najít zaměstnání, nabízejí jim úřady práce možnosti, které jsou podle nich pro ně vhodné, což mnozí komunikační partneři oceňují.

Božena: „Když jsem sháněla práci na úřadu práce, říkala jsem jim, že prostě nemůžu dělat třísměňnej provoz. ‚To mě nezajímá, vymejšlíte si.‘ (...) Bylo to nepříjemný. (...) Když jsem si zažádala o invalidní důchod, já jsem si v duchu říkala: ‚No, počkejte, vy potvory, já s váma vydupu.‘ Tak jsem si zažádala o invalidní důchod (...), takže jsem byla v pohodě. Už jsem věděla, že prostě mi nemůžou nabízet práci na osm hodin, to jsem si oddychla.“

Pro některé zaměstnavatele se navíc z finančního hlediska jeví zaměstnávání lidí s invalidním důchodem výhodným, a tak pro ně vytvářejí chráněná pracovní místa. Ačkoliv však svým pracovníkům slibují úlevy, mnoho komunikačních partnerů narazilo na fakt, že se takového zvýhodnění nakonec vlastně vůbec nedočkali.

8.1.1 Měli na nás nároky jak na zdravý lidi

Když pracovnice sdružení nabídly Elišce práci na chráněném pracovním místě v muzejní kavárně, rozhodla se ji spolu s další klientkou střediska přijmout. „Že by se jako vědělo, že jsme nemocní a že bysme měly určitý úlevy, třeba když nám nebude dobře, tak abysme si mohly sednout a tak, no,“ vysvětluje Eliška. V kavárně přitom měly pracovat ještě spolu s mladými studentkami. „A teď jsme tam seděly a bavily jsme se tam s tou vedoucí, a vony přišly ty studentky a prej: ‚A kdy přijdou už ty postižený?‘ Protože, já si myslím, že vony si to možná pletou – psychickou nemoc s mentální, jo,“ vypráví už s úsměvem, jak je zaskočily tím, že vypadají „normálně“.

Počáteční odstup, který si od nich ostatní pracovnice kavárny udržovaly, tak po čase vymizel. „Když zjistily, že se s náma dá normálně mluvit, že neříkáme nějaký bludy, že nějakým způsobem fungujem, tak zase naopak po nás chtěly stoprocentní výkony. A tam jako nějak nešlo, jak nám říkali: ‚Když nebudete moct, tak si sednete.‘ Jak sednete, když je plná kavárna lidí? To by ti lidi na to poukazovali, že si sedíme a nikdo je neobsluhuje,“ stěžuje si Eliška, která byla nakonec vlivem náročnosti práce nucena z kavárny odejít.

Také Jaroslava využila možnosti chráněných prací, a to na různých místech. Svou zkušenost však kladně nehodnotí v žádném z případů. Poprvé se jednalo o administrativní práce v advokátní kanceláři, kde všichni zaměstnanci věděli, že jim přijdou vypomoct klientky sdružení pro duševně nemocné. Ty ale o svých spolupracovnicích nevěděly nic. „Všechny o nás věděly, s čím se léčíme, proč tam jsme. My jsme o nich nevěděly nic. To je teda obrovský znevýhodnění. (...) Některý pracovnice si třeba vyloženě dělaly srandu a tak... Já vůbec nejsem zastáncem toho podporovaného zaměstnávání,“ svěřuje se Jaroslava.

Později začala Jaroslava pracovat v počítačové firmě, která sice zaměstnává jedince pobírající invalidní důchod, ale přesto jim neposkytuje dostatečné úlevy. „Byla to fakt práce, která mě bavila, ale oni měli nároky jak na zdravý lidi. (...) A jenom řeknu, že to je firma, která zaměstnává zdravotně znevýhodněný lidi. A vůbec to nezohledňují. (...) Protože dostanou dotace, tam jde o prachy. Pomáháme zdravotně znevýhodněným a bla bla bla. Přitom nic. Tam jde o prachy,“ dodává Jaroslava.

8.1.2 Zdravotně znevýhodněné ano, duševně nemocné ne

Někteří komunikační partneři se setkali také s tím, že v některých pracích, které byly určeny právě pro jedince se zdravotním znevýhodněním, odmítali zaměstnat ty, kteří byli označeni za duševně nemocné.

Miroslava: „Ale u té firmy, to nechtěli zaměstnávat duševně nemocné lidi, že nemají výkon.“

Božena: „Řekla jsem jim, že mám psychiku. A psychiku? Tak bohužel.“

Alžběta: „A on se mě zeptal, na co [mám invalidní důchod], že jo, a potom se mnou už nejednal.“

Jaroslav: „Když jsem se ptal, proč partnerku vyhodili, tak jsem řekl jméno, a ona se zeptala, s čím se léčí – jestli je na vozejku nebo co. A já říkám, že má duševní onemocnění. A ona vyloženě řekla, že ty lidi nechcou. Že jsou málo výkonní.“

Miloš: „Já osobně jako s tím přímý zkušenosti nemám, ale určitě je to normální ve společnosti. Mám třeba známou, která žádala o místo, a nebyl by to problém, už to měla dojednaný, že tam může nastoupit, ale protože měla invalidní důchod, řekla, že má duševní onemocnění, a nakonec ji nevzali. A určitě to není výjimka.“

Jednotlivé rozhovory tak ukázaly, že komunikační partneři nečelí diskriminaci spojené se svou nálepkou duševně nemocného člověka pouze při hledání „normální“ práce, ale také v případě, že se ucházejí o zaměstnání, která se veřejně prezentují jako vhodná pro zdravotně znevýhodněné, jimiž se většina z nich cítí být. Lidé, kteří podstoupili psychiatrickou léčbu, mají podle Lemerta (1951, s. 441) problém najít si zaměstnání i v případě, že je jejich kvalifikace a chování zcela přijatelné. Ačkoliv jsou u nich symptomy nemoci eliminovány, a oni by se tak mohli vrátit k plným ekonomickým a sociálním kompetencím, jsou většinou částí společnosti vnímáni stále s podezřením.

Více než polovina komunikačních partnerů proto uvedla, že by svou nemoc, případně důvod pobírání invalidního důchodu, před svým zaměstnavatelem tajila, aby předešla tomu, že je ze zaměstnání propustí nebo je do něj ani nepřijme.

Jana: *„Kamarádka mi domluvila práci v hotelu. Tam byla jedna známá, která přesně nevěděla, s čím se léčím, protože jsem věděla, že kdybych to řekla, tak mě nevezme. (...) Šéf se o to nějak extra nezajímal. Věděl, že mám důchod, ale neřešil, kvůli čemu. No, a ona to potom nějak zjistila a byla na mě strašně naštvaná a říkala, proč jsem jí to neřekla, že ji to mrzelo. A já jsem jí říkala, že kvůli tomu, že jsem myslela, že by mě nevezala. A ona říkala: ‚No, to máš pravdu, to bych tě nevezala.‘ Takže to je takovej moment.“*

Eliška: *„Mám invalidní důchod, ale občas mám brigády a jsou se mnou velice spokojení. (...) Prodávám suvenýry a vstupenky. A dokonce jsem loni dělala, když byl den otevřených dveří památek, tak jsem dělala i ty komentovaný prohlídky, že jsem se naučila těch několik stránek, jo. (...) To, [že mám duševní onemocnění], jsem neříkala. Jenom jsem řekla, že jsem v invalidním důchodu. (...) S tím se člověk nerad chlubí. Pokud člověk nemusí, tak to neříká.“*

Jaroslav: *„Ještě jsem měl částečný důchod. Se mi to stalo, myslím, dvakrát, že mě propustili kvůli tomu, že jsem třeba někde řekl, že jsem psychicky nemocný. (...) To byla nějaká oslava, myslím, předvánoční večírek. A tak jsem to tam řekl někomu a asi se to doneslo vedení, to byla malá firma, k šéfovi. A od Novýho roku mně neprodloužil smlouvu. (...) Já jsem se o tom u vstupních pohovorů nezmiňoval, protože jsem se za to styděl. Třeba u části jsem se zmínil, že mám nějaký ty problémy, že třeba nemůžu dělat noční. A oni se hned ptali proč. Tak jsem třeba řekl, že jsem po operaci sleziny, já mám*

jako jizvu na břiše, tak jsem to sváděl na to. Říkal jsem, že mám fyzický problémy spíš než ty psychický, protože jsem se bál, že by mě zase nepřijali.“

8.1.3 Jana: Nehledám si práci, aby mi nevzali důchod

Pobírání invalidního důchodu představuje pro některé z komunikačních partnerů také nevýhodu. Protože existují podmínky, které musí splnit, aby mohli tento finanční obnos dostávat, bojí se, že když si najdou práci či brigádu, mohli by o svůj stálý příjem přijít. Tuto situaci popisuje také Graham Thornicroft (2011, s. 75), když se zaměřuje na příčiny, které brání lidem s duševním onemocněním, aby se začlenili mezi pracující. Jednou z těchto příčin je podle něj totiž právě efekt vyplácení příspěvků sociálního zabezpečení. Pro mnoho osob se závažným nebo dlouhodobým zdravotním handicapem jde o jediný zdroj příjmů. Uživatelé psychiatrických služeb tak podle něj zcela realisticky nejeví ochotu se této finanční jistoty vzdát ze strachu, že by jim nová práce dlouho nevydržela. Proto si mnohdy raději ani žádnou nehledají.

Právě to je případ komunikační partnerky Jany, která od doby, kdy se u ní začalo její duševní onemocnění projevovat, neměla kromě několika brigád žádnou stálou práci. Ta si přitom myslí, že by jí denní režim, který by jí práce přinesla, mohl být užitečný. *„Myslím si, že to, že mám invalidní důchod, není třeba až tak úplně dobře. Protože jsem doma. Že by mi třeba pomohlo fakt, kdybych chodila do práce a musela vstávat, mít nějaký režim. Že by to pro mě bylo třeba lepší než takhle...“* Ačkoliv by tedy Jana ráda pracovala, žádné zaměstnání si nehledá. Bojí se totiž, že by jí přišla o svůj hlavní finanční příjem. *„Ono je to limitovaný tím, že když máte ten důchod a jdete do nějaký práce, že vám to jako můžou vzít. Takže spíš je to takový jako zamotaný, že jsem nic moc ani nezkoušela z toho důvodu, aby mi ten důchod nevzali. Taky je to asi škoda,“* myslí si Jana.

Také komunikační partnerka Amálie si myslí, že jí přílišné úlevy, kterých se jí dostává, vlastně ještě více znevýhodňují. *„Určitě jsou víc ohleduplní ke mně. Že mi třeba nedovolí dělat tolik věcí, který bych byla ještě schopná dělat. Že na nás koukaj, že jsme opravdu nemocní. Tak takový ty úlevy, že ‚to bys nezvládla‘ a tak prostě,“* stěžuje si Amálie a dodává, že právě to je důvod, proč už se sama tolik nesnaží. *„Ještě bych to třeba mohla zvládnout, ale prostě když vím, že nechcou, abych to dělala, tak to prostě neudělám.“* Kromě pobírání důchodu jí lékaři kvůli jejímu zdravotnímu stavu navíc vysloveně pracovat zakázali. *„Jak omdlívám a jak mám poruchy paměti, tak si myslí, že by mě nikdo ani nemohl zaměstnat. Mám plný invalidní důchod,“* vysvětluje Amálie.

Z hlediska takových případů je tak možné invalidní důchod vnímat na jednu stranu jako pomoc a podporu pro ty, kteří nejsou schopni plně se pracovně angažovat, na druhou stranu však také jako další z nástrojů segregace jedinců do deviantní nálepky, kterou jim určila společnost. Pro ty, kdo pobírají důchod, je stanoven jenom daný okruh jasně vymezené práce, nebo jim je přístup k zaměstnání zcela odepřen, což příliš nenapomáhá tomu, aby skrze pracovní proces přestali být lidé s nálepkou „duševně nemocný“ vylučováni z většinové společnosti.

8.2 Práce ve sdružení

Pro mnoho komunikačních partnerů tak nabízí řešení jejich problémů s prací samotné sdružení, jehož jsou klienty. V něm totiž mohou zastávat jednoduché pracovní pozice – recepční, obsluha v kavárně, úklidový pracovník – aniž by na ně byl vyvíjen ze strany zaměstnavatele nějaký nátlak na jejich výkonnost. Zároveň se však mnohdy jedná o pozice neplacené a pochopitelně od většinové společnosti odloučené.

Sylvie: „*Já jsem zkoušela i tady ve sdružení jako dělat v recepci jednou za týden. To bylo na čtyři hodiny. Tenkrát to bylo zadarmo, tak jsem to dělala, byla jsem nadšená.*“

Jana: „*No, jedině tady ve sdružení, kde tolerujou, že jste fakt pomalejší nebo tak. Že nezvládáte stresové situace. Tuhle sem přišla skupina nějakých dvaceti zahraničních studentů na kafe, já jsem tady byla sama, tak vedoucí mi domluvila ještě jednu holčičku, aby mi pomohla a takhle, no.*“

Filip: „*Já jsem tady [ve sdružení] totiž uklízel asi rok a půl, měl jsem za to peníze a všechno. A potom jsem si mohl vybrat, že buď tady budu uklízet a nebudu klientem, nebo budu klientem a nesmím uklízet. To mě dost psychicky vzalo. Já jsem měl ještě peníze navíc, o to mi nešlo, ale chtěl jsem nějakou aktivitu. (...) Ale když jsem si měl vybrat, je pro mě důležitější být tady mezi lidma, než si vydělávat peníze.*“

Takový zájem o práci v rámci střediska pro osoby s duševním onemocněním navíc podporuje Lemertovo (1951) pojetí sekundární fáze deviance, při níž je jedinec s přidělenou deviantní nálepkou většinovou společností odmítnut a následně z ní izolován. Tato izolace je tak zaměstnáním v prostředí s lidmi, kteří jsou nositeli stejné nálepky „duševně nemocný“, dále stvrzována. V rámci Beckerovy (1966) teorie tak tito jedinci nejenom vstoupili do organizované deviantní, od majority jasně oddělené,

skupiny a našli si v ní přátele, ale díky porozumění, kterého se jim na tomto místě dostává, zde získali také pracovní uplatnění, což ještě více upevnilo jejich deviantní identitu. Podle Scheffa (1970, s. 88) je zabránění vstupu do nedevidantní role, tedy do běžného zaměstnání v majoritní části společnosti, účinným způsobem, jak jedince segregovat do deviantní nálepky, jemuž podle zaznamenaných výpovědí mnoho klientů sdružení podlehl.

9. Vnímání psychiatrie

Ačkoliv mohly být režimy psychiatrické léčby a charitativní pomoci zpočátku zamýšleny jako osvícenská snaha začlenit deviace do společnosti, podle Kateřiny Kolářové (2012, s. 25) paradoxně položily základ mocenským strukturám, které se skrze rehabilitační, pedagogické a terapeutické praktiky podílí na další segregaci jedinců, kteří byli označeni za devianty. Účelem psychiatrie tak je, jak uvádí Anne Wilson a Peter Beresford (in Kolářová, 2012, s. 337), nalézt a diagnostikovat duševní chorobu, a tím vyznačit jasnou dichotomii mezi lidmi duševně zdravými, tedy normálními, a duševně nemocnými, tedy nenormálními blázný. Podobně kritický pohled zaujímá vůči psychiatrii také Karel Chromý (1990, s. 76), který upozorňuje na to, že stigma spojené s psychiatrickou nálepkou, kterou lékaři jedinci udělují, je stále velmi mocné. Podle něj by měla psychiatrie rozumně vymezit své pole působnosti, změnit chování zdravotnických pracovníků, upravit zdravotnické předpisy a působení na veřejnost, aby nepodporovala existující stereotypy a degradaci lidí s nálepkou „duševně nemocný“.

V kontextu výše uvedených náhledů na psychiatrický systém mě proto zajímalo, jak jej hodnotí ti, kteří se v něm ocitli či ocitají v roli pacientů, tedy těch, nad nimiž mohla být uplatňována moc určující, jsou-li „normální“, nebo je třeba je léčit. Když jsem se však komunikačních partnerů zeptala na jejich zkušenost, většinou z nich se o pobytech v psychiatrické léčebně příliš mluvit nechtělo. *„Na těch blázincích, na těch léčebnách, tam je to hrozný. Nerad na to vzpomínám. Ani na jeden ten pobyt. Byl jsem celkem třikrát léčený. Ted' v poslední době dvakrát. Nerad na to vzpomínám. Je to pro mě traumatickej zážitek,*“ shrnuje Hugo postoj většiny komunikačních partnerů, s nimiž jsem na toto téma rozhovor vedla.

9.1 „Zachránit se“ před hospitalizací

Šest komunikačních partnerů nakonec našlo odvahu, aby se ke svým pobytům v psychiatrických nemocnicích a ke svému vlastnímu náhledu na tamní způsob léčby vyjádřili. Ti se přitom shodují na tom, že kvůli své nálepce duševně nemocných museli během hospitalizace čelit ponižování ze strany personálu a s ním souvisejícímu pocitu méněcennosti. U některých z nich se přitom jedná o vzpomínky staré v řádech několika let – například u komunikačních partnerek Jaroslavy, Jany a Elišky. Jiní naopak

popisovali relativně nedávné zkušenosti, jako třeba Miloš či Hugo, který mi poskytl rozhovor necelý měsíc po svém propuštění z léčebny.

Miroslava: „Několik těch pobytů na těch psychiatrických léčebnách, to bylo pro mě to nejhorší, co snad bylo teda. Ale zase mi to pomohlo. Ale ten přístup a to ... na to, že jsem sama zdravotník, jo. Jako třeba křik, to je nejhorší, co asi může bejt. Na někoho tam křičet. To je často tam.“

Jaroslava: „Když člověk je manickej, tak má hodně energie, třeba lítá po tom oddělení, zalejvá kvítka a takovýhle. A ty sestřičky to samozřejmě ruší, ty jsou nejradši, když je klídek a dají si kafe a cigaretu. Tak to oni mně vždycky daly injekce a šouply mě na samotku. A ještě třeba do síťového lůžka. Takhle, no. To si myslím, že lidi, kteří to taky zažili, se třeba o tom moc ani nebavijou, o těchhle věcech. (...) Jako já vím, že bych v tý atace nikomu neublížila. Jako člověk má velkou energii, velkou sílu. Ale vím, že fyzicky bych nikomu neublížila. Slovně to je něco jinýho, to jsem tam byla sprostá, to vím, jo, ale rozhodně se... Jako proč na samotce vás dávají do síťového lůžka, když jste tam sama?“

Jana: „Setkala jsem se třeba s tím, ale to zas bylo v tý léčebně, kde zavírali do takový malý místnosti, to bylo jako hrozný. Do takový tý postele, takový tý síťovaný, vás tam takhle zaklapnou a nemůžete nikam jít.“

Miloš: „Když mě vytrhli z mýho prostředí v nejtěžší fázi mýho onemocnění, když jsem byl paranoidní, vůbec jsem nemohl identifikovat, kde jsem. Byl jsem zavřenej, nikdo se mnou nemluvil. Ani personál, ani pacienti, ti se mě báli. (...) Takže to ještě víc prohloubilo tu psychózu. (...) O to víc do mě ještě cpali léky, abych byl utlumenej a nemohl nic moc dělat. Já na to nerad vzpomínám. Zažil jsem, že jsem byl asi dva týdny zavřenej v síťovém lůžku. (...) Já jsem byl vždycky zavíranej, když jsem byl moc aktivní. Když personál nazná, že třeba moc chodíte po chodbě, tak vás zavře do síťového lůžka. (...) Tam jsem si taky užil dost špatný chvíle. Vemte si, že jste ve dvou metrech krychlových zavření se svejme hrůzama, se svou nemocí, a nikdo vám nepomůže. Máte tam bažanta a když potřebujete na velkou, to se ani neptejte. Jednou jsem je prosil, aby mě pustili ven, ale oni mě nepustili. Tak si dokážete představit, jak to potom asi dopadlo. Ale já bych to radši moc nerozebíral...“

Hugo: „Chovaj se tam k vám jako k praseti, bych řekl. Prostě člověk má citlivý nervy, potřebuje pomoci, a oni se k vám chovají jak méněcennému. (...) To je hodně v těch nemocnicích. (...) Ani ne tak doktoři, jako spíš ty sestry a bratři. (...) Taková ta povýšenost těch lidí. Nepříjemný.“

Eliška: „A pár lidem jsem i pomohla. Že to potom zvládli bez léčebny, jo. (...) [Známému] jsme poradili, kam má jít, za jakým doktorem. A on samozřejmě šel. Jenomže to je to neštěstí, že voni vobjednají až za měsíc. Do té doby se člověk většinou zhroutí a skončí v léčebně, jo. (...) Tak já jsem mu poskytla léky, (...) aby mu pomohly ten měsíc vydržet. A on potom začal brát klasický antidepressiva. A nikdo se to ani pořádně nedozvěděl, nezhroutil se. (...) Ale věřím tomu, že nebýt našeho zásahu, tak skončil špatně.“

Pobyt v psychiatrické léčebně je tak vnímán jako něco, čemu je lepší se vyhnout. Tam se totiž stanovením konkrétní diagnózy nejenom stvrzuje přidělení nálepky „duševně nemocný“ člověku, který byl za určité nezvyklé psychické projevy takto označen a následně odeslán na „léčení“, ale navíc je tím vytvářena jasně oddělená skupina, které je odpírán nárok na plné lidství – její členové jsou degradováni na bláznů a šíleneců, a jako s takovými se s nimi také zachází.

Na druhou stranu se však komunikační partneři shodovali v názoru, že ačkoliv pro ně byla zkušenost s pobytem na psychiatrii velmi traumatická, zároveň jim stanovená léčba pomohla. „Pak když jsem se vrátila z léčebny, tak jako já jsem byla šťastná, že ty léky mám. Já jsem spala, psychicky jsem na tom byla fakt líp, jo. Takže pro mě to bylo vysvobození,“ přiznává Jaroslava, která však pozorovala, že některé léky mají takové vedlejší účinky, že se stávají dalším faktorem, který určuje kvalitu jejího života nad rámec projevů samotné nemoci. „Znevýhodněná [jsem se cítila] třeba po té hospitalizaci, že člověk jako, že je to na něm znatelný, že je utlumenej. A ti lidi taky reagují celkově jinak, než když jakoby vidí (...) člověka, kterej je v pořádku nebo tak,“ dodává.

Kromě otupělosti způsobené léky popisovali ostatní komunikační partneři také další vedlejší účinky, jako je přibírání na váze, ospalost či nechů k jakýmkoliv aktivitám, díky čemuž měli pochopení pro ty, kdo se rozhodnou předepsanou léčbu porušit. Někteří z nich si totiž myslí, že není dobře, že je léčba psychických nemocí založena pouze na užívání léků a odpočívání.

Miroslava: „Tady vás nacpou práškama a dají vám, já nevím, hodinu, dvě rehabilitace. A jinak se leží nebo se chodí po procházkách, kdo kouří, chodí na kuřárnu kouřit. Tak to mně připadá tak všechno, což je velice málo. Nikdo se moc nezaobírá, málo personálu a hodně nemocnejch, jo. (...) Je to tady jinak pojatý asi než u nich tam na Severu [pozn.: srovnává se situací ve Švédsku].“

Miloš: „V Česku trochu chybí terapeutický přístup. Celá západní medicína staví na tom, že se léčí farmakologicky, ale z Finska jsou třeba důkazy, že se to dá léčit terapeuticky. A mají lepší výsledky než my tady.“

Jana: „A když jsem se dostala do té léčebny, tak pro mě jako by se zastavil čas. Do té doby jsem pořád musela chodit do školy, něco dělat, ale v té léčebně prostě nějak jakoby režim... Neděláte nic.“

9.2 Jistota z nejisté diagnózy

Ačkoliv je stanovování diagnóz duševních onemocnění velmi nejisté a neexistuje žádný spolehlivý laboratorní test, který by byl schopný přítomnost konkrétní nemoci rozpoznat²⁵, hledají lékaři v projevech svých pacientů takové symptomy, které jim pomohou jejich nemoc „zaškatulkovat“ do předem připravených kategorií²⁶. Když mají pocit, že našli dostatek symptomů a kategorizace byla úspěšná, stanoví jedinci diagnózu a s ní související léčbu, k čemuž navíc potřebují, aby tento člověk získal na svou nemoc „náhled“, přiznal si, že je nemocný a byl schopen najít evidenci dané nemoci ve svém jednání a chování. Podle Lemerta (1951, s. 441) totiž psychiatrická léčba pracuje s tím, že pacient rozpoznává své duševní onemocnění a akceptuje ho v rámci sekundární fáze deviace jako definici sebe sama, jakou svou roli. Právě to bylo v různé míře patrné také ve výpovědích jednotlivých komunikačních partnerů.

Alžběta: „Tam se řadí strašná řada jakoby těch faktorů, co se týče toho onemocnění, že třeba utrácení peněz, nezvyklé sexuální chování, bludy, halucinace, a já to mívám tak, že mám vždycky jenom jeden projev a ještě v takový mírnější formě, takže vyloženě úplně to nemohli diagnostikovat, ale už se to tam trošičku objevuje, no.“

²⁵ Viz kapitola 4.4 Síla psychiatrie.

²⁶ Nejistotu v zařazování jednotlivých projevů do daných kategorií ilustrovaly také přímo rozhovory s komunikačními partnery, kdy se čtyři z nich zmiňovali o tom, že se jim v průběhu jejich léčby několikrát změnila diagnóza. To se týkalo například komunikační partnerky Jany: „Já když jsem se začínala léčit, tak jsem měla maniodepresivní psychózu a teď mám schizoafektivní.“

Jaroslav: „*Pak vlastně jsem si tu nemoc nějak nepřipouštěl, tak jsem trošku, bych řekl, koketoval s alkoholem. Běžně se to tak jako u těch pacientů [stává], že si to ani neuvědomují, že třeba pijou na prášky nebo tak.*“

Jak je z těchto ukázek patrné, lékaři svým pacientům předkládají, jak by měla jejich nemoc vypadat, jak by se měli cítit. A ačkoliv jsou to právě pacienti, kteří subjektivně dané stavy zažívají, medicínské přístupy jsou natolik mocné a dominantní, že je leckdy nutí vlastní zážitky pojmenovávat právě za použití terminologie a koncepcí „odborníků“. Psychiatrická nálepka, přes kterou jsou lékaři i majoritní společností vnímáni, se tak stává součástí jejich osobnosti, kdy jsou i oni sami schopni najít „učebnicové“ projevy své nemoci ve vlastním životě. Mnoho komunikačních partnerů navíc uvedlo, že se cítili neklidní, dokud jim nebyla přidělena konkrétní nálepka, konkrétní diagnóza.

Božena: „*Já jsem byla nejistá, měla jsem v sobě neklid. Nevěděla jsem, jakou mám diagnózu, co mi je.*“

Miroslava: „*Já jsem teprve prostě se tak zklidnila, že jsem byla i jakoby velice ráda, že už to mám všechno za sebou. Že vím, co mi je.*“

Ačkoliv se tak kategorizování duševních onemocnění leckdy jeví jako zavádějící a nepřesné, poskytuje lidem kromě psychiatrické nálepky, spojované s řadou společenských stereotypů, také vnitřní klid a léčbu, o níž si lékaři myslí, že jim bude nápomocná, a která by bez této kategorizace pravděpodobně nebyla vůbec možná.

9.3 Předsudky u lékařů

Předsudky, které se pojí ke konkrétní psychiatrické nálepce, zaznamenávali komunikační partneři nejen v rodině, mezi přáteli, sousedy či v práci, ale také u lékařů. I ti k nim totiž někdy přistupovali jinak než k ostatním pacientům, vnímali je vlivem etikety, která jim byla společností přidělena. To se projevovalo například tím, že je nebrali při popisování jejich obtíží vážně a jejich příčinu přisuzovali psychickým problémům, odmítali je léčit nebo si z nich za jejich zády dělali legraci.

Jaroslava: „*Byla jsem hospitalizovaná s otřesem mozku na chirurgii. (...) Já jsem měla pokoj vedle ambulance, a ta sestra si tam prostě (...) otevřela [mou] složku a nahlas to tam četla. (...) A prostě ze strany těch doktorů jsem to viděla, oni mě chtěli poslat do*

(...) [pozn. uvádí název psychiatrické nemocnice], že tam je neurologie taky. To se mě naštěstí jeden pan doktor zastal, že tam by mně bylo daleko hůř.“

Amálie: „Nedávno jsem omdlela, zkolabovala jsem tady. Volali mi záchranku a tam se snažili všechno vyšetřit, ale pak zjistili, že se léčím psychicky a dali ode mě rychle ruce pryč, šoupli mě hnedka na blázinec, ať si mě vyšetří oni. Jo, že prostě, jak už je někdo takhle označenej, tak to tak prostě je.“

Izolace, jíž je člověk, který od společnosti obdržel nálepku „duševně nemocný“, vystaven, tak může být podle výpovědí komunikačních partnerů podporována také kontakty s lékaři „ne-psychiatry“. To, že je člověk takovýmto způsobem vyčleněn z participace v konvenčních skupinách, přitom podle Beckera (1966, s. 34) funguje jako sebenaplňující se proroctví. Vytváří se soubor mechanismů, které tvarují člověka do takové podoby, jakou mu lidé přisuzují. Vyčlenění jedince z majoritní společnosti na různých úrovních jeho života, tedy i u lékaře, orientuje jeho jednání i zájem do organizované deviantní skupiny, což má vliv na jeho sebepojetí, na jeho osobnost. Když se představy, které o něm lidé kvůli jeho nálepce mají, stanou součástí orientace jeho vlastního chování, je podle Scheffa (1970, s. 86) dokončen proces sekundární deviace.

Závěr

Doklady o existenci jedinců, kteří byli svými současníky označováni za blázny či šílence, lze najít už v nejstarších historických pramenech. Až na výjimky byli tito lidé považováni za méněcenné a jen zřídka – snad pouze v případě takzvaných proroků – zastávali jinou společenskou pozici než periferní. V tomto bodě však končí shoda v řadě dalších otázek, jelikož to, kdo byl za šílence považován, jak byl jeho stav vykládán a jak s ním bylo nakládáno, se lišilo nejen v jednotlivých historických obdobích, ale také se v současnosti neustále liší v jednotlivých oblastech a kulturách (Chromý, 1990, s. 9).

Cílem diplomové práce *Etiketizace duševního onemocnění* bylo zaměřit se na existenci duševních nemocí optikou etiketizační teorie, tedy prostřednictvím reakčního pojetí sociální deviace, která je chápána jako výsledek reakce okolí na jednání člověka. Teoretický rámec práce tak tvořily teorie Edwina Lemerta (1951), Howarda Beckera (1966) a Thomase Scheffa (1970), tedy teorie primární a sekundární deviace, a teorie etiketizace, podle nichž je deviantem, v případě této práce „duševně nemocným“ člověkem, ten, koho takto společnost označí. Daná etiketa, kterou jedinec od svého okolí obdrží, je tedy vázána na konkrétní situaci a kontext, v němž se odehrává. Ačkoliv tak z tohoto pohledu není stanovování a kategorizace duševních onemocnění absolutní a jednou provždy dané, hegemonní postavení v oblasti duševního zdraví umožňuje psychiatrickému systému dělit jedince na normální a nemocné, a tím mít vliv také na další aspekty jejich života, než je pouze psychický stav, jako jsou vztahy s ostatními, chápání sebe sama, společenský status či pracovní příležitosti. Získat psychiatrickou léčbou nálepku „duševně nemocný“ tak může způsobit, že je člověk znevýhodňován ještě nad rámec svého handicapu.

Ústřední otázkou pro kvalitativní terénní výzkum, který tvoří praktickou část práce, se proto stala tato: Co všechno s sebou přináší etiketa „duševně nemocný“, kterou jedinci uděluje společnost? Zajímalo mě přitom především, jestli se klienti sdružení pro podporu a péči o duševně nemocné, v němž jsem výzkum prováděla, cítí být v některých společenských situacích diskriminováni, jak získaná nálepka ovlivňuje jejich sebepojetí a vztahy s ostatními lidmi, a mají-li pocit, že s sebou kvůli psychiatrické léčbě, kterou podstoupili či podstupují, nesou určité stigma, a pokud ano, jak se projevuje.

Z rozhovorů, které jsem s klienty sdružení vedla, přitom vyplynulo, že důležitou roli při zvládání života s duševní nemocí, respektive s nálepkou „duševně nemocný“, hraje rodina. Zatímco některým komunikačním partnerům jejich rodina od začátku propuknutí nemoci pomáhala a povzbuzovala je, řešení vypjatých situací jejich vztahy ještě více upevnilo, jiní zažívali přidělení degradující nálepky přímo od svých nejbližších, kteří je označovali za líné, izolovali je od rodinného života, styděli se za ně a pojímali je jako méněcenné, nebo naopak projevovali takovou starostlivost, že tím komunikační partnery ponižovali, neboť vytvářeli obraz jejich domnělé nesoběstačnosti. Ti se s takovými reakcemi vyrovnávali pochopitelně různě. Někteří se snažili uvést informace o sobě na pravou míru, z hlediska Lemertovy (1951) teorie tedy racionalizovali svoje jednání, snažili se přicházet se sociálně akceptovatelnými důvody, které je k takovému jednání vedly, jiní na tuto snahu rezignovali, a tak omezili kontakty s příbuznými na minimum, čímž se podle Lemerta vyznačuje sekundární fáze deviace, kdy se jedinec stáhne z majoritní části společnosti a přijme deviantní identitu za svou.

Důležitým faktorem, který rozhodoval o přístupu rodiny, se přitom zdála být předchozí zkušenost s duševním onemocněním, kterou pokud rodina komunikačního partnera měla, vyznačovala se větším porozuměním. Sama totiž prošla procesem nálepkování, společenskou stigmatizací, sociálními sankcemi i psychiatrickou léčbou. Tím, že přijala sociální status, který jí byl nálepkou určen, a přizpůsobila se s ním spojeným rolím, usnadnila těmto komunikačním partnerům jeho přijetí také.

Většina komunikačních partnerů tak při rozhovorech přiznala, že duševní nemoc kompletně změnila jejich život, vnímání sebe sama, jejich priority. Mnoho z nich přitom zmiňovalo, že se dnes cítí být nedostatečně výkonní, pomalí, utlumení z léků či úplně vyčlenění ze společnosti. Jejich nemoc, potažmo nálepka, kterou byli označeni, je vedla k tomu, že se začali zajímat o jiné věci a vídat se s jinými lidmi – s těmi, u nichž našli porozumění. Howard Becker (1966) tuto změnu, kterou lidé, jež se dopustili porušení určitých norem a jsou označeni za devianty, procházejí, označuje pojmem deviantní kariéra. V rámci deviantní kariéry je jedinec nejprve vyčleněn z participace v konvenčních skupinách, je izolován od majoritní společnosti, a tak se rozhodne vstoupit do organizované deviantní skupiny. Tam se setkává s lidmi, kteří čelí stejným problémům jako on sám, mají pro něj dostatek pochopení, čímž vzájemně upevňují svou deviantní identitu.

To je také případ většiny klientů sdružení, s nimiž jsem rozhovory vedla. Mnoho z nich totiž popisuje svůj vstup do sdružení jako „nový začátek“, kdy měli možnost najít

velké množství přátel, kterým není třeba vysvětlovat, jak se zrovna cítí, omlouvat se za projevy svého jednání, jež by majoritní částí společnosti mohly být považovány za nevhodné. To, že mezi sebou klienti nacházejí velkou míru porozumění, navíc vedlo mnohé z nich k tomu, že se z konvenční společnosti stáhli natolik, že nemají jiné přátele než ty s duševní nemocí, respektive s nálepkou „duševně nemocný“.

Při styku s většinovou společností čelí lidé s duševním onemocněním řadě předpojatých názorů, jež se pojí více k nálepce, jíž byli označeni, než k nim samotným. Tato nálepka totiž podle Beckera (1966, s. 33) mění identitu jedince, který je najednou pojímán jako někdo jiný, než za koho ho lidé doposud měli. Protože však totožným představám byli během svého života do doby, než jim byla degradující etiketa udělena, vystaveni také lidé s duševní nemocí, vědí, jak mohou svou nálepkou při kontaktu s cizími lidmi maskovat, dokáží rozpoznat, kdy se chovají „normálně“ a kdy se u nich objevují projevy „bláznivého“ jednání. Ačkoliv se tak jednotliví komunikační partneři neshodovali v názoru, jestli je na nich jejich duševní onemocnění „vidět“, všechny je spojovala snaha „vypadat normálně“ při styku s lidmi, kteří jsou považováni za duševně zdravé, aby na nich jejich nemoc nepoznali. Jelikož je však, jak v pojetí sekundární deviace uvádí Lemert (1951, s. 97), pro ně neustálá sebekontrola velmi náročná a stojí je mnoho energie, vyznačuje se většina z nich sociálním stažením a navazováním vztahů zejména v rámci organizované sociální skupiny, jež je tvořena jedinci se stejnou etiketou „duševně nemocný“, kde nacházejí hledané porozumění.

Další oblastí, na níž měla získaná etiketa podle komunikačních partnerů vliv, byla práce. Vyřazení z pracovního procesu, kterému lidé s diagnózou duševní nemoci čelí, vnímá Thomas Scheff (1970, s. 88) jako efektivní způsob jejich segregace do deviantní nálepky, která je uskutečňována právě tím, že jim je zablokován vstup do nedevariantní role pracujících lidí. Jednotlivé rozhovory přitom ukázaly, že komunikační partneři čelí diskriminaci v oblasti práce také v případě, že se ucházejí o zaměstnání, která jsou přímo určena těm, kteří byli označeni za zdravotně znevýhodněné, kteří pobírají invalidní důchod. Pro mnoho komunikačních partnerů se tak stalo řešením jejich problémů sdružení, jehož jsou klienty. V něm totiž mohou zastávat jednoduché pracovní pozice, aniž by byl vyvíjen ze strany zaměstnavatele nějaký nátlak na jejich výkonnost. Zároveň se však mnohdy jedná o pozice neplacené a pochopitelně od většinové společnosti odloučené. Zájem o práci v rámci střediska pro osoby s duševním onemocněním navíc podporuje Lemertovo (1951) pojetí sekundární fáze deviace, při níž je jedinec s přidělenou deviantní nálepkou většinovou společností odmítnut a následně

z ní izolován. Tato izolace je tak zaměstnáním v prostředí s lidmi, kteří jsou nositeli stejné nálepky „duševně nemocný“, dále stvrzována.

Tématem, které bylo mezi komunikačními partnery vnímáno jako nejcitlivější, byl však samotný pobyt v psychiatrické léčebně. Tam se totiž stanovením konkrétní diagnózy nejenom stvrzuje přidělení nálepky „duševně nemocný“ člověku, který byl za určité nezvyklé psychické projevy takto označen a následně odeslán na „léčení“, ale navíc je tím vytvářena jasně oddělená skupina, které je odpírán nárok na plné lidství – její členové jsou degradováni na blázny a šílence a jako s takovými se s nimi také zachází. Scheff (1970) se navíc domnívá, že je na pacienty psychiatrických léčeben vyvíjen tlak, aby akceptovali roli duševně nemocného jako část svého já, a že jsou sankcionováni, pokud se snaží vrátit ke konvenčním rolím. To dokumentují i výpovědi jednotlivých komunikačních partnerů, z nichž bylo patrné, že lékaři svým pacientům předkládají, jak by měla jejich nemoc vypadat, jak by se měli cítit. A ačkoliv jsou to právě pacienti, kteří subjektivně dané stavy zažívají, medicínské přístupy jsou natolik mocné a dominantní, že je leckdy nutí vlastní zážitky pojmenovávat právě za použití terminologie a koncepcí „odborníků“. Psychiatrická nálepka, skrz níž jsou lékaři i majoritní společností vnímáni, se tak stává součástí jejich osobnosti, kdy jsou i oni sami schopni najít „učebnicové“ projevy své nemoci ve vlastním životě. Mnoho komunikačních partnerů navíc uvedlo, že se cítili neklidní, dokud jim nebyla přidělena konkrétní nálepka, konkrétní diagnóza.

Na druhou stranu se však komunikační partneři shodovali v názoru, že ačkoliv pro ně byla zkušenost s pobytem na psychiatrii velmi traumatická, zároveň jim stanovená léčba pomohla, jsou za ni vděční. Mnoho z nich si navíc myslí, že jsou díky své nemoci schopni vážit si maličkostí, užívat si okamžiků a mít lepší vztahy se svými blízkými, čehož podle nich lidé bez nálepky „duševně nemocný“ často schopní nejsou.

Z mého výzkumu tak vyplývá, že mít duševní nemoc neznamená pouze zažívat z hlediska většinové společnosti určité abnormální či nepříjemné psychické stavy, ale také stát se nositelem nálepky „duševně nemocný“, která s sebou přináší představu, jak by takto označený člověk měl vypadat, jak by se měl projevovat, jaké je jeho místo ve společnosti, což má pochopitelně vliv také na to, jak začne takový jedinec pojímat sám sebe. Jelikož jsem však svůj výzkum prováděla pouze v jedné komunitě, která sdružuje jedince s duševním onemocněním, a pro rozhovory jsem získala celkem třináct komunikačních partnerů, uvědomuji si, že výsledky své práce nemohu zobecnit na všechny nositele dané nálepky, ani na ty, kteří podstoupili léčbu v rámci českého

psychiatrického systému, neboť se situace dalších jedinců s duševním onemocněním může od mnou získaných informací výrazně odlišovat. Domnívám se však, že jednotlivé výpovědi komunikačních partnerů v různé míře dokládaly, že ačkoliv jsem pracovala s teoriemi z padesátých až sedmdesátých let, je možné je považovat za nosné i v dnešní době, kdy se stále volá po změně v přístupu psychiatrických nemocnic i v náhledu na duševní onemocnění jako takové.

Ačkoliv se tedy zdá, že psychiatrie lidem, kteří zažívají určité abnormální duševní stavy, nálepkováním bez většího přihlížení k sociálním a kulturním faktorům přináší pouze další problémy, kategorizace pacientů může mít i pozitivní efekt: jejich léčbu. A i když může být zařazování duševních nemocí do jednotlivých typů mnohdy nepřesné, kategorizace lékařům pomáhá stanovit takovou terapii, o níž se domnívají, že bude jedinci prospěšná. A právě etiketa, kterou mu tímto udělí, mu může pomoci získat náhled na jeho nemoc, uspíší jeho léčbu, ačkoliv dokázat její průkaznost je komplikovanější než u jiných nemocí.

Zdá se tedy, že je téměř nemožné navrhnout řešení, jak by psychiatrie měla postupovat, aby své pacienty zároveň léčila, pomáhala jim, ale aby jim svou léčbou nemoc nezhoršovala, neprodlužovala nebo třeba i nezpůsobovala, a nevyčleňovala je tak ještě více ze společnosti. Kritik psychiatrického systému Thomas Szasz si například myslí, že ti, které dnes označujeme za duševně nemocné, by měli být „zavírání“ jen v případě, že se dopustí porušení zákona, stejně jako to platí pro kteréhokoliv „duševně zdravého“ člověka. Kdo má pocit, že potřebuje pomoc, měl by mít možnost vyhledat psychoterapeuta na smluvním základě (Giddens, 1999, s. 224). Ti, kteří nezaujmají tak vyhraněný postoj jako Szasz, spatřují ideál v domácí péči místo zavírání jedinců do velkých ústavů, v níž by ovšem bylo potřeba zajistit pacientům vhodné přístřeší, služby terénní sociální péče a také pracovní příležitosti, kterých se jim v současné době příliš nedostává.

Anotace

Jméno a příjmení autora:	Kateřina Karmazínová
Název katedry a fakulty:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie, Filozofická fakulta
Obor studia:	Sociologie - Česká filologie
Obor obhajoby práce:	Sociologie
Vedoucí práce:	Mgr. Martin Fafejta, Ph.D.
Rok obhajoby:	2017
Počet znaků včetně mezer:	160 783
Počet příloh:	0
Počet zdrojů:	28

Název diplomové práce: **Etiketizace duševního onemocnění**

Klíčová slova: etiketizace, duševní onemocnění, nálepka, deviace, handicap, postižení, kvalitativní výzkum, psychiatrie

Anotace:

Cílem diplomové práce *Etiketizace duševního onemocnění* je zaměřit se na existenci duševních nemocí optikou etiketizační teorie, tedy prostřednictvím reakčního pojetí sociální deviace. Teoretický rámec práce tak tvoří teorie etiketizace a teorie primární a sekundární deviace Edwina Lemerta (1951), Howarda Beckera (1966) a Thomase Scheffa (1970), podle nichž je deviantem, v případě této práce „duševně nemocným“ člověkem, ten, koho takto společnost v určité situaci a kontextu označí. Ačkoliv tak z tohoto pohledu není stanovování a kategorizace duševních onemocnění absolutní a jednou provždy dané, hegemonní postavení v oblasti duševního zdraví umožňuje psychiatrickému systému dělit jedince na normální a nemocné. Ústřední výzkumná otázka pro kvalitativní terénní výzkum, který tvoří praktickou část práce, zní proto takto: Co všechno s sebou přináší etiketa „duševně nemocný“, kterou jedinci uděluje společnost? Ukazuje se přitom, že kromě duševního stavu má psychiatrickou léčbou získaná etiketa vliv také na další aspekty života komunikačních partnerů, jako jsou vztahy s ostatními, chápání sebe sama, společenský status či pracovní příležitosti.

Title of Thesis: **Labeling of Mental Illness**

Keywords: labeling, mental illness, label, deviation, handicap, disability, qualitative research, psychiatry

Annotation:

The aim of the Master's thesis *Labeling of Mental Illness* is to focus on the existence of mental illness through labeling theory, part of a reactive view of social deviation. The theoretical framework consists of the labeling theory and the theory of primary and secondary deviation by Edwin Lemert (1951), Howard Becker (1966), and Thomas Scheff (1970). According to them, the deviant, or mentally ill person, is someone who is labeled as mentally ill by the society in a certain situation and context. Although there is no certainty or permanence in determination and categorizing of mental illnesses, psychiatry is able to divide people into groups of healthy or ill people. The central research question for qualitative fieldwork, which forms the practical part of the thesis, is this one: What does the label “mentally ill” bring for the labeled person? It shows that it is not just the person’s mental state that is affected by psychiatric treatment, but that the acquired label also affects other aspects of study participants’ life, such as interpersonal relationships, self-perception, social status, or work opportunities.

Literatura a zdroje

Becker, H. (1966). *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press.

Bourdieu, P. (2000). *Nadvláda mužů*. Praha: Karolinum.

Cooley, C. H. (1902). *Human Nature and the Social Order*. New York: Charles Scribner's Sons.

Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. London: Sage.

Disman, M. (2011). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.

Foucault, M. (1993). *Dějiny šílenství*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.

Garland-Thomson, R. (2004). The Cultural Logic of Euthanasia: Sad Fancyings in Herman Melville's *Bartleby*. *American Literature*, 76(4), 777-806.

Goffman, E. (2003). *Stigma: Poznámky k problému zvládnání sociální identity*. Praha: Slon.

Giddens, A. (1999). *Sociologie*. Praha: Argo.

Chromý, M. (1990). *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. Praha: Avicenum.

Janiš, K., Jesenský, J. (2004). *Malý slovník pomáhajících profesí*. Hradec Králové: Gaudeamus.

Kaufmann, J. C. (2010). *Chápající rozhovor*. Praha: Slon.

- Kitsuse, J. I. (1962). Societal Reaction to Deviant Behaviour: Problems of Theory and Method. *Social Problems*, 9(3), 247-256.
- Kolářová, K. (2012). *Jinakost, postižení, kritika. Společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu*. Praha: Slon.
- Kubátová, H., Znebejánek, F. (2008). *Základy sociologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kutchins, H., Kirk, S. A. (1999). *Making Us Crazy*. London: Constable.
- Lemert, E. (1951). *Social Pathology: A Systematic Approach to the Theory of Sociopathic Behaviour*. McGraw-Hill.
- Matoušek, O. (2003). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Slon.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self, and Society*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Možný, I. (2002). *Sociologie rodiny*. Praha: Slon.
- Ocisková, M., Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada.
- Petrusek, M. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum..
- Praško, J. (2012). *Stigmatizace a panická porucha* [online]. Psychiatrie pro praxi. [cit. 05-02-2017]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/03/02.pdf>
- Scheff, T. (1970). *Being Mentally Ill. A Sociological Theory*. Transaction Publishers.
- Stiker, H. J. (1999). *A History of Disability*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Thornicroft, G. (2011). *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích. (1999). Praha: Diderot.