

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**ZKUŠENOST SE STIGMATEM HOSPITALIZACE
NA PSYCHIATRII**

(PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION AND STIGMA EXPERIENCES)



Bakalářská diplomová práce

Autor:	Veronika Telčerová
Vedoucí práce:	PhDr. Olga Pechová, Ph.D.
Studijní program:	B7701/Psychologie
Studijní obor:	Psychologie

Olomouc

2013

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Zkušenost se stigmatem hospitalizace na psychiatrii“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Poděkování

Děkuji těm, bez nichž by následující práce nevznikla. PhDr. Olze Pechové, Ph.D. za trpělivé vedení, mému muži a rodině za vytrvalou podporu. Poděkování patří také respondentům za jejich čas a ochotu hovořit o věcech mnohdy velmi osobních.

OBSAH

Úvod.....	5
-----------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1 Jedinec s duševním onemocněním a společnost.....	6
1.1 Vývoj přístupu k lidem s duševní nemocí v Evropě.....	6
1.2 Kdo je tedy duševně nemocný?.....	10
2 Stigma duševní nemoci.....	12
2.1 Proč společnost vyčleňuje odlišné?.....	12
2.2 Proces stigmatizace.....	13
2.2.1 Erving Goffman.....	13
2.2.2 Bruce G. Link a Jo C. Phelan.....	15
3 Hospitalizace na psychiatrii.....	18
3.1 Základní informace o stávajícím systému psychiatrické péče v ČR.....	18
3.2 Stigma hospitalizace na psychiatrii.....	20
3.2.1 Kritické momenty hospitalizace na psychiatrii.....	21
4 Následky stigmatizace a způsoby jejich zvládnání.....	29
4.1 Konkrétní prostředky zvládnání stigmatu.....	29
4.2 Diskreditovaný vs. diskreditovatelný.....	31
4.3 Vliv stigmatu na kvalitu života.....	33
5 Projevy stigmatizace v každodenním životě.....	35
5.1 Veřejnost.....	36
5.2 Média.....	37
5.3 Rodina.....	38
5.4 Osobní vztahy.....	39
5.5 Zaměstnání, studium.....	40
5.6 Zdravotníci.....	41
5.7 Systém.....	44

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky.....	46
7 Metodologický rámec.....	48
7.1 Metody získávání dat.....	48
7.2 Metody zpracování a analýzy dat.....	50
7.3 Etické aspekty výzkumu.....	51

8	Výzkumný soubor.....	52
8.1	Výběr výzkumného souboru.....	53
8.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	53
8.2.1	Aneta.....	55
8.2.2	Bára.....	56
8.2.3	Ctirad.....	56
8.2.4	Dana.....	57
8.2.5	Eliška.....	58
8.2.6	Filip.....	58
8.2.7	Gabriel.....	59
9	Výsledky.....	60
9.1	Dílčí výzkumná otázka I.....	60
9.1.1	Pocity při nástupu na psychiatrii.....	60
9.1.2	Dojmy z pobytu na psychiatrii.....	62
9.1.3	Chování personálu.....	65
9.1.4	Propouštění.....	66
9.2	Dílčí výzkumná otázka II.....	68
9.2.1	Život po propuštění.....	68
9.2.2	Obeznamenost okolí s faktem hospitalizace na psychiatrii.....	68
9.2.3	Prvotní reakce okolí.....	69
9.2.4	Dlouhodobé změny v chování okolí.....	71
9.3	Dílčí výzkumná otázka III.....	75
9.4	Dílčí výzkumná otázka IV.....	76
9.5	Hlavní výzkumná otázka.....	81
10	Diskuze.....	82
11	Závěry.....	87
	Souhrn.....	88
	Literatura a použité zdroje.....	91

PŘÍLOHY

- A Formulář zadání bakalářské práce
- B Český abstrakt bakalářské práce
- C Anglický abstrakt bakalářské práce
- D Schéma polostrukturovaného rozhovoru
- E Ukázka rozhovoru s Danou

Úvod

Lidé, které zastihla duševní nemoc, se musejí vyrovnávat nejen s problémy vyplývajícími z příznaků, ale také s tím, co tento typ onemocnění znamená v kultuře, v níž žijí. Ačkoli se postoje k psychickým poruchám a jejím nositelům oproti minulosti změnily k lepšímu, jsou i dnes často založeny na pověrách a zaběhnutých klišé. Depresivní a úzkostné stavy – na rozdíl například od psychotických onemocnění nebo poruch osobnosti – jsou přijímány lépe. Nicméně v případě, že se choroba opakovaně vrací nebo je nemocný hospitalizován na psychiatrii, se jeho postavení ve společnosti mění k horšímu. Může být považován za méněcenného a zjevně nebo 'potichu' vyloučen z komunity. Zdá se, že ani medicínský model představující duševní nemoc jako 'biologickou nehodu' (tedy jako problém s čistě fyzickými příčinami), veřejně propagovaný k podpoře společenského přijetí, věci příliš nepomáhá. Duševní nemoc stále nese výrazné stigma.

Tato bakalářská práce se zabývá stigmatem hospitalizace na psychiatrii, a to z pohledu těch, kteří jsou vystaveni stigmatizujícím reakcím. Názory lidí s psychickým onemocněním v dřívějších, ale i soudobých výzkumech výrazně chybí. Přitom současné strategie snažící se o reformu psychiatrické péče a o příznivější postoje veřejnosti k lidem s psychickou poruchou by logicky měly být podloženy jejich názory a jejich potřebami. Cílem kvalitativně pojatého výzkumu je odpovědět na otázku, jakou zkušenost se stigmatem mají lidé kvůli absolvované hospitalizaci na psychiatrii, jak stigma ovlivňuje jejich život a jakými způsoby se s ním vyrovnávají.

1 Jedinec s duševním onemocněním a společnost

1.1 Vývoj přístupu k lidem s duševní nemocí v Evropě

Duševní nemoc není zdaleka jen záležitostí současné společnosti. Fenomén šílenství a existence osob, jež okolí považovalo za vyšinuté, sahá do nejstarších dějin lidstva. Příslušné kulturně-historické kořeny se v dnešním pojetí duševní poruchy i v přístupu k jejím nositelům odrážejí. To platí jak pro širokou veřejnost (soudobé stereotypy duševně nemocného mají základ v minulosti a skrze lidovou tradici se zachovávají dodnes), tak pro odbornou sféru (např. někde ještě stále živý paternalistický přístup pochází již z konce 18. století).

Mýtické založení **starověké společnosti** vedlo k tomu, že odlišné, lidem nesrozumitelné způsoby jednání byly často považovány za posedlost duchy. To obvykle vyvolávalo zděšení (ale někdy i uctívání) a dotyční putovali do péče šamanů, čarodějů, léčitelů a kněží, jejichž praktiky se zakládaly na magických a religiózních prvcích (např. exorcismus). **Antická kultura** preferovala střízlivější přístup, vycházející z medicíny a filozofie. Velký vliv měla Hippokratova škola a její pojetí duševní nemoci jako poruchy organismu (např. humorální koncepce – nerovnováha tělesných šťáv jako příčina neobvyčejných duševních stavů). Léčba pak spadala do rukou lékařů, kteří používali různou medikaci (léčivé byliny, purgativa a emetika atd.) a tělesnou léčbu (hladovka, zavodnění, pouštění žilou, gymnastické intervence apod.), a filozofů, jež léčili rozhovorem (Dörner, & Plog, 1999). Někteří duševně nemocní byli hospitalizováni v asklépiích, jiní (kteří neohrožovali okolí) byli ponecháni na svobodě. Ovšem i antická civilizace vnímala některé druhy šílenství (stavy projevující se dezorientací, vytržením z reality a jednáním ohrožujícím společnost) jako posedlost zlými duchy. Postižený jedinec chovající se agresivně byl spoután a umístěn k příbuzným, do vězení nebo na pranýř, případně byl vyhnán z města a odsouzen k potulnému životu mimo lidskou pospolitost nebo rituálně obětován (tím došlo nejen k jeho osobnímu očištění od vlastní psychopatologie, ale také k očištění komunity, která na něj naložila všechny hříchy a znamení zla) (Černoušek, 1994).

Středověk viděl šílenství jako neřest či mravní pokleslost, trest za hřích, sen v bdělém stavu nebo ovlivnění démony. Na jedné straně existovalo pro výkyvy duševní rovnováhy určité porozumění, soucit a solidarita. Péče o psychicky nemocného člověka se

ujímala především vlastní rodina, případně širší komunita (např. sousedé). Církev provozovala tzv. hospitaly pro osoby s potížemi duševními, tělesnými nebo sociálními (Dörner, & Plog, 1999). Na straně druhé, jak upozorňuje Černoušek (1994), docházelo i k vyčleňování psychicky nemocných lidí – vyobcováním z města nebo například umístěním do tzv. klecí bláznů, což přicházelo na řadu v případě osob agresivních nebo těch, o něž se jejich okolí odmítalo postarat. Jinou možností, která skýtala funkci detenční, ale dovolovala segregovaným lidem určitou, byť značně omezenou svobodu, mohla být instituce tzv. lodi bláznů (o jejíž existenci se ovšem vedou spory). S koncem středověku získala vliv inkvizice a jedinec 'posedlý d'áblem' býval očištěn rituálním upálením či exorcismem.

V **renesanci** se ke slovu dostala biologická teorie (např. antikou inspirované vysvětlení duševní nemoci jako následku rozkladu tělesných tekutin – hnilobných a hnisavých procesů), uvažovalo se také o pokleslé lidskosti (animalitě, kdy nad rozumem převážily iracionální a vášnivé síly) a o mnoha jiných příčinách (např. špatná strava, nevhodná výchova, přílišná moudrost a vědomosti). Tak či onak, psychicky nemocný překračoval rámec společnosti, byl rušivě nápadný (což bylo pro města, která se v té době snažila stát centry obchodu, značně nevítané). Proto býval příslušně označen a 'odstaven' – vykázán do odlehlých domů, zavřen do cel nebo tzv. věží bláznů či jednoduše vyhoštěn z města (Černoušek, 1994).

V období **osvícenství a absolutismu** bylo šílenství nahlíženo z hlediska racionalismu – duševně nemocný byl 'nerozumný', jeho život bylo nutno osvobodit od všeho iracionálního a jej i celou společnost učinit zcela rozumnými. Bránil-li se tomu někdo, musel být vychován, k čemuž sloužila různá donucovací (převýchovná) zařízení s velmi bídými podmínkami. Dörner a Plog (1999) podotýkají, že uvěznění bláznů bývali za poplatek předváděni měšťanům, což zároveň působilo jako odstrašující a preventivní výchovný prostředek.

V Evropě v období **průmyslové revoluce** docházelo k reformám v řešení 'sociální otázky'. Pro asociální osoby vznikala speciální zařízení (částečně vycházející z táborů na převýchovu 'nerozumných', ovšem v upravené podobě, odpovídající době) – starobince, pečovatelské domy, sirotčince, ústavy pro postižené, věznice a také blázince (sloužily především chudým bláznům, ti majetnější se léčili doma, u rodinných lékařů, v sanatoriích či lázních). Herzog (in Dörner, & Plog, 1999) poukázal na společný rys věznic a blázců –

odnětí svobody občanům, kteří jsou nejvíce na obtíž. Na jedné straně šlo tedy o možnost koncentrace a kontroly duševně nemocných, na straně druhé se ovšem jednalo o specializovanou instituci, kde mohly být lépe určeny a uspokojeny specifické potřeby konkrétní skupiny lidí a ošetřující personál měl možnost skrze zkušenosti dosáhnout hlubšího pochopení a učit se lepší péči. V tomto kontextu se nicméně psychiatrie rozvíjela jako „*věda v podmínkách internace*“ (Dörner, & Plog, 1999, 283). Průmyslová revoluce a industrializace přinesly do velkých měst hektický ruch a záplavu podnětů a s tím také éru nervových potíží. I vážený měšťan bojoval s nervozitou, neovladatelnými touhami apod., což vedlo k nárůstu tolerance k duševně nemocným. Důležitou úlohu v léčbě začala zastávat harmonizující síla přírody – ústavy pro choromyslné bývaly zakládány na venkově, doporučovaly se procházky, hudba, gymnastika atd.

Ve Francii se reforma ústavů pro osoby s psychickými problémy pojila s **buržoazní revolucí**. Pro přiblížení subhumánních podmínek, které panovaly v tehdejších zařízeních pro duševně nemocné, zmiňuje Černoušek (1994, 52) zkušenost Phillippa Pinela z francouzské nemocnice Bicêtre pro chudé šílence z roku 1793: „*V malých, špinavých nevytopených podzemních kobkách se tísní celé pandaemonium. Lidské trosky jsou přikovány ke zdem či znehybněny ve speciálních systémech lan, kazajkách a bednění, jídlo se jim podává přímo do žlabu*“ (posléze dodává, že ke standardní výbavě dozorců patřil bič). Požadavek racionální výchovy a kontroly v důstojných podmínkách byl do sféry psychiatrie vnesen na základě kombinace několika prvků – revoluce a její Deklarace práv člověka a občana (s humanistickými ideály volnosti, rovnosti a bratrství), osvícenské lásky k vědění, důvěry ve vládu rozumu a náznaků potřeb mentální hygieny. Bylo tedy nutno postarat se o vhodnější instituce pro léčbu bláznů. Byli vysvobozeni z pout a tmy, zavedla se tzv. morální léčba (jejím propagátorem byl právě Pinel), součástí byla i léčba prací (která je předlohou současných pracovních a činnostních terapií psychicky nemocných). Tyto zásady se šířily do dalších evropských zemí, kde postupně vznikaly psychiatrické ústavy¹. Šílenství bylo považováno za dětství, zásadní nedospělost, odmítání odpovědnosti. Šílenec byl nyní 'nemocným člověkem' (např. kvůli narušené nervové činnosti, duševní alienaci – vpádu něčeho nesourodého do přirozenosti člověka, nezdravé vášni a poruše vůle apod.) a vyléčen byl v případě, že se přizpůsobil, přijal hodnoty řádu, kázně a odpovědnosti a naučil se sebeovládání. To neprobíhalo spontánně, na nemocného byl

¹ Roku 1790 byl v Praze založen Ústav pro duševně choré, který již poskytoval lidsky důstojnou péči (Rajmová, in Marková, Venglářová, & Babiaková, 2006).

činěn nátlak a využívalo se působnosti strachu (z personálu, prostředí léčebny, stylu léčení). „*Cílem bylo ho za každou cenu dotrýznit k rozumu*“ (Dörner, & Plog, 1999, 285). Psychicky nemocný byl teď oficiálně v podřízeném a závislém postavení, byl pozorován a hodnocen, odměňován nebo trestán, zvenčí mu byla vnucována dospělost a nutnost ovládat se. Nebylo mu nasloucháno, jeho projevu nebyla přičítána žádná výpovědní či smysluplná hodnota: „*Od začátku 19. století se na řeč duševně nemocného začalo pohlížet jako na neurovnaný znakový projev, odrážející patologické změny organismu*“ (Černoušek, 1994, 55). Lékař byl autoritou, soudcem, nositelem pravdy a morálky. Podobný psychiatrický vztah k pacientovi trval až do nedávné doby, někde možná dodnes.

V **19. století** byla psychiatrie zařazena mezi lékařské vědy (do té doby bylo nejasné, zda náleží k medicíně nebo filozofii) a došlo k redukci na tělesný aspekt. Duševní nemoc se začala chápat primárně jako somatické onemocnění, jako organická nemoc mozku (to bylo, mimo jiné, vedeno humánními úmysly – sejmut z pacientů pocitu viny z morálního a náboženského selhání a uchránit je od převýchovy mučením). Hlavním zájmem odborníků byl popis psychopatologie a vytváření diagnostických a nozologických pojmů a klasifikací. Po období morální léčby, pevně věřící v terapeutický úspěch, přichází éra 'terapeutického nihilismu' s myšlenkou o nevléčitelnosti mnoha poruch.²

Psychiatrii **konce 19. a začátku 20. století** zásadně ovlivnil Sigmund Freud, který rozvinul psychoterapii a mezi oficiálně uznávané léčebné prostředky tak zařadil rozhovor. Do psychiatrie se znovu dostalo sociální hledisko (zaměření na interpersonální vazby) i filozofie (např. daseinanalýza). Došlo k významným objevům na poli psychofarmakologie a v oblasti biologických aspektů duševních nemocí. Rozvíjela se ambulantní složka psychiatrické péče (Dörner, & Plog, 1999).

Psychiatrie **21. století** disponuje množstvím znalostí o příčinách a průběhu duševních nemocí i o jejich léčbě. Výrazně vzrostly vědomosti o mozku a jeho fungování. Na trhu je obrovský počet psychofarmak, důležitou roli hraje psychoterapie. Současný postoj je stále podložen ekonomickým uvažováním – Dörner a Plog (ibidem) uvádějí, že od 20. století dodnes je ideálem člověk 'totálně disponovatelný' a Janík (1987) zmiňuje negativní hodnocení jedince neschopného podat požadovaný výkon. V posledních letech

2 V Německu vedl tento postoj k myšlence, že by osoby nezdravé, nevýkonné a společensky neadaptované, u nichž bylo shledáno, že žádná terapie nepomůže, měly být drženy v ústavech, aby 'nekontaminovaly' a neobtěžovaly společnost. Asi 300 000 lidí bylo – pod záminkou rychlého vymýcení duševního utrpení – nuceně sterilizováno (Dörner, & Plog, 1999) a konečným řešením bylo podle politického programu nacistů medicínské odstranění, čili zabití. Přesný počet obětí eutanazie není znám, ale pravděpodobně přesahuje 250 000 (Institut Tereziánské iniciativy, 2011).

stoupá na důležitosti také hledisko duševní pohody, well-beingu.

Psychiatrická onemocnění jsou značným problémem dnešní doby – 11 % evropské populace má zkušenost s duševní poruchou (Evropská komise, 2008, in Raboch, & Wenigová, 2012). V roce 2004 byla dle WHO (ibidem) deprese třetí nejčastější příčinou pracovní neschopnosti (po respiračních a střevních infekcích) a předpokládá se, že v roce 2030 bude na prvním místě. Mezi veřejností jsou pořád zakořeněny předsudky o duševních nemocech a jejich nositelích. Dochází ovšem – alespoň v rozvinutějších zemích³ – k systematickým snahám pečovat o duševní zdraví občanů a zlepšit postavení a podmínky osob psychiatricky nemocných. Velká pozornost je věnována právům psychiatrických pacientů.

1.2 Kdo je tedy duševně nemocný?

„Otázka 'Co znamená být psychicky nemocný?' je skoro stejně všeobecná jako otázka 'Co znamená být člověkem?'" (Dörner, & Plog, 1999, 6). Existují různá kritéria a následně různé definice, použití té či oné často závisí na účelu.

Podle obecného výkladu duševní nemoci Hartla a Hartlové (2000, 346) je duševně nemocný ten, který trpí chorobou, „jejíž podstatou je porucha duševních funkcí ve smyslu hyper-, hypo-, dysfunkce nebo úplné ztráty funkce“. Baudišova operacionální definice psychiatrického případu (in Baudiš, & Libiger, 2002, 68) říká, že jde o osobu „u níž psychické příčiny nebo psychické symptomy mají podstatný a negativní vliv na její sociální funkce“, jinde uvádí také interpretaci zaměřenou na užívání psychiatrické péče, duševně nemocná je tedy „osoba, která vyhledala péči psychiatra nebo psychologa“ (Baudiš, 2005, 10). Dörner a Plog (1999, 9) podávají subjektivně založené vysvětlení: „Psychicky nemocný je člověk, který se při řešení svých životních problémů ocitl v krizi a ve slepé uličce, protože je přemožen svou zranitelností a tím také svou potřebou ochrany a potřebou objasnit neobjasnitelné. Výsledek nazýváme nemocí, zraněním, poruchou, utrpením nebo odchylkou“. Behaviorální verze se příliš neorientuje na rozpoznání příčin a hovoří jednoduše o naučeném dysfunkčním chování (Chromý, 1990). Antipsychoiatri Laing a Cooper (ibidem, 34) odmítli lékařskou koncepci duševní nemoci a takto označený stav považují za „pokus o sebezdokonalení formou cesty do vlastního nitra“.

Je mnoho modelů, jak chápat duševní nemoc, její příčiny i možnosti odstranění. Neexistuje tím pádem ani jasné vymezení, kdo je ještě psychicky zdravý a kdo nemocný. U závažných poruch je stanovení 'odchylky od normy' snazší, protože odlišnost bývá

3 „Ve vyspělých státech jako je Holandsko či Velká Británie, je dle WHO více než 10 % zdravotního rozpočtu věnováno péči o duševní zdraví“ (in Raboch, & Wenigová, 2012, 9).

výrazná. Jde-li o 'lehčí', povětšinou subjektivní potíže, které jsou ve svých projevech nenápadnější, je hranice mezi duševním zdravím a poruchou – mezi normalitou a šílenstvím – neostrá a v obecné rovině velmi těžko stanovitelná (Baudiš, 2005). Určitý psychický stav a jeho vyjádření může být považován za běžnou a přirozenou odpověď na životní události, nebo označen za poruchu a odeslán do rukou odborníků. Právě tento aspekt bývá příčinou kritických diskuzí o zneužitelnosti psychiatrie – nálepkou duševní nemoci lze označit všechny způsoby chování, které neodpovídají žádaným normám. Ve prospěch takového názoru hovoří fakt, že v posledním století došlo k psychiatrizaci řady sociálních problémů – 'nevhodné' chování se stalo nemocí, které je nutno léčit (typickými příklady jsou poruchy spánku, závislosti, ADHD, reaktivní deprese, posttraumatická stresová porucha nebo chronický únavový syndrom, v širším i poruchy osobnosti nebo třeba psychiatrizace stárí). Za rozšiřováním definice nemoci sice stojí nově nabyté znalosti o biologické podstatě medicinizovaných jevů, nicméně jsou takto vytrženy ze sociálního kontextu (tzn. nepřiměřené chování jako normální reakce na tíživou situaci). Podle Baudiše (in Baudiš, & Libiger, 2002, 71) tím navíc u lidí „*demobilizujeme jejich vlastní obranné schopnosti*“.

Nezbývá než konstatovat, že jde o otázku (a odpověď) značně problematickou a že jednoznačná kritéria pro to, co je duševní nemoc a kdo je duševně nemocný, chybí. Pro potřeby této práce proto budu považovat duševní nemoc za blíže nespecifikovatelnou kombinaci biologických, psychických a sociálních vlivů a předpokládat, že přechod mezi duševním zdravím (normalitou) a duševní poruchou (nenormalitou) je pozvolný (Baudiš, & Libiger, 2002). Pro záležitosti, na něž se dále zaměřuji, je ostatně důležitější, že „*duševně nemocným se ale člověk nepochybně stává v okamžiku, kdy je mu udělena role duševně nemocného*“ (Styx, 2003, 18). Toto pojetí – kde „*hraje systém psychiatrické péče zároveň referenční rámec normality*“ (Bodnár, 2010, 127) – je směrodatné i pro následující text. Termín 'duševně nemocný', respektive korektněji 'člověk s duševním onemocněním' budu tedy používat pro toho jedince, jemuž byla stanovena diagnóza psychické poruchy a/nebo se léčí či léčil v rámci systému psychiatrické péče.

2 Stigma duševní nemoci

Je pozoruhodné, že ačkoli nedokážeme uspokojivě vysvětlit, co je duševní nemoc, má takový dopad, je-li někdo označen za jejího nositele. V jistém smyslu se dotýčný stává – stejně jako tomu bylo v historii – společensky méněcenným, a lze tak hovořit o stigmatu duševní nemoci.

Slovo stigma má několik významů. Původně je to řecký výraz, označující tělesné znaky vytvořené (vypálené či vyřezané do těla) proto, aby upozornily, že jejich nositel je osobou nemorální (např. otrok nebo zločinec) a je vhodné se mu vyhýbat. Může jít také o tělesné známky typické pro určitou nemoc, což i zde souvisí s varovnou funkcí – např. potřeba izolace u lepry (Praško, 2001). V křesťanství se termín používá odlišně, a to pro pojmenování spontánně vzniklých krvácejících ran v místech, ve kterých byl Kristus přibit na kříž, což je považováno za důkaz svatosti (Baudiš, & Libiger, 2002). Dnes (a tedy i v této práci) se stigmatem rozumí zpravidla **silně diskreditující atribut**, současný význam se tedy blíží někdejšímu řeckému, avšak s tím rozdílem, že spíše než fyzický důkaz označuje hanbu samotnou (Goffman, 2003).

2.1 Proč společnost vyčleňuje odlišné?

Vyčleňování 'jiných' pravděpodobně plní nějakou společenskou funkci. Goffmann (ibidem) předpokládá, že aby mohla společnost fungovat, je třeba, aby její členové sdíleli jednotný komplex norem. Při jejich narušení musí být přijata nápravná opatření. Lze tedy mluvit o funkci **společenské kontroly**, která se používá proti těm, jež by mohli ohrožovat fungování society. Další teorií je **společenské přežití**, pro které je nutné někam patřit. Snažíme se dosáhnout přijetí, pochopení. Je-li zdroj společenského přežití někým ohrožen, vyčleníme ho. Thornicroft (2011) vyjmenovává i další společenské funkce: **posilování sebe sama a posilování sociální identity, ospravedlňování sebe, svého názoru a systému**. Podle některých je podstata biologická – **státní pud**.

Konkrétněji k duševní poruše: „*Sociologie chápe nemoc jako deviaci. Důvodem takového zařazení je společenská nežádoucnost tohoto stavu a odchýlení nemocného člověka od očekávání, které vůči němu společnost má*“ (Chromý, 1990, 15). Zdraví (aktivita a výkonnost) je navíc v hodnotovém žebříčku dnešní společnosti velmi vysoko. Často se hovoří o úzkosti a nejistotě, kterou psychická porucha u veřejnosti vyvolává.

„Diagnóza má společensky uklidňující účinek. Schopnost jev rozpoznat, zařadit, pojmenovat, vzbuzuje dojem, že je k dispozici i jeho kontrola“ (ibidem, 40). „Označí-li se určité projevy etiketou nemoc, vede to k uspokojení a působí magicky. Tím, že se nepochopitelné institucionalizuje, stává se pochopitelným“ (Dörner, 1971, in Janík, 1987, 80). V požadavku léčení duševních nemocí ústavní formou je „patrna bezradnost a bezmocnost laika při kontrole deviantního chování“ (ibidem, 115). Styx (2003) hovoří přímo o potřebě někde zamést utrpení. Pravidelně se objevuje i otázka, zda si lidé nedrží odstup od lidí s psychickými problémy ze strachu, že jsou oni sami duševní nemocí blízko. „Tato možnost je pochopitelně zneklidňující. „Příbuznost normy a patologie neděsí jen laiky,“ říká navíc Styx (ibidem, 38) ve spojitosti s ošetřujícím personálem na psychiatrii. Černoušek (1994, 9) cituje Dostojevského: „Ovšem tím, že člověk zavírá své bližní do blázince, nedokáže sám sobě, že on blázen není“.

S odhlédnutím od příčin, Dörner a Plog (1999, 22) připomínají: *„Každá společnost tím, že stanovuje hodnoty a normy, vyčleňuje takové lidi, kteří se nedají těmito normami pojmout, kteří jimi trpí, a tím mohou trpět zase další. Základní hodnotou v naší společnosti je povinnost umožnit těmto lidem důstojný život“.*

2.2 Proces stigmatizace

Účinnost snah zaměřených na odstranění stigmatu duševní nemoci spočívá na naší schopnosti porozumět procesu stigmatizace, faktorům, které se na něm podílejí, a mechanismům, kvůli kterým má stigmatizace škodlivé následky (Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004).

Existuje řada modelů vysvětlujících důvody, procesy i následky stigmatizace. Ty nejčastěji používané se ale obvykle shodují na základních složkách, a to existenci stereotypů, které se pojí s negativními emocemi a nakonec ústí v diskriminaci (např. Corrigan, 2000 nebo Thornicroft, 2011). Blíže popíšu klasický model Goffmana, ze kterého vycházejí mnozí další autoři, a v současnosti hojně používaný koncept Linka a Phelan.

2.2.1 Erving Goffman

Goffmanova sociologická koncepce stigmatu (2003) je jednou z nejznámějších. Vychází z předpokladu, že si během socializačního procesu osvojujeme určitý názorový

pohled na to, co je v naší společnosti běžné a přirozené. Sociální prostředí ustavuje různé kategorie osob a my bez větších problémů chápeme hlediska této kategorizace i to, jakými atributy by měli zástupci té či oné skupiny disponovat. Při styku s cizím člověkem tedy předvídáme jeho kategorii i atributy. Nevědomky vlastně k druhému přistupujeme s určitým normativním očekáváním – požadavky – ohledně chování a charakteru. Ke stigmatizaci dochází v případě, že osoba, s níž se setkáme, má atribut, který ji odlišuje od ostatních lidí její kategorie (tzn. zaujme svou jinakostí v porovnání s druhými), tento atribut nekoresponduje s naší představou (nesplní očekávání, založené na stereotypu), a jedná se o atribut nežádoucí (hodnocení se posune směrem dolů). Člověk obyčejný a celistvý (tedy s řadou propojených osobních a sociálních vlastností) je v naší perspektivě zredukován na méněcenného jedince s jedním dominujícím rysem (stigmatem). Na základě tohoto rysu máme tendenci dotyčnému připisovat řadu dalších, které se podle našeho názoru s takovým atributem pojí. Vzhledem k tomu, že tohoto člověka nyní považujeme za méněcenného, ho již plně nepřijímáme, neuznáváme, nevěnujeme mu takovou pozornost a ve výsledku tak snižujeme jeho životní šance – diskriminujeme ho. Vytváříme si také určité představy o tom, z jakých životních činností je člověk kvůli svému stigmatu vyloučen – **tzv. vnímané ohnisko stigmatu**.

V souvislosti s jinakostí jedince, která vyvolá proces stigmatizace, zmiňuje Goffman dvě hlediska. V situaci **diskreditovaného** je jeho jinakost druhým známá – buď je přímo viditelná, nebo se o ní dozvěděli dříve. U **diskreditovatelného** není jeho jinakost ani známá, ani ji nelze snadno zaregistrovat. Člověk s duševní nemocí se může nacházet v obou stavech – jednak záleží, zda je okolí informováno, ale i pokud není, mohou se s psychickou poruchou pojit určité viditelné znaky, např. jizvy u sebepoškozování, vpichy u závislosti na drogách, vyhublost u anorexie, tardivní dyskineze v důsledku užívání léků na psychotické poruchy, zmatenost u poruch zasahujících kognitivní funkce (Thornicroft, 2011) apod. S čím a jak se vyrovnává stigmatizovaný, závisí do značné míry právě na viditelnosti stigmatu (více viz kap. 4.2).

Propůjčené stigma (také sdílené stigma, asociační či asociativní, stigma ze spoluúčasti) znamená přenos stigmatu na blízké okolí (typicky na rodinu nebo pracovníky pečující o stigmatizovaného člověka nebo skupinu). Goffman hovoří o tzv. vypovídací vlastnosti vztahu s (v tomto případě vztahu s člověkem stíženým stigmatem duševní nemoci) a zmíněnou nakažlivost stigmatu považuje za důvod, „*proč se obecně lidé*

takovým vztahům vyhýbají nebo se ty, které již existují, snaží ukončit“ (ibidem, 42).

2.2.2 Bruce G. Link a Jo C. Phelan

Ke stigmatizaci dochází spojením čtyř prvků – labelingu, stereotypizace, separace a ztráty statusu s následnou diskriminací. Současná revidovaná verze navíc rozšiřuje model o emocionální reakce (Link et al., 2004).

Labeling (nálepkování, značkování, etiketizace): Ačkoli naprostá většina interindividuálních rozdílů není společensky významná, některé – např. barva kůže nebo sexuální preference – jsou pro společnost důležité velmi (nebo minimálně byly ještě v nedávné době). Mezi základní složky stigmatu patří jednak výběr té či oné lidské vlastnosti a jednak vytvoření nálepky – označení příslušné vlastnosti za nositele podstatné odlišnosti.

Stereotypizace: Označená odlišnost se spojí s nežádoucími charakteristikami (např. se vytvoří předpoklad, že osoba, která byla hospitalizována kvůli duševní nemoci, představuje riziko násilí).

Separace: Proběhne striktní oddělení běžné a odlišné – onálepkované – skupiny, rozdělení na 'my' a 'oni'. Je-li separace obzvláště důkladná, mohou členové stigmatizované skupiny přijmout stereotypy o sobě samých a začít na sebe pohlížet jako na zásadně jiné a podřadné.

Emocionální reakce: Nejedná se o samostatnou fázi, ale o doprovod všech ostatních. Emocionální reakce jsou rozhodující pro pochopení chování stigmatizujících i stigmatizovaných lidí. **Z pohledu stigmatizujícího** se identifikace mezilidských rozdílů, jejich spojení s nežádoucími vlastnostmi a separace označených osob pravděpodobně pojí s emocemi hněvu, podráždění, úzkosti, soucitu a/nebo strachu. Je pravděpodobné, že vyvolané emoce jsou důležité nejméně ze dvou důvodů. Za prvé je emocionální reakce postřehnutelná stigmatizovanou osobou a může jí tak poskytnout důležité sdělení o tom, že je na ni reagováno stigmatizujícím způsobem (např. jedinec, jenž cítí v přítomnosti člověka s duševním onemocněním nějakou kombinaci soucitu a úzkosti, může modulovat svůj hlas a mluvit k dotyčnému tiše a nepřírozeně klidným tónem, což mu signalizuje, že je k němu přistupováno z hlediska odlišnosti). Za druhé, emocionální reakce může formovat další chování ke stigmatizované osobě nebo skupině, a to prostřednictvím procesů identifikovaných atribuční teorií. Posouzení příčin nastalého negativního jevu (např. konkrétního příznaku nebo obecně duševní nemoci) bude mít značný vliv na to, co si

budou lidé o člověku myslet a jak se k němu budou chovat. **Z pohledu stigmatizovaného** jsou možnými emocemi rozpaky, stud, strach, pocity nepochopení, odcizení nebo hněv. Scheff (1998, in Link et al., 2004) například tvrdil, že emoce studu hrají u stigmatu ústřední roli a mohou mít pro stigmatizované osoby velmi škodlivé důsledky.

Ztráta statusu a diskriminace: Když jsou lidé označeni za odlišné kvůli nálepce spojené s nežádoucími vlastnostmi, je to dostatečný důvod pro devaluaci, odmítání a vyloučení. Diskriminaci se jednoduše řečeno rozumí odpírání přístupu k pozitivním záležitostem, které společnost poskytuje, a vystavování těm negativním. Výzkumy diskriminace lidí s duševním onemocněním se soustředí na oblast zaměstnání, síť sociálních vazeb, přístup k lékařské péči, pravomoci rozhodovat, vliv ve skupině nebo na to, v jaké míře se jim druzí vyhýbají, snižují jejich hodnotu a ignorují je. Vedle nejobvyklejší, tedy individuální diskriminace (např. odmítnutí osoby s duševním onemocněním, která žádá o zaměstnání), existují i jemnější mechanismy, skrze něž vede labeling a stereotypizace k negativním důsledkům. Jedním z takových je **systémová diskriminace** (také institucionální, strukturní nebo strukturální), kdy institucionální postupy fungují v neprospěch stigmatizované skupiny, a to i při absenci cílevědomé diskriminace ze strany jednotlivců. Například, financování léčby duševních onemocnění je v porovnání se somatickými nemocemi nedostatečné, a proto jsou léčebná zařízení pro takto nemocné osoby umístěna v odlehlých nebo jinak neodpovídajících lokalitách a panují v nich nevyhovující podmínky. Kulturní stereotypy dokonce mohou negativně působit prostřednictvím samotného stigmatizovaného člověka. Jedinec, který patří do stigmatizované skupiny, přijme předsudky i s příslušnými negativními emocemi za své, uvěří, že je podřadným členem společnosti a počítá s tím, že jí bude odmítán. Jedná se o tzv. **internalizované stigma** nebo **self-stigma** (např. podle Corrigan et al., 2010). Zahrnuje pocity studu, méněcennosti, selhání apod.

Tento model se příliš nezabývá tím, jaké signály vyvolají celý proces stigmatizace. Penn a Martin (1998) zmiňují pět faktorů – chování související s nemocí (např. mluvení se sebou samým nebo změněná afektivita), nedostatečné sociální dovednosti (např. chudý oční kontakt nebo potíže se setrváním u tématu hovoru), fyzický vzhled (fyzicky atraktivní osoby jsou vnímány příznivěji), nálepka sama o sobě (např. 'duševně nemocný', a to i v případě neexistence aberantního chování) a vnímání jedince jako nebezpečného (za

nebezpečné jsou považováni např. ti, o nichž se ví, že byli hospitalizováni na psychiatrii). Chromý (1990, 67) to uzavírá tak, že *„zdrojem nejsilnějšího odmítání jsou situace, kdy je nálepka veřejně známá, jedinec se chová v rozporu s normami a ve shodě s pocíťovanou stigmatizací“*.

3 Hospitalizace na psychiatrii

3.1 Základní informace o stávajícím systému psychiatrické péče v ČR

Jedná se propojený systém péče ambulantní, lůžkové a intermediární. Dle WHO (in Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013, 25) je „systém psychiatrické péče v Česku nejpodobnější zemím bývalého Sovětského svazu a Balkánu“ a „je charakteristický nízkým podílem psychiatrie na celkových zdravotních výdajích a koncentrací péče v psychiatrických léčebnách“. Počet uživatelů psychiatrické péče – ambulantní i ústavní – v posledních letech rapidně stoupá⁴ (což může být způsobeno několika faktory – vyšším počtem psychických potíží kvůli vzrůstajícímu stresu, větší informovaností veřejnosti, lepší dostupností péče, menším stigmatem psychiatrie, ale také psychiatrizací).

Česká republika patří mezi menšinové země v Evropské unii, které nemají vládní program péče o duševní zdraví. Důsledkem je nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, chybějící nebo nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá struktura lůžkové kapacity, nedostatek zařízení komunitní péče. Dostupnost psychiatrické péče je neuspokojivá, obor psychiatrie je v České republice dlouhodobě nedostatečně finančně zajištěn a jeho rozvoj je ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbáván a opožděn. Podhodnocen je i ve srovnání s tuzemskými somatickými medicínskými obory. Mimo jiné i proto, že z principu věci psychiatrie nevykazuje množství drahých instrumentálních výkonů, a diagnostická i léčebná vysoce specializovaná a psychicky náročná práce v psychiatrii je podceněná. Toto zanedbání oboru se projevuje ve všech jeho hlavních složkách – ambulantní, komunitní a lůžkové (Raboch, & Wenigová, 2012, 15).

Lůžková péče je poskytována na psychiatrických lůžkových odděleních nemocnic (v roce 2012 fungovalo v ČR 30 takových oddělení), v psychiatrických nemocnicích a léčebnách (v roce 2012 bylo 21 těchto zařízení, z toho 18 pro dospělé pacienty a 3 pro děti) a v ostatních lůžkových zařízeních, provozujících psychiatrické lůžkové služby (v roce 2012 šlo o 2 instituce) (ÚZISb, 2013).

Psychiatrická oddělení nemocnic mají pouze **lůžka akutní péče** – poskytují péči v akutních stavech, tj. po vzniku nebo zhoršení duševní poruchy, a to na dobu potřebnou k vyšetření, diagnostice a nastavení léčby (v roce 2012 byla průměrná ošetrovací doba 18,8 dne). Posléze je pacient odeslán do jiného segmentu psychiatrické péče (následné lůžkové

⁴ V roce 2012 bylo na ambulantních psychiatrických pracovištích ošetřeno 578 413 pacientů (oproti roku 2000 jde v dospělé populaci o nárůst téměř 60 %, u dětí o necelých 20 %) (ÚZIS ČR, 2013a). Proběhlo 59 385 hospitalizací (ÚZIS ČR, 2013b).

péče, ambulantní, intermediární/komunitní nebo specializované).

Samostatná zařízení (léčebny, dnes spíše psychiatrické nemocnice⁵) disponují jen ***lůžky následné péče***, vymezenými pro nemocné, kteří absolvovali akutní péči, ale jejich stav neumožňuje propuštění do jiných typů psychiatrických služeb ani do zařízení sociální péče. Průměrně doba pobytu v roce 2012 dosáhla 83,8 dne.

Vedle akutní a následné péče existuje ještě třetí typ, a to ***specializovaná lůžková péče*** (s lůžky akutními a/nebo následnými), která je orientovaná na určitou diagnózu (např. poruchy příjmu potravy nebo závislosti), věk (oddělení dětská či gerontopsychiatrická) nebo způsob léčby (např. psychoterapeutické zaměření). Většina specializovaných lůžek se nachází pouze v léčebnách/samostatných psychiatrických nemocnicích.

Ačkoli každý ze tří typů lůžkové péče vyžaduje specifické personální, věcné a technické vybavení, je výše popsaný rozdíl spíše oficiální (tzn. podle smluv s pojišťovnami) a v praxi neplatí. Více než polovina psychiatrických oddělení nemocnic (tj. zařízení akutní péče) není schopna akutní péči poskytovat (tedy nepřetržitě přijmout jakéhokoli psychiatrického pacienta). Naopak pro léčebny/samostatné psychiatrické nemocnice je dlouhodobě finančně výhodnější mít nasmlouvanou péči následnou (tomu pak odpovídá personální a jiné vybavení), ale zajišťují 86 % akutní lůžkové péče. Není příliš jasné, jakou péči které zařízení vlastně skutečně vykonává (Zrzavecká, in Raboch, & Wenigová, 2012). Odpovědí na tento problém může být právě změna psychiatrických léčeben v nemocnice. Hovoří se sice pouze o formální proměně názvu, podle některých odborníků ovšem půjde i o úpravu statusu. „Rozšíří se spektrum péče, dosud měly léčebny hlavně dlouhodobé pacienty, nyní se posílí i péče akutní. Léčebny ji poskytují už nyní, protože ji nemocnice jako špatně placenou na ně přesouvají a také kapacity ambulantí nestačí. Pojišťovny zatím akutní péči léčebnám prý neplatí, jako psychiatrickým nemocnicím by ji hradily“ (ČTK, 14. března 2013). Nicméně vzhledem k současnému nejasnému rozdělení a překryvu různých typů péče budu v následujícím textu hovořit o hospitalizaci na psychiatrii, aniž bych rozlišovala, zda jde o psychiatrické oddělení nemocnice nebo o samostatné psychiatrické zařízení.

5 Deset ze třinácti psychiatrických léčeben buď již změnilo nebo změní do konce roku 2013 svůj název na 'psychiatrické nemocnice' (ČTK, 14. března 2013).

3.2 Stigma hospitalizace na psychiatrii

Hospitalizace na psychiatrii je z mnoha důvodů významným zásahem do života člověka. Proč může být příčinou stigmatizace?

Hospitalizace na psychiatrii jako nálepka sama o sobě. Výstižně to vysvětluje např. Chromý (1990, 59): *„Odborné značkování představuje oficiální potvrzení deviace. Je třeba si uvědomit, že tuto roli často plní pouhý kontakt s psychiatrickým zařízením, zejména hospitalizace. ... Je nepravděpodobné, že by se lidé dívali na člověka propuštěného z psychiatrického zařízení jako na duševně zdravého, i když to odpovídá stanovisku odborníků.“*

Hospitalizace na psychiatrii jako získání psychiatrické diagnózy. Jedná-li se o prvokontakt s psychiatrií, bude pacientovi stanovena diagnóza (i v psychiatrické ambulanci je skoro 100 % návštěvníků označeno diagnózou [např. Baudiš, & Libiger, 2002]). Oficiálně se stane psychiatrickým pacientem, a tedy duševně nemocným. V této roli bude po propuštění pravděpodobně pokračovat v návazné ambulantní psychiatrické péči. *„Je téměř nepředstavitelné, že by člověk ... umístěný na psychiatrickém oddělení, byl opětovně vrácen do života s tvrzením, že je v tomto ohledu docela v pořádku“* (Styx, 2003, 168). A Thornicroft (2011, 178-179) potvrzuje setrvačnost nálepky: *„Z velké části nezáleží na vážnosti duševní nemoci ani na míře uzdravení; v jistém smyslu platí, že jakmile byl někdo jednou označen za 'pacienta s duševními problémy', je tato nálepka prakticky neodstranitelná“*.

Hospitalizace na psychiatrii jako nucený coming-out. Mnoho psychiatrických pacientů tají fakt o svých psychických potížích a psychiatrické léčbě. Hospitalizace ovšem možnost utajení značně komplikuje. Několikatýdenní až několikaměsíční pobyt v nemocnici znemožňuje plnění většiny sociálních rolí a absence člověka tam, kde obvykle býval, pochopitelně vyvolává otázky okolí po příčině. Je sice možné pravý důvod zamlčet a uvést jiný, méně diskreditující, nicméně kontrola těchto informací je náročná a ne vždy plně uskutečnitelná (blíže viz [kap. 4.2](#)).

Hospitalizace na psychiatrii jako přítěžující okolnost. Je pravděpodobné, že člověk, jehož léčba probíhá formou hospitalizace, bude veřejností považován za 'více nemocného'. *„Psychiatrické ambulance, psychiatrické kliniky a některá další zařízení (např. lázně) slouží pro lehčí případy duševních poruch, psychiatrická oddělení nemocnic*

pro 'těžší' a 'nejtěžší' případy jsou přijímány v psychiatrických léčebnách,“ říká Janík (1987, 128) a obecném pohledu společnosti. Hospitalizace na psychiatrii může vzbuzovat dojem závažnosti nemoci nebo nekontrolovatelnosti či nebezpečnosti člověka. Stereotypní pohled veřejnosti na svět 'za zdmi' psychiatrické léčebny ('blázinec' se zamřížovanými okny, lidé přivázaní k lůžku, přísný režim...) podněcuje myšlenku, že ti, kteří vyžadují takové zacházení, musí mít závažný problém a bylo by lepší se jim vyhnout (Verhaeghe, Bracke, & Christiaens, 2008). *„Laická veřejnost se domnívá, že do psychiatrických léčeben jsou umísťováni výlučně 'těžce' duševně nemocní jedinci. Proto i ten, kdo se v nich léčil, je považován za extrémně duševně nemocného. Informace o tom, že by se v léčebnách léčily všechny formy psychických poruch, společnost jako celek nemá“* (Janík, 1987, 128). Veřejnost *„podle použitých sankcí hodnotí závažnost poruch u duševně nemocného“* (ibidem, 128) a *„samy konkrétní projevy v tomto procesu značkování u laické veřejnosti nemají určující význam“* (ibidem, 73). Psychiatrické léčebny mají oproti psychiatrickým oddělením nemocnic ještě horší pověst, *„jsou více izolovány, přijímají prognosticky horší klientelu“* (Baudiš, & Libiger, 2002, 117). Obrazu psychiatrické instituce příliš nepomáhají média – v tisku i televizních zprávách je hospitalizace na psychiatrii zmiňována obvykle v souvislosti s nařízeným ochranným léčením, a to nejčastěji sexuálních násilníků (dalším tradičním zájmem médií je hospitalizace osoby veřejně známé), ve filmech bývají psychiatrická zařízení mnohdy líčena zkresleně. Výzkumy tyto skutečnosti potvrzují, např. polská studie (Cechnicki, Angermeyer, & Bielańska, 2011) zjistila, že veřejný obraz je negativnější v případě duševně nemocného, který byl několikrát hospitalizován na psychiatrii, a že tito lidé mají častější zkušenost s odmítnutím v interpersonální vztazích.

Zážitky během hospitalizace na psychiatrii jako zdroj stigmatu. Bylo shledáno (např. Ritter, & Marcussen, 2007), že psychiatrická hospitalizace snižuje kvalitu života, a to především prostřednictvím vlivu na sebeúctu a mezilidské vztahy. Ačkoli existuje řada nesporných pozitiv, jež člověku přináší léčba formou hospitalizace na psychiatrii, existují i jistá negativa. Jak přispívá sám průběh hospitalizace na psychiatrii ke stigmatizaci člověka, který ji absolvuje?

3.2.1 Kritické momenty hospitalizace na psychiatrii

Negativní důsledky stigmatizace osob léčících se s psychickými potížemi byly opakovaně potvrzeny, nicméně faktory, které tyto stigmatizující zážitky zapříčiňují, jsou

studovány jen málo. Velmi opomíjen je výzkum bezprostředního vlivu psychiatrické léčby na stigma. Šetření zaměřené na konkrétní stigmatizující zážitky lidí trpících schizofrenií během jejich pobytu na psychiatrii (Lee, Chiu, Tsang, Chui, & Kleinman, 2005) rozdělilo nežádoucí, se stigmatem související zkušenosti do pěti kategorií – neadekvátní informace, negativní postoje zaměstnanců, příliš výrazná omezení (pacienty pocíťovaná spíše jako trest), špatný systém vyřizování stížností a nespravedlnost ve využívání služeb závodního stravování (zvláštní stravovací ceremoniál založený na skupinové hierarchii z hlediska prestiže zaměstnanců zažíval i Janík [1987]). Respondenti dále uváděli, že byli personálem sledováni během sprchování a byli nuceni uklízet (Stumme [1971, in Janík, 1987, 133] dokládá, že pro tyto požadavky „se často volí krycí název 'pracovní terapie'“ a podle Thornicrofta [2011, 101] jsou tyto „nucené práce, kdy se hospitalizovaným pacientům nařizuje, aby vykonávali neplacenou práci jako formu 'pracovní terapie'“ zneužíváním lidských práv). Dnes slavný experiment Rosenhana (1973) ukázal fenomén presumpce nemoci a s ním spojenou interpretaci běžného chování člověka jako příznaku duševní poruchy. Scheff (1966, in Verhaeghe, & Bracke, 2008) zdůraznil význam pozitivních vzájemných vztahů během hospitalizace na sebehodnocení jedince, protože stigmatizace se objevuje i mezi pacienty – používají stereotypy duševně nemocného sami mezi sebou (Goffman [2003, 124] uplatňuje pojem 'sebezrazující druh stratifikace', kdy člověk „k těm, kdo jsou stigmatizováni zjevněji než on, pak může zaujmout tytéž postoje, jaké k němu zaujímají normální“). Verhaeghe a Bracke (2008) ověřovali souvislost self-stigmatu a konkrétních faktorů hospitalizace na psychiatrii a zjistili, že k nižšímu self-stigmatu vedla pozitivní skupinová atmosféra na oddělení (ve smyslu zapojení pacientů a skupinového ducha), individuální léčba (pokud nenarušovala atmosféru ve skupině) a menší oddělení.

Předně je potřeba si uvědomit, že pozice člověka na psychiatrii může být velmi citlivá (a to i v případě dobrovolné léčby). Je vytržen z prostředí, na které byl zvyklý (byť životní okolnosti mohly být značně nevyhovující a změna žádaná) a to, v němž se ocitá, je neznámé a zvláštní. Aktuálně se může cítit bezmocně, protože k hospitalizaci obvykle dochází až ve chvíli, kdy byly veškeré ostatní možnosti vyčerpány (jak vnitřní adaptační mechanismy jedince, tak vnější strategie, jak dotyčnému pomoci). Jeho blízká budoucnost je velmi nejistá. Běžné nepříjemné pocity vyplývající z takové situace budou ještě komplikovány některými z pestré škály příznaků doprovázejících duševní poruchu. Je nucen opakovaně vyprávět cizím lidem o svých potížích („už jen vlastní pocit, že člověk

selhal, může být zdrcující“ [Thornicroft, 2011, 182]), a to navíc těm, kteří jsou v postavení 'zdravých a schopných' (tzv. 'syndrom pomáhající profese' označuje „fakt, že lidé poskytující péči pocítují kategorický rozdíl mezi sebou – jako zdravými, chodícími příklady zdraví – a lidmi, které léčí – tj. nemocnými, slabými a závislými“ [ibidem, 121]). Člověk také často přichází po určité době sociální izolace, „vlivem nemoci se znemožní v zaměstnání, způsobí rozvrat rodiny, vytvoří kolem sebe nepříznivé sociální klima“ (Styx, 2003, 26), a tedy s neuspokojenými potřebami kontaktu, akceptace, lásky a bezpečí. „Někdy je snaha nalézt bezpečí a bezpečný vztah základním motivem pro vyhledání psychiatrické pomoci,“ jedinec hledá kladnou odezvu a oporu, často navíc potřebuje najít pozitivní vztah k sobě samému (ibidem, 38). Ošetřující tým je pro něj tedy velmi významným a vlivným zdrojem mezilidského kontaktu. V léčbě psychických poruch je ostatně vztah mezi zdravotníkem a pacientem asi nejpodstatnějším terapeutickým prostředkem (Baudiš, & Libiger, 2002).

Podle teorie sociálního zrcadla se člověk „neustále prožívá a uvědomuje ve společnosti, jejíma očima se hodnotí a pozoruje, jejími normami se měří“ (Styx, 2003, 11). To, jak se k člověku chovají druzí, bude mít tedy pravděpodobně velmi výrazný vliv na to, jak bude sám na sebe pohlížet – jakého člověka v sobě uvidí. Chování zdravotníků bude pro pacienta informací o jeho statusu, poskytovaná péče a zájem sdělením o jeho lidské hodnotě (ibidem). Nedostatek zájmu, akceptace a respektu, nadřazenost zdravotníků, odcizení od 'světa venku' omezením kontaktu s blízkými a prostředím diametrálně odlišným od domova, neuspokojování základních psychických potřeb a hodnot, to vše může u člověka vést k dojmu, že je jiný než ostatní – horší, že si nezaslouží lepší podmínky, že nestojí za pozornost a/nebo že není zcela schopný samostatného života.

Jenže ještě v nedávné minulosti nepanovaly na psychiatrii příliš důstojné podmínky, což mohlo, platí-li, že „člověk si o sobě utváří takový obraz, jaký mu odráží sociální okolí“ (ibidem, 155), zapříčinit pokles sebehodnocení, zvláště po hospitalizaci trvající několik měsíců. Běžnou praxí byla prohlídka osobních věcí, odnětí některých z nich (případně všech), přidělení nevzhledného ústavního oblečení, omezení kontaktu s blízkými (včetně telefonického) a s 'vnějším světem' (Janík [1987] hovoří o 'zónách nikoho' neboli 'black box'), omezení svobody pohybu (na jedné straně povolení vycházek či propustek závislé na hodnocení zdravotníků, na straně druhé notoricky známá existence mříží na oknech, dveří bez klik i síťových lůžek), umístění do strohého a ponurého nemocničního

prostředí, zbavení soukromí (ložnice až pro dvacet osob) atd. (např. Janík, 1987, Chromý, 1990, Dörner, & Plog, 1999, Styx, 2003). Postoj ošetřujících k pacientům charakterizoval Corrigan (2000) třemi faktory – autoritářstvím (duševně nemocný je v podstatě méněcenný, lékař ví nejlépe, co je pro něj dobré, a může si to v případě potřeby vynutit), sociální restrikcí (pacient je nebezpečný a je třeba jej oddělit od zbytku společnosti) a shovívavostí (ochranářský přístup podobný rodičovskému zacházení s dítětem). Tak či onak byl pacient vnímán jako nedostatečně kompetentní, aby o sobě rozhodoval (nebo se dokonce jen účastnil dialogu ohledně své léčby). Za profesionální se považoval emočně neutrální přístup, kdy „*je profesionalitou myšlen postoj 'jako-by'*“ (Styx, 2003, 38). Výsledkem byl lidsky nezúčastněný, nekomunikující personál, provádějící zautomatizované činnosti, odmítající poskytnout informace o diagnóze, prognóze, užívané medikaci i budoucím průběhu léčby. Centrem života nemocného se stala jeho nemoc, nemocnice a podobně postižení lidé (ibidem). Podle Dörnera a Plog (1999, 17) vznikla takovým jednáním personálu „*typická mrtvolně pasivní atmosféra na oddělení, kdy většina pacientů mlčky posedává se svým očekáváním, se sestrami navazují kontakt pouze v případě podávání léků, ... prožívají svoji nemoc každý sám pro sebe jako absolutní*“.

V posledních letech došlo v psychiatrii k výrazným změnám, humanizaci. I v současné době prochází psychiatrická péče rozsáhlou reformou. Na druhou stranu je všeobecně známo, že oblast psychiatrie je vůči změnám poměrně odolná (psychiatrické léčebny a jejich uzavřená oddělení zejména). „*Ani u nás neprobíhá implementace nové koncepce psychiatrie očekávaným tempem. Přijetí koncepce odbornou psychiatrickou veřejností je spíše deklarované, než skutečné*“ (STEM/MARK, 2004, 7). „*Psychiatrická péče v ČR nedoznala od počátku 90. let 20. století žádné zásadní systémové změny a potýká se s dlouhodobou podfinancovaností*“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013, 10). Lze se tedy domnívat, že výše popsané charakteristiky dřívějšího období budou mít vliv, byť v pozměněné podobě, i dnes. Podle Styxe (2003, 170) „*genius loci (ač v humannější podobě) v zásadě setrval*“. Mezi slabá místa, na které je dnes poukazováno, patří nevyhovující – odlidštěné – prostředí, nedostatek komunikace a informací ze strany personálu, presumpce nemoci (a interpretace chování jako patologického příznaku) a nadměrné používání omezujících prostředků. Opakovaně se upozorňuje na předsudky, které mají vůči lidem s duševní nemocí sami zdravotníci (blíže viz [kap. 5.6](#)). Nicméně zodpovědně a uceleně popsat soudobou podobu (a případné stigmatizující skutečnosti,

kteřé přetrvávají z dřívějška) hospitalizace na psychiatrii je poměrně složité – zaznívají jak pozitivní, tak negativní hlasy, které lze jen těžko sloučit v jednotný obraz (velké rozdíly bývají i v rámci jedné léčebny mezi jednotlivými odděleními). Jiné informace vycházejí z odborných šetření (v souvislosti s nimiž je ale zřejmě nutné brát v úvahu postřeh Černouška [1994, 116] o tom, že „výzkumníci a lékaři odejdou a pak v blázincích zavládne jiný duch“), jiné od lékařů, jiné od samotných pacientů (kteří si v zahraničí někdy říkají 'survivors', tedy 'přeživší psychiatrickou hospitalizací', což poměrně výstižně vykresluje jejich názor).

Léčebny se soustředí na zlepšování péče. Mají plány zvyšování kvality služeb, audity interní i externí, dotazníky pro měření spokojenosti pacientů, informační brožurky o vnitřních normách, právech pacientů a dalších údajích, které ulehčují orientaci hospitalizovaných. Zaměřují se také na uspokojování psychologických a sociálních potřeb pacientů, které chápou jako klíčové. Vztah personálu a pacienta dnes bývá více partnerský, s nemocným jsou probírány možnosti terapie a v součinnosti vytvářen léčebný plán (PL Horní Beřkovice, 2006, PL Brno, 2008, Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, 2012).

Agentura STEM/MARK (2004, 7-8) nicméně konstatuje, že: *Moderní prvky směřující k vyšší samostatnosti a sebedůvěře pacientů aktivně podporují a prosazují uvnitř psychiatrické odborné obce spíše jen osvědčení a nadšení jednotlivci a většina ostatních tyto změny pouze pasivně chápe a přijímá jen do okamžiku, než začnou představovat nějakou konkrétní komplikaci nebo zátěž. Mnoho psychiatrů dospívá k potřebě otevřenější komunikace s pacienty až na základě tlaku ze strany pacientů, který je v poslední době patrný. Podobný problém ukazuje i postoj k informovanosti pacientů, který by bylo možné shrnout do věty 'ať se pacienti někde lépe informují, a pak s nimi budeme lépe komunikovat'. Zapojování rodiny a přirozeného zázemí pacientů do léčebného procesu je pro mnoho psychiatrů nepřijatelnou komplikací, která může jejich práci s pacientem spíše narušit(!). Alarmující je zjištění, že asi polovina psychiatrů se domnívá, že pacient není schopen hodnotit kvalitu poskytované péče a že v psychiatrii není možné využít k hodnocení kvality měření spokojenosti pacientů (!) (zcela běžné např. ve Velké Británii).*

Kancelář veřejného ochránce práv (Baudiš, 2008, Varvařovský, 2010) zjistila během návštěv psychiatrických léčeben například následující: Vzhled a vybavení oddělení je stále nepřirozený a ústavní, s velkým počtem lůžek na jednom pokoji (až sedmnáct). V podstatné míře je oděv pacientů pořád stigmatizující – trvá zažité režimové pravidlo používání pyžam nebo ústavního oblečení nedůstojného tím, jak vypadá (někde nosí lidé i tzv. anděla), a to na odděleních, v areálu léčebny i přilehlém okolí. Pacienti mají nedostatek informací o svých právech a povinnostech. Není respektováno soukromí, např. probíhá hromadné sprchování, navíc za přítomnosti zdravotníků opačného pohlaví, na toaletách dochází ke kamerovému monitorování a v některých zařízeních chybí na WC dveře (výjimečně i kabinky). Zamykání ložnic pacientů přes den (z organizačních, nikoli terapeutických důvodů) vede k jejich shromažďování v rušných

průchozích společných prostorách bez soukromí a k polehávání v křeslech a na podlaze. Není vždy umožněn každodenní pobyt na čerstvém vzduchu. Omezovací mechanické prostředky bývají užívány dlouhodobě a více než k ochraně zdraví dotyčného z důvodu nemožnosti zajistit mu dohled. Je nedostatečně zabezpečena ochrana práv osob (v praxi je jedinou možností spoléhat se na podporu rodiny nebo přátel).

Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) po svých dvou návštěvách (2006, 2011) v několika léčebnách upozorňuje, že je potřeba věnovat větší pozornost výzdobě v pokojích pacientů (byly strohé a neosobní, vybavené pouze postelemi a nočními stolky). Některé ložnice byly přes den uzamčené a lidé měli velmi omezený životní prostor (dále např. na jednom z oddělení sloužila společná koupelna také jako kuřárna a byl omezen přístup ven – v této souvislosti delegace požaduje alespoň hodinu pobytu venku denně a také to, aby vycházky nebyly zakazovány jako forma trestu). Dobrovolní pacienti neměli vždy možnost opustit léčebnu. Od několika pacientů obdrželo CPT obvinění z fackování a jiného hrubého chování personálu k rozrušeným pacientům. Také zdůrazňuje, že osobitě oblečení napomáhá posílení osobní identity a sebevědomí a pacienti by neměli trávit celý den v pyžamu. Dlouhodobě chybí legislativa, která by upravovala právní postavení nedobrovolných pacientů. Je nicméně nutno zmínit, že jak CPT, tak ombudsman zaznamenali také řadu pozitivních skutečností, se kterými se lze seznámit ve zprávách z návštěv těchto delegací. Podrobná analýza dalece přesahuje možnosti této práce.

Audit práv a etiky léčby v psychiatrických léčebnách (APEL, 2003) realizoval šetření ve čtyřech lůžkových psychiatrických zařízeních, aby orientačně porovnal kvalitu péče z hlediska lidských práv osob s duševním onemocněním. Dobrovolně hospitalizovaným pacientům byla omezena možnost samostatných vycházek. Někde jim byly odebrány osobní doklady a nebyly vydány ani na dovolenky (pacienti dostali pouze potvrzení, že jsou na propustce z psychiatrické léčebny – tato praxe plyne údajně ze strachu personálu ze ztráty dokladů). Není zvykem umožnit pacientům přístup k vlastní zdravotní dokumentaci (ani je informovat o takové možnosti). V jedné léčebně jsou pacientům odebírány mobilní telefony. Chyběl formalizovaný systém pravidel pro podávání stížností. Stále problematické je fyzické omezování pacientů. Budovy psychiatrických léčeben jsou velmi staré a často ani po nákladných rekonstrukcích nemohou poskytnout pacientům dostatečnou kvalitu prostředí a ubytování srovnatelnou s běžnými zdravotnickými zařízeními. Umísťování pacientů na uzavřená oddělení se ne vždy řídí skutečnou potřebou danou zdravotním stavem, ale kapacitou otevřených oddělení.

Český psychiatr (Jarolímek, 2009) říká: *Každodenně se setkávám s podobnými případy, jako je tento: Studentka se dostane na příjem psychiatrické léčebny, protože se snažila přeplovat Vltavu, když byly mrazy. Přijela sanitka, zabalili ji do deky a se slovy 'někam vás odvezeme do tepla' ji bez dalšího vysvětlování naložili a vysadili v Bohnicích. V přijímací kanceláři se s ní nikdo o ničem nebavil, vzali ji osobní věci a dali do igelitového pytle, nikdo jí nevysvětlil, kde je, proč tam je, že bude nutné užívat léky a na co ty léky jsou. Počáteční zkušenost s psychiatrickou péčí se v 80 procentech případů odehrává v psychiatrických léčebnách, na místě, kde personál má*

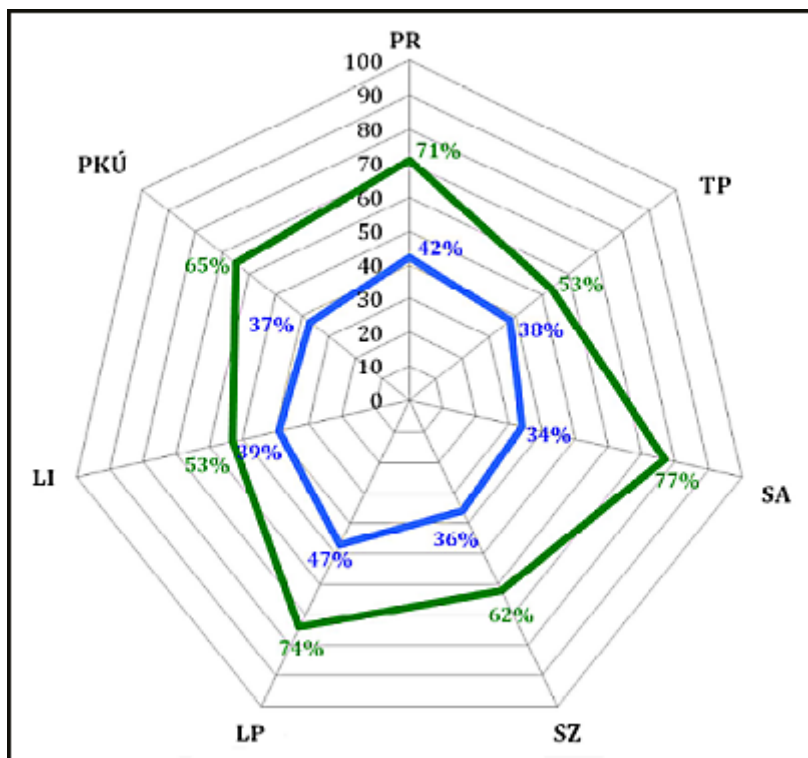
strašně málo času, na oknech jsou mříže, některé pokoje jsou po dvanácti lůžkách. Rodiče, kteří tam druhý den přijdou, potkávají utlumené pacienty pod vlivem léků, jak se šourají v županech po chodbách, vidí svou dceru na posteli. Holka je ztuhlá, protože nevěděla, kde je, co je, proč stojí nahá na vyšetřovně, začala kolem sebe mlátit a rozmlátila třeba lékovou skříňku, dostala injekci a vytuhla. Kdyby se bránila ještě víc, tak ji přikurtují k posteli.

Projekt **KVALITA OČIMA PACIENTŮ** (STEM/MARK, 2012, 2-5) měřil kvalitu zdravotní péče (z perspektivy pacientů) na lůžkových odděleních fakultních nemocnic a v psychiatrických léčebnách. Šetření potvrdilo, že kvalita zdravotní péče je na velmi dobré úrovni s nadstandardním hodnocením. Z výsledků je patrné, že spokojenost pacientů s poskytovanou péčí roste. U psychiatrických léčeben došlo k největšímu zlepšení průměrného výsledku během posledních dvou let. V psychiatrických léčebnách pacienti nejvíce postrádají dostatek informací. Při podrobnějším rozboru se ukazuje, že by si přáli častěji hovořit s lékařem, než se jim při pobytu v léčebně daří. Přes drobná dílčí zlepšení zůstávají slabiny českého zdravotnictví podobné se zjištěními v předchozích letech: Pacienti při propuštění z nemocnice často neví, kdo byl jejich ošetřujícím lékařem. Srozumitelnost odpovědí lékařů se mírně zlepšila, ale stále zůstává hluboko pod požadovaným standardem. Nízko hodnocený indikátor je 'dostatek informací o zdravotním stavu a dalším průběhu léčby'. S výše uvedenými slabunami souvisí také nízké hodnocení důvěry v ošetřujícího lékaře a ošetřující sestry. Další zlepšení vyžadují také dlouhodobě nízko hodnocené indikátory 'čistota toalet a sprch' a 'doba ranního buzení'.

V rámci Mapování stavu psychiatrické péče v ČR (Kališová, in Raboch, & Wenigová, 2012, 84-85) byla hodnocena kvalita péče v psychiatrických léčebnách (zejména na odděleních pro pacienty s dlouhodobým průběhem psychóz, celkem šlo o patnáct oddělení v osmi psychiatrických léčebnách) a v zařízeních chráněného bydlení (celkem čtyři taková zařízení komunitního typu). Metodou hodnocení kvality péče byl dotazník, který vyplňoval pracovník podrobně obeznámený s chodem zařízení (tj. primář, vrchní sestra, hlavní terapeut aj.). Obr. 1 poskytuje přehled dosažených skóre v jednotlivých oblastech hodnocení u psychiatrických léčeben a u chráněných bydlení. Výsledky shrnují, že: Pacienti psychiatrických léčeben mají většinu aktivit danou režimem oddělení, provoz oddělení probíhá bez aktivního zapojení nemocných. Jsou umístěni na poměrně velkých odděleních pro až 55 osob, téměř 10 % nemocných naplňovalo právní podmínky nedobrovolného přijetí či léčby. Personální obsazenost sledovaných oddělení byla velmi omezená a z toho důvodu chybí individualizovaný přístup k pacientům. Celkově odpovídá péče v psychiatrických léčebnách (ve srovnání s chráněným bydlením) nižší kvalitě zejména v oblastech podpory samostatnosti a autonomie, v míře sociálního začlenění a v uplatňování konceptu praxe vedoucí k uzdravě (tj. míra zahrnutí uživatelů péče do procesu plánování péče a léčby, míra zahrnutí zařízení do místní komunity, podpora autonomie uživatelů péče a očekávání personálu týkající se uzdravy uživatelů péče).

PR: Prostředí
TP: Terapeutické prostředí
 – personál
LI: Léčebné intervence
SA: Sebepečce a autonomie
SZ: Sociální začlenění
LP: Lidská práva
PKÚ: Praxe k úzdavě

■ PL
■ Chráněná bydlení



Obrázek 1: Procentuální hladiny kvality péče (Raboch, & Wenigová, 2012).

Lze tedy diskutovat nad tím, v jaké míře plní psychiatrické instituce s lůžkovou péčí svou funkci. (Sebe)kritika současného stavu opakovaně zaznívá z úst psychiatrů, ředitelů psychiatrických léčen, Ministerstva zdravotnictví a jiných. Zdůrazňují potřebu deinstitucionalizace a humanizace péče. „*Současná česká společnost rigidně spočívá ve vývojovém stupni, který je výsledkem konceptu psychiatrické péče jako specifické instituce sloužící k exkludování duševní patologie s důrazem na vyčlenění symptomaticky odlišné skupiny z centra společnosti. ... V těchto souvislostech je vhodné hodnotit nejdůležitější určující prvek systémové stigmatizace – doposud přetrvávající systém institucionální psychiatrické péče coby těžiště psychiatrické péče v ČR*“ (Bodnár, 2010, 126). Dörner a Plog (1999, 299) už jen uzavírají, že „*v této společnosti, chápané jako ekosystém, jako krajina našeho života, se lze pohybovat jen tehdy, když instituce, ve kterých se tomuto pohybu učíme, neslouží jako odkládací prostor, ale jsou kritickými místy a součástí celku*“.

4 Následky stigmatizace a způsoby jejich zvládání

Podle Goffmana (2003) má stigmatizovaný jedinec podobná měřítko jako zbytek společnosti, v níž žije, a tedy velmi dobře vnímá svou jinakost. Chápe, že nesplňuje požadavky na to, jaký by měl být. Jak se může vyrovnávat se svou odlišností a s tím, co přináší? Jak zvládá stigmatizaci?

4.1 Konkrétní prostředky zvládání stigmatu

Goffman (ibidem) popisuje například tyto techniky:

- pokusit se **odstranit to, co je podle něj příčinou** (např. nelze-li změnit vlastní kompromitující psychický stav, může se jedinec alespoň snažit zbavit nálepky psychiatrického pacienta tím, že psychiatra přestane navštěvovat);
- sám před sebou i před jinými **popírat**, že by se nějak lišil od ostatních (což může mít i pozitivní dopady);
- pokusit se **vyniknout v něčem, co by** – v souladu se stereotypy ohledně lidí jeho kategorie – **neměl zvládat**, aby se nepotvrdila očekávání (např. člověk po depresivní epizodě může zvýšit pracovní úsilí, aby vyvrátil předsudek o lenosti či slabé vůli);
- „*odvrátit se od takzvané reality a zatvrzele se pokoušet o nekonvenční interpretaci charakteru své sociální identity*“ (ibidem, 19);

Volně sem lze zařadit **zdůrazňování pozitivní odlišnosti**, to znamená některé favorizované charakteristiky stigmatizované skupiny. V souvislosti s lidmi s duševní nemocí hovoří Struch et al. (2008) o čtyřech takových vlastnostech – větší citlivosti a starostlivosti, kreativité, intenzivnějším prožívání a o lepším porozumění problémům a utrpení jiných.

- **zhodnotit svůj zážitek jako přínosnou, smysluplnou zkušenost** (která člověka např. naučila něco o něm samém či jiných lidech, nebo díky které se naučil radovat z maličkostí apod.).

Thornicroft (2011) dodává další dvě možnosti:

- **otevřeně přijmout duševní nemoc i její stigma** – přímé sdělení faktu o vlastní odlišnosti má „*zabránit reakcím, jako je opovržení, soucit či pohrdání ... druzí tak mají možnost vidět člověka samotného namísto jeho postižení*“ (239), nicméně je nutné učinit to bez známek sebelítosti nebo vzteku;

- **externalizovat příčiny** stigmatizace, tzn. považovat za důvod spíše vnější faktory než vlastní selhání (např. ostatní lidé jsou příliš hloupí, než aby dokázali pochopit, co je deprese).

Link et al. (2004) pracují s myšlenkou pěti copingových strategií:

- **utajování;**
- **vyhýbání se lidem a stažení se ze společnosti;**
- **vzdělávání druhých** (poučení ohledně duševních nemocí);
- **vznesení námitky** – konfrontace v případě styku s předsudky a diskriminací (poukazování na stigmatizační chování, pokud k němu dojde, a nesouhlas s lidmi, kteří stigmatizují);
- **kognitivní distanc** – distancování se od vlastní stigmatizované skupiny (dotyčný zdůrazňuje, že jeho problémy jsou velmi odlišné od ostatních osob s duševním onemocněním a že s takovými lidmi má jen málo společného, tzn. 'není jako oni').

Link s kolegy (Link, Mirotznik, & Cullen, 1991) zkoumali účinnost prvních tří copingových strategií a zjistili, že ani jedna nesnížila negativní dopady – nezaměstnanost a psychickou tíseň. Ve skutečnosti spíše produkovaly více škody než užítu (v souvislosti s vyhýbáním se lidem). Na základě toho argumentují, že stigma je problémem společnosti a nikoli jedince, a není tedy v jeho moci jej překonat pouze vlastní snahou.

K příznivějším výsledkům ohledně efektivity copingu ovšem dospěli Corrigan et al. (2010) ve svém výzkumu zvládání self-stigmatu skrze **coming-out** (zveřejnění informace o vlastní duševní nemoci a/nebo psychiatrické léčbě), který považovali taktéž za způsob zvládání. Zjistili, že coming-out byl převážně pozitivní a povzbuzující zkušeností, po níž byli lidé spokojenější (snížil se negativní vliv self-stigmatu na kvalitu jejich života). Ti, kteří prozradili okolí pravdu, používali dva copingové postupy, vycházející z výše uvedených stylů zvládání:

- **sebepotvrzovací strategie** – člověk chce řešit stigmatizaci a udržovat si sebeúctu, stigma je v jeho pojetí chápáno jako nespravedlivá vnější síla, na kterou by mělo být přímo reagováno (poučením druhých, vznesením námitky apod.);
- **povznesení se** – jedinec považuje celou stigmatizující situaci za irelevantní (buď sníží její význam nebo externalizuje příčinu).

4.2 Diskreditovaný vs. diskreditovatelný

Jak již bylo řečeno, s čím a jak se vyrovnává stigmatizovaný, závisí do značné míry na viditelnosti stigma.

Diskreditovaný (jeho jinakost je známá nebo patrná na první pohled) se setkává s napětím panujícím při společenském kontaktu a s omezeními plynoucími z nepřijetí. Dochází například k „*narušení obvyklého schématu interpretace každodenních událostí*“ (Goffman, 2003, 24) – okolí má sklon citlivěji vnímat jakékoli nepatrné odchylky v jeho chování (nad kterými by se u člověka bez nálepky nepozastavilo) a shledávat v nich symptomy jeho poruchy (např. podrážděná reakce bude u člověka s psychickou poruchou považována za příznak emoční nestability, kdežto u člověka bez nálepky buď za zcela normální chování, nebo bude připsána vnějším okolnostem). Na druhé straně budou některé jeho výsledky, které on sám nebude považovat za nic výjimečného – nicméně nebudou v souladu se stereotypy o člověku jeho kategorie –, vzbuzovat úžas (lidé se budou v podstatě divit tomu, že je v některých ohledech 'normální').

Vlivem zkušeností s nepříjemnými reakcemi okolí se člověk může začít vědomě či nevědomě předem chránit. Goffman (ibidem) to pojmenovává jako preventivní obranné příkrčení. Nebo naopak může čelit nepřátelskou statečností. Ať jde o snahu zakrýt pocit méněcennosti, obrannou strategii nebo úmysl působit 'co nejnornálněji', mohou druzí tyto techniky stigmatizované osoby zaznamenat a v souladu s tím se chovat.

Velmi často se objevuje tendence omezit sociální interakce s lidmi, kteří vědí o diskreditujícím statusu dotyčného a mají k jeho stigmatizování sklon. Jedinec se tedy může rozhodnout stýkat se pouze s těmi, oproti kterým odlišný není – tedy s lidmi se stejnou nálepkou (příp. s jinou odlišností, protože i ti budou mít podobnou zkušenost a tedy pochopení). Výhodou je, že bude přijímán jako zcela běžný člověk, bude moci být 'mezi svými' uvolněný (nesnažit se kontrolovat, nemuset se stydět). Reálnou hrozbou nicméně je, že toto homogenní společenství 'postižených společenským odmítnutím' bude zaměřeno výhradně na problém, špatné zážitky, na opoziční postoj vůči většinové skupině – Goffman tomu říká „*sestup do polosvěta*“ (ibidem, 31).

Podstatný jev související s konsekvencemi stigmatizace objevil Pinel (1999, in Thornicroft, 2011, 180). Koncept tzv. vědomí stigma říká, že pokud jsou lidé přesvědčeni, že ostatní o jejich stigma ví, „*budou s menší pravděpodobností usilovat o zpochybnění nebo odmítání stereotypů o jejich zdravotním stavu; jinými slovy, lidé*

očekávající diskriminaci ji ve chvíli, kdy nastane, s větší pravděpodobností akceptují“. Nicméně jde jen o jednu možnost reakce na stigma (vedle které stojí, mimo jiné, Goffmanem popsaná opačná strategie – snaha nepotvrdit předsudečná očekávání).

Může se zdát, že situace **diskreditovatelného** (jehož odlišnost není známá) je výhodnější – má možnost volby, jestli svou odchylku prozradí. Psychické onemocnění lze do určité míry tajit. To s sebou přináší opakované zvažování, komu, kdy, kde a jak tuto skutečnost sdělit. Mnoho lidí důkladně vybírá, komu se svěří. Někteří se preventivně vyhýbají situacím, kdy by bylo nutno na sebe něco prozrazovat, nebo kdy by hrozilo odhalení – **záměrně si udržují odstup** a brání se intimnějším vztahům. Jiní se kontaktu nevyhýbají, ale **důležité informace tají**. Mnoho lidí **zveřejňuje pravdu selektivně** – sdělí ji malé skupině lidí (těm, kteří by to pravděpodobně stejně zjistili a od nichž se dá očekávat porozumění) (Thornicroft, 2011). V rámci selektivního zveřejňování rozlišuje Herman (1995) terapeutické a preventivní zveřejnění. Terapeutické zveřejnění má katarzní funkci – zmírňuje pocity frustrace a úzkosti a zátěž plynoucí z utajování. Aby došlo k úlevě, je nutné vhodné publikum, to znamená podporující, důvěryhodné, empatické a neodsuzující. Preventivní zveřejnění je selektivní zveřejnění ve snaze ovlivnit to, jak druzí člověka vnímají a/nebo se k němu chovají. K prozrazení faktu o duševní nemoci a absolvované hospitalizaci přistupují lidé v situaci, kdy předpokládají, že budou druhým v budoucnu odmítnuti. Než aby investovali do vztahu a posléze se dočkali zavržení, informují o své odlišnosti hned na počátku vztahu, kdy by byla bolest z případného nepřijetí menší. **Záměrné sebeodhalení** (velkému počtu lidí) probíhá např. prostřednictvím účasti v hnutích psychiatrických pacientů. Důvodem je potřeba sebepotvrzení, snaha zmírnit nebo zabránit stigmatizaci, zvýšit sebeúctu, získat nový smysl života, změnit společenské představy o duševní nemoci a změnit vlastní deviantní identitu v novou, pozitivní a nedevariantní.

Rozhodnutí regulovat informace o své odlišnosti se ovšem pojí s (předem neočekávanými) problémy. Utajování s sebou nese stres plynoucí ze strachu z odhalení a z trvalé ostražitosti. V případě existence znaků poukazujících na psychické problémy (již zmíněné jizvy, vpichy, tardivní dyskineze atp.) je pozornost, již je nutno utajení věnovat, znatelně vyšší. Dotyčný dále naráží na problémy při vysvětlování nepřítomnosti v zaměstnání či škole kvůli návštěvě psychiatrických služeb, příp. kvůli hospitalizaci na

psychiatrii (lékaři se často setkávají s žádostí uvést na neschopenku neutrální – nepsychiatrickou – diagnózu, viz např. Schulze, & Angermeyer, 2003). Jedinec může pociťovat úzkost z prozrazení ze strany těch, kteří zatajovanou skutečnost znají (např. od nadřízeného, jemuž byl nutno sdělit důvod nepřítomnosti). Může být nervózní z mnoha běžných sociálních situací, které jiní lidé neřeší (např. jak vysvětlí, o koho jde, potká-li v přítomnosti 'nezasvěcených osob' člověka, s nímž byl hospitalizován na psychiatrii). Velmi problematické jsou důvěrné vztahy, protože vyžadují „vzájemnou výměnu určitého množství důvěrných osobních informací na důkaz důvěry a vzájemné oddanosti“ (Goffman, 2003, 103). V neposlední řadě se může potýkat s pocitem, že ostatní (jimž svou odlišnost zatajil) nepřijímají skutečně jeho, nýbrž svou představu o něm, kterou jim dotyčný předkládá. Rozsah, způsoby i následky předstírání se různí, nicméně Goffman (ibidem, 99-100) popisuje obecný fenomén „*propadání se hloub [in-deeper-ism]*“, kterým je předstírající sužován – „*je nucen stále rozvíjet svou lež, aby se vyhnul prozrazení*“. „*Stigma a úsilí skrývat je či odstranit se 'zafixují' jako součást osobní identity*“ (ibidem, 80). Někdy se stává i to, že je-li dotyčný prozrazen (příp. je-li riziko prozrazení vysoké), změni bydliště, zaměstnání a podobně a začíná 'znovu s čistým štítem'.

4.3 Vliv stigmatu na kvalitu života

Jak již bylo řečeno, společnost stigmatizovaného jedince devalvuje a zachovává si vůči němu více či méně výrazný odstup, dochází k jeho diskriminaci v různých sférách života (velká pozornost se věnuje oblasti zaměstnání). Často se přidružuje self-stigma spojené s pocity studu a méněcennosti. Jedná se o vzájemně provázaný kruh potíží (ničivý vliv na osobní vztahy až sociální izolace, snížená možnost pracovního uplatnění, úbytek sebeúcty, sebevědomí i vnímané osobní zdatnosti, pocity bezmoci a beznaděje, tajení faktu o duševní nemoci atp.), které vedou ke snížení psychické pohody (well-beingu) a kvality života (např. Livingston, & Boyd, 2010). To vše způsobuje další stažení se ze společnosti (např. 'preventivní' vyhýbání se důvěrnějším vztahům), pojí se s určitou rezignací – na reintegraci (např. ohledně žádání o práci, což ovšem ještě prohlubuje izolaci a spolu s vyplývajícími finančními problémy o to významněji snižuje kvalitu života) i léčbu (kvůli nedůvěře v možnost zlepšení vlastního stavu nebo také nechuti být psychiatrickým pacientem). Jedná se o „*cyklický proces, který postupně nabírá na síle*“ (Thornicroft, 2011, 183). Duševní onemocnění se může stát hlavním aspektem identity člověka, a to nejen

v očích druhých (jak bylo výše zmíněno v teorii Goffmana), ale i v očích dotyčné osoby – Thornicroft (2011, 185) to popisuje jako „*posun, kdy sami sebe přestaneme vnímat jako člověka s určitým zdravotním stavem (který má řadu dalších vlastností a přívlastků) a začneme se bytostně identifikovat s danou poruchou*“.

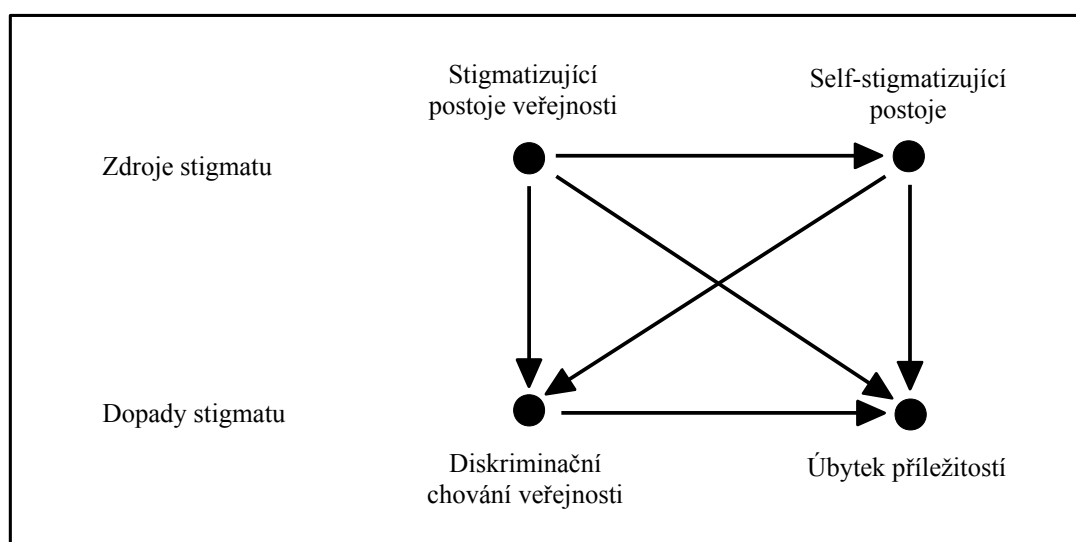
Zajímavé výsledky poskytuje výzkum stigmatu uživatelů psychiatrických služeb a kvality života (Ritter, & and Marcussen, 2007). Podle nich změny životní spokojenosti významně ovlivňuje pouze tzv. anomie (nikoli stud, odmítání druhými ani finanční nejistota plynoucí z diskriminace v zaměstnání). Pojem anomie zahrnuje pocity osamělosti, nerovnosti s ostatními a zbytečnosti.

Zkušenost s odmítavým postojem druhých, přesvědčení o vlastním selhání a nedostatečnosti a identifikace sebe samého pouze a jen jako 'duševně nemocného' bude mít velmi pravděpodobně destruktivní účinky. Na druhé straně jistě existuje mnoho lidí, kteří sice jsou příjemci stigmatizace, ale ta na ně nemá tak výrazný dopad. Goffman (2003, 15) říká, že v tomto případě je člověk „*chráněn svými vlastními představami o identitě, vnímá sám sebe jako plnoprávnou lidskou bytost*“ a naopak chování těch, kteří ho odmítají, podle něj není zcela v pořádku. Rüsch et al. (2009) zjistili, že s hodnocením stigmatu jako vysoce stresujícím se pojí faktory osobní (např. citlivost k odmítnutí) a veřejné (míra veřejného stigmatu a hodnota, která je určité skupině osob s duševním onemocněním přisuzována), ale nikoli diagnóza, resp. klinické příznaky stigmatizované osoby.

Stigma může přinášet i sekundární zisky – emocionálně chránit a omlouvat neúspěch. „*Je to jakýsi 'věšák', na který pacient navěšel veškeré nedostatky, veškerou nespokojenost, všechnu svou váhavost a veškeré nepříjemné povinnosti společenského života, a začal na něm být závislý nejen jako na přijatelném, odůvodněném prostředku úniku před konkurencí, ale i jako na ochraně před společenskou odpovědností*“ (Goffman, 2003, 19).

5 Projevy stigmatizace v každodenním životě

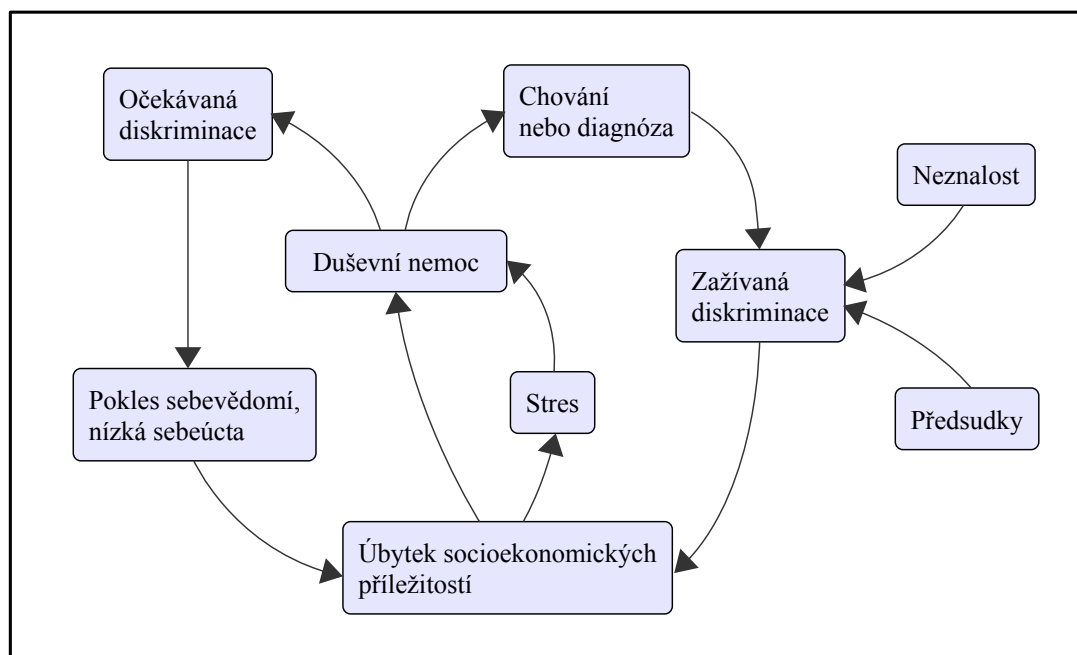
Stigma může na člověka s duševní nemocí dopadat různými způsoby. Jedinec zasažený tzv. **vnímanou stigmatizací** si je vědom předsudků panujících ve společnosti a zároveň sám sebe chápe jako toho, na něhož se takové předsudky vztahují. **Zakoušené stigma** znamená konkrétní zkušenost s diskriminací. **Self-stigma** neboli internalizované stigma zahrnuje vědomí devalvujících postojů společnosti, souhlas s nimi a z toho plynoucí pocity studu, viny a méněcennosti (Brohan, Slade, Clement, & Thornicroft, 2010). Souvislost mezi předsudky a diskriminujícím chováním společnosti a jejich dopady na člověka naznačuje obr. 2.



Obrázek 2: Model stigmatizace (Corrigan, Markowitz, & Watson, 2004).

Očekávaná stigmatizace (plynoucí z jednoho či všech typů stigmatu – vnímaného, zakoušeného a internalizovaného) se opakovaně ukazuje jako častější než přímá zkušenost s diskriminačním chováním, její míra je napříč zeměmi vysoká a konzistentní (např. Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius, & Leese, 2009). Očekávaná a zažívaná stigmatizace korelují jen mírně a souvislosti jsou velmi složité (viz obr. 3). Podle teorie labelingu Linka et al. (1989, in Angermeyer, Beck, Dietrich, & Holzinger, 2004) se všichni – bez ohledu na to, zda trpí duševní nemocí nebo ne – učí v průběhu socializace, jak se společnost chová k lidem s psychiatrickým onemocněním, což pak tvaruje jejich očekávání. Hlásí-li lidé s psychickou nemocí méně zažívané diskriminace, nemusí jít o nutně pozitivní signál.

Mohlo by to totiž znamenat, že – vedeni vědomým předsudků ve společnosti nebo svými konkrétními zkušenostmi – se vyhýbají situacím, které nesou vysoké riziko stigmatizace (např. ani nezažádají o práci, a tudíž nemají zkušenosti s odmítnutím) (ibidem). Tato zjištění ukazují, že mezi strategie snižování stigma je nutné zařadit i metody, které by zvyšovaly sebevědomí lidí s duševním onemocněním.



Obrázek 3: Vztah mezi zakoušenou a očekávanou diskriminací (Foresight Mental Capital Programme, 2008, in Thornicroft et al., 2009).

5.1 Veřejnost

Je-li základem stigma stereotyp duševně nemocného, co přesně je tím myšleno? Janík (1987, 82) předně zdůrazňuje, že „vše, co se předhazuje obyvatelstvu jako předsudek, patřilo po dlouhou dobu do oblasti uznávaných názorů,“ a má tím na mysli, že mnohé, co je laikům vyčítáno jako neopodstatněné, bylo dříve (nebo dokonce stále je) tvrzeno i psychiatrickými odborníky – lépe je tedy hovořit o přežitku. Chromý (1990) zmiňuje zejména těchto několik negativních vlastností, dominujících představám veřejnosti – nepředvídatelnost, nebezpečnost, nespolehlivost, nevyléčitelnost, podivnost, vzrušivost, nejistota apod. Častým tématem je také domnělá vina – buď vina za příčinu nemoci (člověk si nemoc nějakým způsobem sám přivodil) nebo za příznaky (lze je kontrolovat, překonat snahou, silou vůle). Podle systematického přehledu studií o názorech a postojích k duševní nemoci v obecné populaci (Schomerus et al., 2012) se názory na lidi s duševním

onemocněním příliš nezměnily a souhlasně s tím ani jejich sociální akceptace. V tomto ohledu je v poslední době stále častěji kritizován nedávný trend představovat veřejnosti duševní poruchu prostřednictvím biologického modelu ve snaze podpořit přijetí jejich nositelů snížením viny za nemoc. Obviňování sice zřejmě skutečně kleslo, nicméně se zdá, že bylo opět podpořeno vnímání lidí s duševní nemocí jako 'výrazně odlišných', spolu s tím i nepředvídatelných či dokonce nebezpečných a s nízkou šancí na plné uzdravení (např. Kvaale, Haslam, & Gottdiener, 2013). To může zvýraznit paternalistickou blahosklonnost – dojem, že je nutné tyto nemocné vést a vychovávat (Read, Haslam, Sayce, & Davies, 2006). Četné výzkumy (např. Couture, & Penn, 2003) ukazují, že k lepšímu (reálnějšímu i příznivějšímu) přijímání lidí s psychickou poruchou přispívá přímý kontakt s nimi. Jaké mechanismy vedou k tomuto pozitivnímu efektu není jasné, může jít o prostý zvyk, korektivní zkušenost, rekategorizaci (změna statusu z 'oni' na 'my') atp.

Přetrvávající existenci stereotypů umožňuje poměrně nízká gramotnost v oblasti duševního zdraví, tedy chabé znalosti týkající se duševních nemocí (Thornicroft, 2011). Například český průzkum názorů veřejnosti na schizofrenii zjistil, že nejobvyklejším přesvědčením o projevech schizofrenie je 'rozpolcená osobnost'. I zde je opět konstatováno, že názory obvykle zůstávají „*jen na povrchu a nadále pod vlivem zaběhnutého klišé, velmi často podbarveného neochotou měnit vytvořený názor. Úvahy o duševní poruše jsou v tomto případě vytěsňovány, stejně jako lidé, včetně morálního odsouzení. Navenek je mínění deklarováno nezájmem nebo stručnými až kategorickými výroky od soucitného konstatování 'jsou to chudáci', přes věcné 'jsou to nemocní lidé' až po pejorativní a odsuzující pojmenování 'jsou to blázni; magoři; cvoci'*“ (DEMA, 2004, 30).

5.2 Média

„*Hlavní tok informací k nám přichází prostřednictvím médií, takže obsah těchto informací (co do znalostí, postojů a chování) je nanejvýš důležitý*“ (Thornicroft, 2011, 133). Není překvapivé, že zaměřením na mediálně poutavá témata bude duševní nemoc zobrazena spíše než v celé její šíři poměrně černobíle, a to v tisku, televizních zprávách a pořadech i ve filmu. Častým zájmem bývá násilná trestná činnost. V USA v roce 2002 (ibidem) se většina novinových článků – téměř 40 % – týkala nebezpečnosti a násilí, 20 % podpory zájmů pacientů a 14 % léčby. V ČR v roce 2007 (Nawková et al., 2010) byly negativní postoje vůči osobám s duševním onemocněním nalezeny v 37 % článků, 25 %

z nich zahrnovalo agresivní chování. „Četné studie prokázaly spojitost mezi negativním mediálním obrazem osob s duševním onemocněním a negativním postojem veřejnosti, a dospěly tak k závěru, že stigmatizující zobrazení má přímý negativní vliv jak na osoby s duševní poruchou, tak na sociální politiku“ (ibidem, 352). Média jsou zřejmě nejvýznamnějším zdrojem vnímaného stigmatu.

5.3 Rodina

Svéráznost rodinného prostředí se projevuje již v období nástupu příznaků duševní poruchy. Rodina je obvykle rozpoznává později než ostatní, „členové rodiny jako by byli poslední, kterým možnost duševní nemoci jednoho z nich přišla na mysl“ (Chromý, 1990, 62). Ačkoli si mnohdy uvědomují obtížné chování příbuzného, reagují tzv. normalizací, popřením patologické odlišnosti chování. Kromě toho, že blízkému člověku se „toleruje širší škála chování bez závěru o duševní chorobě“ (ibidem, 24), může jít také o vědomí stigmatu a s ním spojený strach z negativní reakce okolí, kvůli kterému se rodina brání přijetí psychiatrické nálepky.

Již pouhé sdělení faktu o duševní poruše rodinným příslušníkům může být pro nemocného náročné. Průřezový výzkum očekávané a zažívané stigmatizace u lidí se schizofrenií (Thornicroft et al., 2009) zjistil, že 43 % lidí zažilo negativní diskriminaci od rodinných příslušníků a ještě větší počet se jí obává. Téměř polovina adolescentů s duševní poruchou (Moses, 2010) popisovala stigmatizaci ze strany rodiny, která měla formu neodůvodněných předpokladů, nedůvěry, vyhýbání se, lítosti nebo pomlouvání (v tomtéž výzkumu se mimo jiné ukázalo, že ačkoli jsou psychické poruchy v rodině rizikovým faktorem pro děti, chrání je před stigmatizací, mají-li potomci také psychické potíže – rodinní příslušníci, kteří se potýkají se svými vlastními problémy, mají tendenci být tolerantnější a více akceptující). Předsudky vůči příbuzným se schizofrenií se mohou pojít s dojmem nebezpečnosti nebo se projevovat jako obvinění z lenosti nebo lhaní. Častá je přehnaná protektivita až 'infantilizace', plynoucí z obavy z případné recidivy – nemocní jsou chráněni před jakýmkoli potenciálním rozrušením, změny v chování jsou interpretovány s ohledem na strach z relapsu, sami nemocní cítí, že je to přehnané a omezuje to je samotné i jejich příležitosti pro osobní růst (González-Torres, Oraa, Arístegui, Fernández-Rivas, & Guimon, 2007).

Rodina sama bývá celou situací značně zatížená – jednak péčí (která se v naší

kultuře týká převážně matek) a jednak negativními postoji ostatních. Neschopnost pochopit, co se s příbuzným děje, může vyvolat zmatek, jak reagovat, obavy, odstup nebo obviňování. I snaha pomoci, která se zakládá na neznalosti, se mnohdy mívá účinkem (typickým příkladem jsou 'povzbuzující' rady k překonání deprese). Rodina se často stává komplicem v utajování nemoci – úzkost ze stigmatizace a zkušenost s odmítnutím vede i příbuzné k tomu, že 'cítí povinnost' skrývat poruchu. Sami bývají zasaženi propůjčeným stigmatem – příbuzní osob trpících schizofrenií (ibidem) popisují obviňování od okolí za nemoc potomka a pocit, že se jim druzí vyhýbají, ústící ve stud za nemocné dítě. Často kritizují nepřívětivý, ignorující přístup zdravotníků. Nezávisle na typu diagnózy si příbuzní nejsou jisti, kam se se svými otázkami – ve snaze poskytnout nemocnému členovi rodiny dostatečnou podporu – obrátit. Prožívají určitou dvojznačnost – vnímají sebe samé jako zapojené a zároveň nezapojené v psychiatrické péči. Cítí se vynechaní, nevyslyšení, neinformovaní, nespokojení a osamocení (Wilhelmsson, 2011). Situace z pohledu dětí je popsána např. v případě rodičů s obsedantně-kompulzivní poruchou (Stengler-Wenzke, Trosbach, Dietrich, & Angermeyer, 2004). Děti vnímají patologické příznaky jako normální a pouze s rostoucím vzhledem do povahy poruchy je přehodnotí na nemoc. Často se sami trápí nutkavými myšlenkami a v této souvislosti může být jejich distancování se skrze stigmatizaci vnímáno jako krok k udržení vlastního zdraví.

Faktem zůstává, že podpora rodiny bývá pro nemocného stěžejní jak v rámci zotavení, tak při zvládání stigmatu. Lze doporučit více podpory pro příbuzné. Nejen Dörner a Plog (1999, 30) zdůrazňují, že nepomáhá, je-li rodina označena za viníka či patogenní faktor, a že *„otázka příbuzných by měla být přítomná při každém setkání v psychiatrickém kontextu, neboť příbuzní jsou vždy postižení – ať už jakýmkoli způsobem“*.

5.4 Osobní vztahy

Nejdůležitější oblastí negativních zkušeností a strachu ze stigmatu jsou blízké mezilidské vztahy. Lidé zažívají diskriminaci v kontextu navazování nebo udržení přátelství a v ještě větší míře ji očekávají. Obvykle popisují odmítnutí a přerušení kontaktu druhými a ztráta vztahů je tím, co stigmatizované trápí nejvíce (Schulze, & Angermeyer, 2003, Struch et al., 2008, Thornicroft et al., 2009). Self-stigma plodí zvýšenou úzkost v mezilidských kontaktech a někdy i odstup od společnosti (Cechnicki, & Bielańska,

2009). Zdaleka nejčastější zmínkou adolescentů s psychickou poruchou (Moses, 2010) bylo stigmatizující zacházení ze strany vrstevníků – někteří je odsoudili a přestali se s nimi přátelit, což občas vedlo k celkovému pocitu odcizení a vyloučení, neschopnosti nebo nemotivovanosti navazovat další smysluplný kontakt s vrstevníky a ve výsledku k absenci jakýchkoli přátelských vztahů. Nejen adolescenti se v důsledku nemoci i stigmatu nakonec izolují od svých přátel, až vztahy přestanou fungovat a oni skončí blízko sociální izolaci (González-Torres et al., 2007). Kromě celkového vyhýbání se potenciálně stigmatizující interakci bývá řešením skrývání problémů nebo také 'selektivní sdružování' – lidé se stýkají jen s těmi 'na stejné lodi', což poskytuje možnost zachování sebeúcty skrze příznivé sociální potvrzení a emocionální podporu (Schulze, & Angermeyer, 2003, Moses, 2010).

V partnerských vztazích navíc přibývá – pro zdravého partnera – zátěž z péče o nemocného v případě dekompenzace stavu. Někteří lidé s psychickými problémy se dokonce domnívají, že vztah zdravého a duševně nemocného člověka je nemožný (Cechnicki, & Bielańska, 2009). Analýza současných průzkumů postojů k lidem s psychickou poruchou ukazuje, že ochota přijmout do rodiny (jako vlastního partnera nebo partnera potomka atp.) člověka s psychiatrickým problémem je skutečně nízká (Schomerus et al., 2012).

5.5 Zaměstnání, studium

Práce je po osobních vztazích druhou významnou sférou, kde lidé zažívají – a opět v ještě větší míře očekávají – diskriminaci. Kromě přímé diskriminace má velkou roli self-stigma a ztráta sebejistoty, což často vede k postoji 'proč se snažit'. Zaměstnání má v případě lidí s duševní nemocí smysl – kromě existenčního zajištění – také v pozitivním vlivu na dvě kritické sféry, totiž udržuje alespoň základní sociální kontakty a podporuje sebeúctu a vnímanou osobní zdatnost. Obvyklým dilematem bývá, zda zaměstnavateli sdělit fakt o psychiatrické nemoci a léčbě, a tím si pravděpodobně znesnadnit přístup k zaměstnání (v případě žádání o práci) nebo riskovat 'odlišné zacházení'. Kupříkladu lidé trpící schizofrenií (Schulze, & Angermeyer, 2003) doporučují nemoc tajit a období dlouhodobé nepřítomnosti vysvětlit jinou nemocí (psychiatři potvrzují, že je pacienti žádají o falešné diagnózy a použití 'neutrálních' razítek nepoukazujících na psychiatrii).

Návrat do práce po absenci kvůli duševní nemoci je popisován jako velmi náročný (např. Thornicroft, 2011). Podobné je to i s návratem do školy, především u dospívajících,

kterí jsou z hlediska vývojového úkolu formování osobní i sociální identity velmi citliví ohledně akceptace a začlenění. Školní prostředí je místem pro rozvíjení pocitu sebeúcty, nezávislosti a vnímané osobní zdatnosti a vztahy se spolužáky jsou z toho důvodu zásadní. Riziko internalizace stigmatu je obzvláště vysoké a může negativně ovlivnit ochotu zapojit se do společenských interakcí s vrstevníky a navštěvovat školu. Výzkumů stigmatizace ve škole není mnoho, nicméně z výpovědí studujících dospívajících s duševní nemocí vyplývá poměrně výrazná zkušenost se stigmatem a jako dominantní se ukázala – podobně jako u dospělých – témata utajování, studu, omezení sociálních interakcí, strachu z výsměchu i šikany a nepříznivých postojů učitelů (Kranke, Floersch, Townsend, & Munson, 2010). Vztah učitel-student má významný vliv na studijní úspěchy a psychosociální přizpůsobení, předpovídá následnou akceptaci vrstevníky a ovlivňuje i to, jak na sebe žák pohlíží (učitelova verbální hostilita nebo použití trestajících či potupných disciplinárních praktik přispívají ke studentovu negativnímu vnímání sebe sama, stejně jako k jeho negativnímu vnímání vrstevníky – tato dynamika může ústít do bludného kruhu, který může posílit příznaky nemoci nebo problematické sociální vztahy ve škole). Stigmatizující zacházení ze strany učitelů popisované studenty spočívalo v podceňování schopností, nespravedlivém obviňování a kontrole, vyhýbání se či prostě antipatii. Výzkumy skutečně naznačují (např. Cameron, & Sheppard, 2006), že učitelé mají tendenci distancovat se od studentů, které vidí jako náročné nebo ohrožující. Nicméně studenti uvádějí i odlišné zacházení v pozitivním smyslu – vstřícnost, porozumění a podporu při zachování vysokých očekávání (Moses, 2010). Podpora školy a rodiny se ukazuje jako zásadní a může pomoci neutralizovat stigma a vytvořit normální vztahy s vrstevníky (Kranke et al., 2010).

5.6 Zdravotníci

Lidé s duševním onemocněním si často stěžují na negativní postoje mezi psychiatrickými pracovníky a průzkumy jejich dojem potvrzují – odborníci jsou ohledně prognózy mnohdy pesimističtější než široká veřejnost. Obecně se to vysvětluje jejich klinickými zkušenostmi, založenými z velké části na péči o chronické pacienty, protože ti, kteří se zotaví, jsou rychle propuštěni. Extrémní verze tohoto procesu se vztahuje na soudní psychiatry, jejichž profesní život sestává z hodnocení duševně nemocných pachatelů, mnohdy těch, kteří se dopustili závažných trestných činů. Laskavějším vysvětlením je, že zdravotníci často cítí silnou osobní odpovědnost, aby se u jejich klientů

zabránilo relapsu duševní choroby, což může vést k opatrnosti, nemocnými interpretované jako nedůvěra nebo podceňování. Lidé s určitými duševními poruchami mohou být zvláště znevýhodněni. Diagnóza poruchy osobnosti je některými zdravotníky interpretována pejorativně a její nositelé nevzbuzují příliš empatie – jsou považováni za nepříjemné, obtížné, manipulativní a vyhledávající pozornost, a tudíž si zaslouží méně péče. Chronický únavový syndrom je velmi sporný (co do příčin a postavení jako fyzického nebo duševního stavu) a lidé často popisují odmítání od praktických lékařů i psychiatrů. Příliš populární u ošetřujícího personálu nejsou ty problémy, které vyvolávají dojem, že je za ně postižený zodpovědný a/nebo je může kontrolovat – závislosti, poruchy příjmu potravy, sebepoškozování aj. Další problémy, o kterých klienti zdravotnických a sociálních služeb hovoří, souvisejí s často připomínaným paternalismem – podceňování a nerespektování jejich autonomie (je s nimi hovořeno jako s dětmi a jsou vyloučeni z důležitých rozhodnutí) a nedostatečné informování o jejich stavu a možnostech léčby. V případě somatické medicíny občas dochází k 'diagnostickému zastínění', kdy jsou fyzické příznaky nerozpoznané nemoci a priori připsány přítomné duševní poruše, což vede k nediagnostikování a neléčení fyzického stavu. Psychiatrickí pacienti také někdy zmiňují opovržení až trestání ze strany zdravotníků, velmi často se to týká sebepoškozujících se osob ošetřovaných na pohotovosti (Thornicroft, Rose, & Kassam, 2007).

Důvodem kritiky jsou také 'odborné předsudky'. Postoje profesionálů se zakládají na dvojí závislosti, „*jednak na základě laického obrazu o duševně nemocném, s jehož obsahem se seznámili a osvojili si jej dávno před vlastní odbornou specializací, jednak na základě odborného psychiatrického obrazu*“ (Janík, 1987, 132). Příkladem může být výše zmíněný názor o neléčitelnosti (resp. nepříznivé prognóze) nebo skutečnost, že i psychiatrické zdravotní sestry vnímají pacienta se schizofrenií jako nebezpečného a nepředvídatelného (Björkman, Angelman, & Jönsson, 2008).

Odborníci někdy přistupují k člověku s psychickou poruchou s tím, že není vhodné obeznámit ho s jeho situací – diagnózou, plánovanou léčbou a prognózou. Ať už za tím stojí názor, že jedinec není schopen vše správně pochopit a posoudit („*na druhé straně však připíše-li laik duševně nemocnému ztrátu rozumových funkcí, považují to psychiatři za předsudek*“ [Janík, 1987, 75]), nebo snaha uchránit ho před nálepkováním, nezdá se to být příliš efektivní. Psychiatrickí pacienti to chápou velmi negativně – jako určitou devalvací – a má to vliv na jejich důvěru v pomáhajícího pracovníka a spolupráci. I sama

diagnóza může mít příznivý účinek – zdá se, že mnohým lidem se ulevilo, když obdrželi diagnózu; byli rádi (alespoň zpočátku), že jejich dysfunkce má jméno (Young, Bramham, Gray, & Rose, 2008). „*Diagnóza pojmenovává něco, co mohlo předtím být pouhou anonymní hrozbou vnitřního pojetí sebe sama*“ (Thornicroft, 2011, 230). Z 'vadného kusu' neschopného optimálního fungování se stává 'člověk s problémem'. Kromě podpory sebepojetí to rovněž přináší možnost získat si informace a nemoci lépe porozumět, zajistit si specifickou léčbu, stýkat se s lidmi s toutéž nemocí a těžit z toho, co pomáhá jim. Vhodnější otázkou než 'jestli vůbec' je tedy spíše 'jak sdělovat informace'. „*Rozsah a způsob informace se samozřejmě musí v jednotlivých případech anebo fázích choroby značně lišit. Informace je vždy limitována schopností nemocného ji správně přijmout a porozumět jí*“ (Styx, 2003, 63). Mělo by jít o dialog, nikoli jednosměrné oznámení. I v případě nutnosti fyzického nátlaku je na místě ho pacientovi před aplikací i dodatečně vysvětlit a prodiskutovat (Baudiš, & Libiger, 2002). Informace – o diagnóze, prognóze, medikaci, léčbě – musí povzbudit ke spolupráci, nedrtit a netrestat, být podávány „*s taktní opravdovostí (avšak nikoliv s neomalenou upřímností)*“ (Styx, 2003, 36). Neměly by vést k přijetí identity nemocného, kdy bude nálepka nemoci vysvětlovat celou jeho osobnost, ale naopak k ohraničení problému jako něčeho, co lze odstranit nebo alespoň ovlivnit. 'Mít problém' je pro jedince stále lepší možnost než 'být problémem'.

Celá situace mimořádně důležitého vztahu pacienta/klienta a pomáhajícího pracovníka je složitá a komplikovaná hned několika fakty. Jedním z nich je nerovnoměrné rozložení moci. Nerovnováha plyne už z toho, že odborník disponuje vzděláním a znalostmi a pacient/klient přichází z důvodu určité krize a s žádostí o pomoc. Jde-li o nedobrovolnou léčbu, je téma moci ještě zjevnější. S tím souvisí dvojí funkce psychiatrie – funkce léčebná, ale také funkce zástupce státní správy; psychiatrie je tedy i veřejným činitelem zajišťujícím určitou formu sociální kontroly a to přináší opakující se otázku, zda je důležitějším zájmem ochrana jedince nebo ochrana společnosti (Baudiš, & Libiger, 2002). Pacientovo/klientovo přání vskutku nemusí být vždy ve shodě s tím, co je v jeho zájmu, chybí-li mu náhled. Nicméně i nosognozie je sporným tématem – náhled v praxi znamená „*zhruba to, nakolik člověk trpící duševní nemocí souhlasí s diagnózou určenou psychiatrem*“ (Thornicroft, 2011, 237) a k takovému souhlasu, resp. přijetí diagnózy, bývá pacient více méně nucen, jenže se ukazuje, že ne vždy je to pro něj prospěšné. Vzhledem k tomu, že přítomnost náhledu hodnotí lékaři (příp. psychologové apod.), opět to odkazuje

k moci („když s nimi nesouhlasíte, řeknou, že nemáte dostatečný náhled“ [ibidem, 81]). „Vztah mezi pacientem a pomáhajícím je mimořádně zranitelný a závislý na důvěře. A zároveň též náchylný ke zneužití“ (Dörner, & Plog, 1999, 21). Etická otázka je o to důležitější, že z hlediska hájení svých práv jsou lidé s psychiatrickým onemocněním rizikovou skupinou – kvůli nemoci samotné (minimálně v době, kdy jsou symptomy výrazné) i kvůli svému postavení ve společnosti a ve vztahu k pomáhajícím. „Nemůžete se odříznout od své nemoci a nedostatku sebeúcty“ (Thornicroft, 2011, 290). Dörner a Plog (1999, 21) vzkazují pracovníkům v pomáhající profesi: „V každé situaci, opravdu v každé, musíte dbát na to, abyste přistupovali k pacientovi jako k autonomnímu partnerovi, abyste zachovávali jeho práva, důstojnost, jedinečnost“.

I psychiatrický personál může být stigmatizován, stejně tak psychiatrie jako obor se svým 'nevědeckým charakterem a šarlatánskými léčebnými postupy' (Kusá, Ondrejka, 2006). A to dokonce od ostatních zdravotníků: „Lékaři jiných oddělení mě žádají, abych se nepředstavovala jako psychiatr, nanejvýš jako psycholog“ (STEM/MARK, 2004, 27).

5.7 Systém

Stigmatizace může přesahovat oblast přímé sociální interakce a působit prostřednictvím nespravedlnosti sociálních celků. **Systémová diskriminace** je stav, kdy institucionální postupy fungují v neprospěch stigmatizované skupiny, a to i při absenci cílevědomé diskriminace ze strany jednotlivců (Link et al., 2004). Jinak řečeno (Corrigan, Markowitz, & Watson, 2004), tento typ stigmatizace zahrnuje politiku soukromých a vládních institucí, které záměrně omezují příležitosti pro osoby s duševní nemocí, nebo to činí neúmyslně, nicméně s následky, které limitují možnosti lidí s psychickou poruchou. Příkladem úmyslné systémové diskriminace ve veřejném sektoru jsou takové právní předpisy, které přímo omezují práva a příležitosti lidí s duševní nemocí. V soukromém sektoru lze za systémovou diskriminaci považovat převážně negativní reprezentaci lidí s psychickou poruchou ve zprávách médií. Neúmyslná strukturální stigmatizace ve veřejné sféře se projevuje např. nedostatečným financováním výzkumu a léčby psychických onemocnění, které ústí v nízkou kvalitu služeb. V soukromé sféře mají lidé s psychiatrickou diagnózou například ztížený přístup ke zdravotnímu pojištění. V ČR je v současné době prakticky u všech institucí poskytujících komerční zdravotní pojištění duševní nemoc vyloučena z pojistného plnění.

Cestovní pojištění: Pojistitel je zbaven povinnosti poskytnout pojistné plnění v případech, kdy škodná událost nastala v souvislosti s psychickými poruchami (dříve existujícími nebo i v případě první ataky) (např. mBank, 2009, CK MUNDO, 2012).

Úrazové pojištění: Do výluky patří úrazy, k nimž došlo v důsledku duševních poruch, které byly způsobeny chorobami existujícími před sjednáním pojistné smlouvy (např. AEGON Pojišťovna, 2012). V případě, že k psychickému onemocnění dojde po uzavření pojistky, je klient povinen tuto skutečnost nahlásit a pojišťovny si mohou vyhradit právo to považovat za důvod k výpovědi pojistné smlouvy.

Životní a jiné pojištění: V případě pojištění pro případ pracovní neschopnosti nebo invalidity nebude poskytnuta jakákoli finanční kompenzace, postihne-li klienta duševní onemocnění. Z pojištění hospitalizace nejsou hrazeny pobyty v psychiatrických léčebnách nebo odděleních (Majer, 14. října 2010).

Důvody jsou dva – jednak údajná vysoká rizikovost (člověk s duševním onemocněním se v této souvislosti oficiálně řadí do kategorie tzv. nepojistitelných osob [např. ING, 2012]) a jednak zneužitelnost a obtížné prokazování případných podvodů: „*Výluky na psychické a psychiatrické diagnózy jsme dali, protože se stále více objevují případy a problémy s jejich zneužíváním a zkreslováním. ... Chtěli bychom je platit za něco, co za to stojí, co není jednoduše zneužitelné a bude mít pro nemocného význam*“ (Zámečník, 15. srpna 2013). Z hlediska pojišťoven jde o moudrou obchodní praxi a nezdá se, že by záměrem bylo ublížit lidem s duševním onemocněním, nicméně člověk s psychiatrickou diagnózou to může vnímat jako nespravedlnost, kterou svými vlastními silami nedokáže obejít jinak než zatajením nemoci.

Je otázka, v jakých případech jde o neoprávněné poškození 'označkových' jednotlivců a v jakých o přiměřené omezení práv, protože daný jedinec je v důsledku psychické poruchy skutečně nezpůsobilý k určitým činnostem (např. osoba, která je paranoidní a dezorientovaná, by pravděpodobně neměla mít nárok na zbrojní průkaz). Samotná nálepka duševně nemocného by neměla být důvodem k omezení možností (už jen proto, že diagnóza, resp. kontakt s psychiatrií, často přetrvává jako 'záznam v rejstříku' i dlouho po uzdravení). Je třeba posoudit, zda je či není konkrétní osoba dostatečně kompetentní. Systémová diskriminace v mnoha případech odráží negativní účinky nálepky a ne nějakou měřitelnou neschopnost (Corrigan, Markowitz, & Watson, 2004).

Specifickým zdrojem systémové stigmatizace může být také **hospitalizace na psychiatrii**.

6 Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky

Jak již bylo řečeno, duševní nemoci postihují velké množství lidí a jejich počet neustále stoupá. V roce 2012 bylo v psychiatrických ambulancích ošetřeno 578 413 pacientů (ÚZIS ČR, 2013a) a proběhlo 59 385 hospitalizací na psychiatrii (ÚZIS ČR, 2013b). Lidé, které zasáhne vážnější psychické onemocnění, se musejí potýkat s dvěma oblastmi problémů. Tou první je nemoc sama o sobě, která obvykle značně zasáhne do života člověka a ovlivní nejen samotný psychický stav, ale následkem toho také sociální oblast – naruší již vybudované vztahy, znesnadní navazování dalších, zkomplikuje schopnost uplatnění na trhu práce apod. Za druhé, tuto pro jedince už tak velmi náročnou situaci ztěžují další skutečnosti, které Finzen (1996, in Schulze, & Angermeyer, 2002) nazývá 'druhou nemocí'. **Duševní nemoc není nemoc jako každá jiná** - oproti somatickým onemocněním má negativní konotaci. V očích okolí může informace o psychické poruše vyvolat nepřívětivé reakce a snížit sociální status dotyčného. Nemocný si existenci tohoto stigmatu většinou velmi dobře uvědomuje a diskreditující skutečnost sděluje jen těm, u kterých očekává pochopení. Hospitalizace na psychiatrii jej této výsady – možnosti utajení – v podstatné míře zbavuje. Jen těžko lze zatajit několikátýdenní až několikaměsíční nepřítomnost člověka tam, kde se obvykle vyskytoval, a i později se dotyčný nejspíše opakovaně setká s nutností svou psychiatrickou zkušenost uvést (v zaměstnání, u lékařů aj.). Hospitalizace na psychiatrii má sama o sobě 'špatný zvuk', svědčí (minimálně v očích veřejnosti) o závažnosti psychických potíží a devalvací jedince ještě zvyšuje. Před několika desítkami let říkali ti, kteří byli hospitalizováni na psychiatrii, že 'prošli ceremoniálem, po kterém se nuceně stali členy deviantní skupiny' a obecně šlo o nezvratný proces (Moses, 2011). **Hospitalizace na psychiatrii není 'obyčejnou' hospitalizací** nejen následky, ale dost možná i svým průběhem. Je obecně známo, že obor je oproti jiným sférám medicíny podfinancován, především v psychiatrických léčebnách jsou podmínky nevyhovující a pozice psychiatrického pacienta (resp. vztah zdravotníka a pacienta) se může lišit od somatických oddělení. Kvalita psychiatrické péče i chápání duševního onemocnění ve společnosti se v porovnání s minulostí změnilo a snahy o zlepšení pokračují i dnes. Zdá se ale, že jde o běh na dlouhou trať a ke změnám dochází velmi pomalu.

Ještě nedávno se odborníci věnující se optimálnosti psychiatrické péče a stigmatu

duševní nemoci téměř nedotazovali těch, jichž se obojí týkalo nejvíce – samotných lidí s psychiatrickým onemocněním⁶. Přitom strategie snažící se o změnu by logicky měly být podloženy jejich názory a jejich potřebami, ne domněnkami o tom, co by pro ně bylo nejvhodnější. Je nezbytné znát pohled těch lidí, kteří jsou stigmatem zasaženi, dát jim možnost vyjádřit se.

Cílem výzkumu je tedy zjistit, *jakou zkušenost se stigmatizací mají lidé během a po hospitalizaci na psychiatrii, jak stigma ovlivňuje jejich život a jakými způsoby se s ním vyrovnávají.*

Hlavní výzkumná otázka komplementárně k cíli výzkumu zní: *Zažívají lidé kvůli hospitalizaci na psychiatrii stigmatizaci?*

Pro lepší uchopení je hlavní otázka rozdělena v **dílčí výzkumné otázky**:

- I *Jaké zážitky mají lidé z hospitalizace na psychiatrii?*
- II *Jakou zkušenost mají lidé po hospitalizaci na psychiatrii se stigmatizací od svého okolí?*
- III *Zažili lidé po hospitalizaci na psychiatrii stigmatizaci ze strany pracovníků v pomáhající profesi?*
- IV *Jakými způsoby lidé na stigmatizaci reagují, jak se s ní vyrovnávají?*

⁶ Dnes se v České republice situace pozvolna zlepšuje – nově se počítá například se zapojením tzv. peer konzultantů (osoba se zkušeností s duševním onemocněním [např. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013]) jak do systému péče o duševně nemocné, tak do programů pro zmírnění stigmatu.

7 Metodologický rámec

S ohledem na téma byla zvolena **kvalitativní metodologie**. Kvantitativní metody měření stigmatu jsou praktické například pro zmapování postojů veřejnosti k lidem s duševním onemocněním, nemohou ale proniknout do hloubky subjektivních zkušeností se stigmatizací, a proto nemusí plně odrážet složitost problému. Nejde jen o zachycení široké palety jednání, se kterým se lidé po hospitalizaci na psychiatrii mohou setkat, ale také o to, jak svou situaci prožívají konkrétní osoby, jak interpretují chování okolí, co stojí za postoji, které okolí zaujme, a jaké následky to bude mít na život těchto lidí. Stigma spojené s duševním onemocněním nefunguje izolovaně, ale souvisí s různými aspekty života psychiatrických pacientů. Právě kvůli kontextuálnosti problému a zaměření na specifickou situaci jednotlivých osob byly jako typ výzkumu zvoleny **případové studie**. Miovský (2006, 94) je charakterizuje jako „*strategii zdůrazňující komplexnost celého případu, souvislosti funkčních a životních oblastí života účastníka výzkumu (případu) a jeho historicko-biografické pozadí; strategii představující výchozí místo pro hledání, popis a vysvětlování vlivu různých faktorů a souvislostí v kontextu daného případu*“.

7.1 Metody získávání dat

Data byla pořízena prostřednictvím **polostrukturevaných rozhovorů**. Tato metoda zajišťuje probrání nezbytných oblastí, ale zároveň ponechává respondentovi určitou volnost, díky čemuž mohou být zachycena i témata neobsažená v otázkách, ale relevantní pro cíle výzkumu. Zároveň lze podle aktuální potřeby měnit pořadí a znění otázek, případně položit doplňující dotazy (ibidem).

Otázky byly tvořeny tak, aby pokud možno odrážely primárně stigma hospitalizace na psychiatrii (tedy změnu chování okolí plynoucí ze zjištění faktu o hospitalizaci) a ne stigma duševní nemoci. Striktně rozdělit to nicméně nelze, protože hospitalizace na psychiatrii je stigmatizující právě kvůli psychiatrickému kontextu. Rozhovor (schéma viz příloha D) bylo rozděleno do několika oddílů a respektovalo časovou souslednost, což usnadnilo rozhovor jak respondentovi, tak výzkumníkovi. Tyto oddíly v podstatě odrážely dílčí výzkumné otázky a zněly takto: *Základní* (socio-demografické) *údaje*, *Okolnosti hospitalizace*, *Průběh hospitalizace*, *Po hospitalizaci – chování okolí* a *Po hospitalizaci – chování pracovníků v pomáhající profesi* (praktický lékař a jiní odborní lékaři, pracovníci

úřadu práce, odboru sociálních věcí, poradenských center atp.). Oddíl *Závěr* obsahoval shrnující otázky (pokud již nebyly zodpovězeny v průběhu rozhovoru), vzkaz zdravotníkům (resp. obecně pracovníkům v pomáhajících profesích) a lidem vracejícím se z hospitalizace na psychiatrii. Tyto vzkazy byly začleněny proto, že by mohly zachytit dominantní pocity, pojmí se s přístupem zdravotníků a se situací po propuštění z psychiatrie. Otázky zjišťující copingové strategie (ve stylu „*Jak jste na to reagoval?*“) netvořily samostatný oddíl, ale byly zahrnuty tam, kde respondent hovořil o odlišném chování okolí souvisejícím s hospitalizací na psychiatrii.

Vlastní rozhovory probíhaly v druhé polovině roku 2012 a prvním čtvrtletí roku 2013, a to buď doma u respondenta nebo ve veřejném prostoru (kavárna atp.), v jednom případě ve studovně respondentovy školy, která nebyla studenty využívána. Účastníci výzkumu byli vždy nejprve znovu informováni o účelu, předpokládaném průběhu a obsahu rozhovoru a o etických otázkách (blíže viz [kap. 7.3](#)). Informovaný souhlas byl poskytnut ústně. Rozhovory byly zaznamenány na diktafon. Jejich délka se velmi lišila s ohledem na počet absolvovaných hospitalizací a na množství zkušeností se stigmatizací (cca v rozmezí od 45 do 140 minut).

Otázky byly pokládány co možná nejdříve a rozvedeny byly pouze v případě nepochopení respondenta nebo při potřebě získat podrobnější odpověď. V konkrétním, stejném (či velmi podobném) znění byly kladeny dvě otázky, a to „*Máte pocit, že s vámi okolí (které ví o vaší hospitalizaci) jedná jinak ve srovnání s dobou před hospitalizací?*“ a „*Máte pocit, že s vámi okolí (které ví o vaší hospitalizaci) zachází jinak než s ostatními lidmi?*“. Pojmy stigma, stigmatizace či diskriminace nebyly v průběhu rozhovoru výzkumníkem používány vůbec – z důvodu pejorativní konotace a možného ovlivnění respondenta.

Dodatečným zdrojem dat byla **časová osa**, vyhotovená na začátku rozhovoru, případně doplňovaná v jeho průběhu. Primárně byla určena pro usnadnění orientace v životní situaci respondenta a v absolvovaných hospitalizacích na psychiatrii. Osa zahrnovala období posledních šesti a půl let a zaznamenávány byly základní údaje o hospitalizacích na psychiatrii (kdy, kde, jak dlouho), zaměstnání a/nebo studiu a partnerských vztazích (jakožto významném zdroji sociální opory).

7.2 Metody zpracování a analýzy dat

K analýze získaných dat byla použita **metoda vytváření trsů**. Základním principem je srovnávání a agregace dat. Metoda „*slouží obvykle k tomu, abychom seskupili určité výroky do skupin. ... Tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě vzájemného překryvu (podobnosti) mezi identifikovanými jednotkami*“ (ibidem, 221). Využívala jsem zejména překryvu tematického (výroky o tomtéž tématu – např. o chování okolí) a prostorového (popis událostí odehrávajících se na určitém prostoru – např. v psychiatrické léčebně).

Nejprve byla provedena doslovná transkripce zaznamenaných výpovědí. Následovala redukce prvního řádu, tedy „*vynechání všech částí vět, které nesdělují nějakou identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci,*“ například slov tvořících tzv. slovní vatu a „*výrazů, jejichž přítomnost spíše narušuje plynulost a které samy nenesou žádnou další informaci*“ (ibidem, 210). Z přepisů byly posléze odstraněny osobní údaje (jména, místa apod.) a zároveň byly smazány audionahrávky rozhovorů (viz etické otázky v [kap. 7.3](#)).

Přepisy rozhovorů byly opakovaně čteny se záměrem proniknout do problematiky a povšimnout si možných opakujících se témat. Během této fáze byly také zvýrazněny zajímavé či jinak podstatné části textu a případně opatřeny poznámkami kvůli možnosti se jimi později zabývat do hloubky. Pomocí barvení textu byly označeny ty pasáže, které vykazovaly podobnost, a posléze byly sdruženy v obecnější celek – trs (např. *Omezení kontroly nad svým životem* nebo *Nadměrná a nátlaková farmakoterapie*). Identifikace copingových strategií byla částečně podložena informacemi z prostudované literatury (blíže viz [kap. 4.1](#) a [4.2](#)). Takto bylo postupováno pro každý rozhovor zvlášť. Vše bylo opakováno až do chvíle, kdy již nebylo možné nalézt další data seskupitelná do větších kategorií relevantních pro cíle výzkumu. Témata objevená u jednotlivých respondentů byla následně porovnána a zahrnuta do ještě obecnějších skupin (např. *Dojmy z pobytu na psychiatrii*).

Výsledky jsou uváděny podle dílčích výzkumných otázek (případně jsou ještě rozčleněny podle kategorií a subkategorií), dokresleny úryvky z rozhovorů a kvůli přehlednosti také uspořádány do tabulek. Tabulky byly vytvořeny především proto, že se zážitky respondentů různily – jen vzácně se určitý jev týkal všech. Tabulky tedy uvádějí důležitá témata, jež byla identifikována ve výpovědích respondentů, a výskyt těchto témat u konkrétních osob.

7.3 Etické aspekty výzkumu

Právě kvůli existenci stigmatu je hospitalizace na psychiatrii velmi citlivým tématem, pročež mělo etické hledisko značný význam. O základních etických pravidlech výzkumu (anonymita, právo odstoupit od výzkumu, využití získaných dat pouze k definovanému účelu výzkumu) byli informováni již potenciální účastníci výzkumu – tedy osoby, které byly o účast žádány. Podrobněji bylo vše probráno při domlouvání spolupráce a znovu bezprostředně před zahájením rozhovoru.

Informovaný souhlas byl poskytnut ústně. Zde se projevila nezkušenost a neprozíravost výzkumníka, protože zdokumentování souhlasu bylo prováděno prostřednictvím audiozáznamů, které ovšem byly později vymazány – z důvodu slíbeného neuchování osobních informací respondentů.

Každý účastník výzkumu byl nejprve seznámen s **účelem rozhovoru** a ujištěn, že získané poznatky nebudou upotřebeny k žádnému jinému záměru. V souvislosti s **ochranou osobních údajů** byl informován o tom, že žádná data, která by mohla vést k jeho identifikaci, nepotřebuji znát a budou-li během rozhovoru řečena, nebudou zveřejněna ani archivována (audiozáznamy byly tedy po transkripci smazány a z přepisů byly odstraněny osobní údaje). Proband byl dále upozorněn na **právo neodpovědět** na kteroukoli otázku, případně **spolupráci kdykoli ukončit** (ani jedné možnosti nebylo využito).

Problematickou skutečností bylo nahrávání rozhovorů. Nutnost **pořízení audiozáznamu** (sdělená samozřejmě již při rekrutaci účastníků) většina respondentů nepřijala bez výhrad. Domnívám se, že tato nelibost nebyla způsobená nedůvěryhodností výzkumníka, ale stigmatizující povahou tématu – dotazovaným nebyla příjemná představa, že někde existuje nahrávka obsahující diskreditující údaje o nich. Toto bylo řešeno opakovaným prodiskutováním výše uvedených etických hledisek a příslibem smazání pořízených audiozáznamů.

V průběhu několika rozhovorů se vyskytl tentýž etický problém. Některé zážitky, na které jsem se tázala, se ukázaly jako bolestné, vzpomínka na ně respondenta rozrušila a zjevně se jimi nechtěl blíže zabývat. Nejednalo se o zkušenosti se stigmatizací, ale spíše o to, co vedlo k hospitalizaci – psychické a jiné osobní potíže (např. úmrtí otce). Vzhledem k tomu, že účelem rozhovoru nebyla konfrontace s traumatickými životními událostmi, jsem se takovým tématem dále nezabývala, a to ani v tom případě, že by odpověď mohla

být relevantní pro cíle výzkumu. Duševní pohoda respondentů byla zcela samozřejmě prioritní.

Malý etický problém se objevil ještě při zpracovávání a analýze dat. U všech respondentů jsem z přepisů rozhovoru odstranila jména (respektive je nahradila fiktivními), údaje o bydlišti a místě hospitalizace (které na bydliště více či méně ukazovalo), názvy firem, u kterých byli zaměstnání, a jména a místa studovaných škol. V jednom případě (týkalo se Dany) byl ale současný studovaný obor opakovaně zmiňován a měl určitý význam. Ačkoli bylo nejprve, tak jako u ostatních, automaticky předpokládáno jeho nezveřejnění, nakonec jsem se rozhodla jinak. Respondentka toto dodatečně odsouhlasila. Vzhledem k tomu, že s jejími hospitalizacemi na psychiatrii byla oficiálně obeznámena škola, potažmo pedagogové, a věděli o nich i spolužáci, neměla k utajení důvod.

8 Výzkumný soubor

8.1 Výběr výzkumného souboru

Cílová populace, z níž byl vybírán výzkumný soubor, zahrnuje dospělé osoby, které absolvovaly hospitalizaci v psychiatrické léčebně nebo na psychiatrickém oddělení nemocnice, a to v posledních pěti letech.

Výzkumný soubor byl vybírán **nepravděpodobnostními metodami**, pravidlo znáhodnění se tedy uplatnilo jen v omezené míře (ibidem). Bylo zkombinováno více metod výběru vzorku. Na počátku stál **prostý záměrný výběr**, který proběhl v širokém okolí výzkumníka. Kritérium bylo jediné, a to absolvovaná hospitalizace na psychiatrii v posledních pěti letech. Takto byli získáni tři respondenti. Pokračováno bylo **samovýběrem**. Na diskuzním fóru pro lidi s duševním onemocněním byla nabídnuta možnost zúčastnit se výzkumu, zájem projevíly dvě osoby, rozhovor nakonec proběhl s jedním člověkem. V podobném prostředí – virtuální svépomocné skupině pro lidi s duševním onemocněním na sociální síti – byla opět využit prostý záměrný výběr. Tam jsem oslovila několik lidí s nabídkou účasti ve výzkumu a k rozhovoru nakonec přistoupili dva. Jeden z nich mi zprostředkoval kontakt na další osobu splňující stanovené kritérium, která se do výzkumu také zapojila. V jejím případě se vlastně jednalo o **první fázi výběru metodou sněhové koule**.

8.2 Charakteristika výzkumného souboru

Sedm vybraných respondentů dohromady absolvovalo 18 hospitalizací na psychiatrii. Hospitalizace trvaly několik dní až 4 měsíce. Účastníci výzkumu pocházeli z pěti různých měst po celé ČR. Soubor zahrnoval čtyři studenty (SŠ, VOŠ, 2x VŠ), jednoho zaměstnaného člověka, jednu osobu na úřadě práce, jedna respondentka byla v invalidním důchodu. Nejvyšším dosaženým vzděláním byl v případě dvou lidí výuční list, u dalších dvou SŠ s maturitou, u posledních tří VŠ (Bc., Mgr., Ing.). Věkové rozmezí sahalo od 20 do 40 let (v průměru 27 let).

Tab. 1 uvádí základní socio-demografické údaje respondentů. Tab. 2 zpřehledňuje absolvované hospitalizace na psychiatrii. Jména respondentů jsou samozřejmě fiktivní.

Tabulka 1: Základní socio-demografické údaje respondentů

	Věk	Vzdělání	Zaměstnání	Bydlení
Aneta	20	výuční list	studentka SŠ s individuálním plánem, brigádně pracující	ve vlastním bytě, nyní s přítelem
Bára	27	výuční list	v ID kvůli fyzickému problému	s matkou
Ctirad	40	VŠ (Ing.)	zaměstnán jako vědecký pracovník	ve vlastním bytě, občas s partnerkou
Dana	27	VŠ (Mgr.)	studentka VŠ	s matkou a na koleji
Eliška	24	SŠ	studentka VŠ	s matkou a bratrem
Filip	20	SŠ	student VOŠ	s matkou
Gabriel	31	VŠ (Bc.)	na úřadu práce, předtím IT pracovník	s rodiči

Tabulka 2: Přehled absolvovaných hospitalizací na psychiatrii

	Σ	Psychiatrická léčebna (PL)		Psychiatrické oddělení (POd)	
		otevřený režim	uzavřený režim	otevřený režim	uzavřený režim
Aneta	2	1. 2010 – 1 měsíc	2. 2012 – 2 měsíce		
Bára	1	1. 2012 – 2 měsíce	1. 2012 – 2 měsíce		
Ctirad	3	1. 1993 – pár dní 3. 2012 – týden	2. 1995 – pár dní		
Dana	3		2. 2007 – 2 týdny	1. 2005 – 3 týdny	3. 2009 – 2 týdny
Eliška	5	3. 2006 – 3 měsíce	1. 2003 – 2 týdny 4. 2007 – 1 týden	5. 2009 – 1 týden	2. 2006 – 2 týdny
Filip	1	1. 2008 – 2 měsíce	1. 2008 – 1 měsíc		
Gabriel	3		1. 2006 – 2 týdny 2. 2006 – 2 měsíce	3. 2011 – 3 týdny	

Na to, jak budou jednotliví lidé prožívat svůj pobyt na psychiatrii, bude mít pravděpodobně vliv i onemocnění, v jehož akutní fázi většinou přicházejí. Vzhledem

k tomu, že bylo opakovaně ukázáno, že diagnóza je určitá nálepka – zjednodušující komunikaci mezi odborníky, nicméně redukující – nepovažují za optimální charakterizovat důvody, kvůli nimž byli dotyční lidé hospitalizováni, pouze diagnózou. Někteří respondenti si navíc diagnózy pouze domýšleli (vzhledem k nechuti zdravotníků pacienty o tomto informovat) a většině z nich se diagnózy měnily, někdy s časem, někdy s diagnostikujícím lékařem.

Stručně popíšu aktuální (tzn. v době realizace rozhovoru) životní situaci každého z respondentů a jejich psychické potíže související s kontaktem s psychiatrií tak, jak je vnímali oni sami. Diagnózy jsou uvedeny jejich slovy a nejsou ověřeny skrze lékařské zprávy. Představení výzkumného vzorku pomůže lepšímu pochopení výsledků, následujících po těchto souhrnech.

8.2.1 Aneta

Anetě je 20 let a studuje střední školu – dodělává si maturitu ke svému výučnímu listu. Vzhledem k tomu, že má individuální studijní plán a do školy dochází jednou týdně, snaží se také občas brigádově pracovat. Donedávna žila s matkou, nicméně kvůli dlouhodobým problémům, které mezi sebou měly, se na radu psycholožky odstěhovala. Poslední čtyři měsíce má tedy svůj byt, kde s ní momentálně žije její přítel. Hospitalizována na psychiatrii byla dvakrát, pokaždé v PL.

Její první kontakt s psychiatrem proběhl asi v osmi letech. Nebyla schopná sama usínat, byla závislá na matce. Tehdy to jako problematické nevnímala, zpětně hodnotí, že ji to omezovalo vlastně ve všem, především v kontaktu s vrstevníky. Podle Anety byla matka s tímto stavem určitým způsobem spokojená, ale současně ji to omezovalo:

Mámu to ani neobtěžovalo, ona to po mně spíš do jistý míry vyžadovala, ona vlastně byla závislá na mně, ale pak ji štválo, když jsem nechtěla spát sama, tak se to rozhodla nějak řešit...

První hospitalizace proběhla v roce 2010, rozhodla se pro ni sama, pobyt trval měsíc. Měla tehdy problém s konkrétním člověkem ve škole (popisuje to jako *nevyjasněné vztahy*), situace se vyhrotila a Aneta tomuto stavu a dotyčné osobě nechtěla či nedokázala čelit:

Věděla jsem, že když tam budu dál, tak to bude pořád horší, tak mi přišlo jednodušší se nechat zavřít.

Druhá hospitalizace (v roce 2012 na dva měsíce) byla nedobrovolná a příčinou byl pokus o sebevraždu (důvody obecně shrnuje jako *depresi a neschopnost řešit aktuální problémy*). Diagnostikována jí byla deprese, hraniční porucha osobnosti a porucha přizpůsobení.

8.2.2 Bára

Báře je 27 let a je vyučena. Vzhledem k poruše hybnosti kvůli dětské mozkové obrně, kterou prodělala v dětství, má plný invalidní důchod. Většinu času tráví u počítače a se svým asistenčním psem Míšou. Žije s matkou (otec zemřel). Hospitalizována na psychiatrii byla jednou.

Ve dvanácti letech si Bára začala ubližovat – po pobytu v ozdravovně, kde jí nadávali *křivonožko*. Okolo 24 let začala slýchat hlasy, zpočátku zřídka, ale pak se to stupňovalo...

Říkají, že by bylo lepší, kdybych nebyla, nebo komentují, co dělám nebo nedělám, říkají co mám dělat. A nebo hodiny něco mumlají...

V roce 2012 se pokusila o sebevraždu. Cítila, že nezvládá svůj život, nechtěla už poslouchat vše, co jí hlasy říkaly a měla silný dojem, že ji ostatní lidé pronásledují. Čtyři měsíce strávila v PL, nejprve dva měsíce na uzavřeném oddělení, pak další dva na pavilonu následné péče, kde jí nakonec sdělili diagnózu paranoidní schizofrenie.

8.2.3 Ctirad

Ctiradovi je 40 let, vzděláním inženýr a je zaměstnán jako vědecký pracovník. Žije sám a několik dní v týdnu s partnerkou. Hospitalizován na psychiatrii byl třikrát.

V necelých 18 letech si uvědomil, že *má problém*. Projevovalo se to i dříve, coby dítě býval hodně lítostivý a snadno zranitelný, několikrát byl u psychiatra či psychologa. V té době ho to ale nijak neomezovalo, potíží si všimli rodiče a prarodiče, Ctirad dětství hodnotí jako pozitivní a veselé. Ani během dospívání nepocíťoval žádná výrazná omezení.

Jelikož jsem nevěděl, že někteří spolužáci na střední škole například mě považují za divného, nedělal jsem si starosti. Měl jsem svůj svět, do kterého jsem se dokázal úspěšně zavřít, kdykoliv jsem to potřeboval.

Ve 20 letech propadl chmurným myšlenkám, beznaději a sebelítosti z nenaplněné lásky. Několik dní strávil v PL. Domnívá se, že byl diagnostikován jako depresivní pacient,

nicméně diagnóza mu tehdy řečena nebyla (nezajímala ho a neptal se). O dva roky později nezvládl odmítnutí od milovaného člověka a kvůli demonstrativní sebevraždě (jak to sám hodnotí) byl pár dní hospitalizován v PL. Dále se léčil ambulantně. V roce 2012 se Ctirad nechal dobrovolně hospitalizovat v PL kvůli obavám z život ohrožující choroby. Jeho stav byl popsán jako reakce na těžký stres – porucha přízpůsobení a somatizační porucha.

POZN: Vzhledem k tomu, že první dva pobyty na psychiatrii proběhly dávno, nebyly do rozhovoru zahrnuty a Ctiradova sdělení se týkala pouze hospitalizace v roce 2012.

8.2.4 Dana

Daně je 27 let, má magisterské vzdělání a studuje druhou vysokou školu (oba obory – absolvovaný i studovaný – jsou pomáhající profese⁷). Žije s matkou, ovšem většinu týdne je na koleji. Hospitalizována na psychiatrii byla třikrát.

Dana již během dospívání pocítovala potíže týkající se vztahů s lidmi. Docházela proto do ambulance psychiatra.

Seděla jsem furt jen doma, protože já se ani tak jako neumím zajímat o to venku (a taky kam bych se šla jen tak sama bavit), ale školu jsem se snažila jakžtakž zvládat, ale strašně málo kamarádů jsem měla.

V roce 2005 se na radu psychiatricky rozhodla k hospitalizaci, aby zjistila, z čeho plynou její problémy:

Začaly u mě takový jakoby depresivní stavy tenkrát, já jsem nevěděla, co mi je, taková jsem byla zmatená, tak mi psychiatricka říkala, ať tam jdu, „diagnostikujou tě, zjistí, co ti je, dáš se do kupy, protože to tu máme furt dokola – chvíli funguješ, pak zas ne, zkusíme to, třeba ti tam dají léky pořádný, zjistí co bude, jak bude...“. Tak jsem tam šla, no.

Tři týdny strávila na POd. Diagnostikováno jí bylo šest poruch osobnosti. V roce 2007 na doporučení psychiatricky vysadila antipsychotika a zřejmě v tomto důsledku absolvovala nedobrovolnou dvoutýdenní léčbu na uzavřeném oddělení v PL .

Já jsem vůbec skoro nevěděla, co se děje, já jsem měla takový zmatek ve všem, úplně jsem měla pocit – takovej jakési časoprostor, ale ne jako halucinace, ale spíš – jak se tomu říká – derealizace, já jsem si říkala umřu, určitě umřu.

⁷ Z Danina projevu je patrná dobrá znalost psychiatrické terminologie, která vyplývá (i) ze studovaných oborů.

V roce 2009 byla Dana nedobrovolně hospitalizována na uzavřeném psychiatrickém oddělení, když matka zjistila, že *snědla plato Lexaurinu*. Diagnóza zněla hraniční porucha osobnosti, ovládací myšlenky a pravděpodobný psychotický stav.

8.2.5 Eliška

Elišce je 24 let, jejím dosaženým vzděláním je střední škola s maturitou a nyní studuje vysokou školu. Žije s matkou a bratrem. Hospitalizována na psychiatrii byla pětkrát.

Potíže měla již od dětství, podle rodičů se už v mateřské škole často odmítala zapojovat do činností s jinými dětmi. Asi ve 13 letech si začala ubližovat a mít *problémy s jídlem* (opakující se epizody hladovění nebo úmyslného zvracení). V roce 2003 byla hospitalizována v PL, pobyt trval dva týdny, diagnózou bylo podle Elišky sebepoškozování a asi i porucha příjmu potravy.

... protože jsem měla hodně problémy s lidma a být mezi nima, mít kamarády a všechno a ani s rodinou jsem moc nechtěla být, takže jsem byla taková izolovaná. Doma to nebylo taky moc dobrý, táta měl nějaké problémy ... já o tom nechci mluvit ale. A z toho i máma byla hodně špatná, jenže se to řešilo jen doma, asi že špinavé prádlo se má prát jenom doma. Takže to mamka hodně probírala se mnou a na mě toho asi bylo moc, no, tak nějak. Já jsem chtěla, aby už to skončilo všechno, ne se zabít, jen prostě aby se něco stalo a už to nepokračovalo, ten život, jak byl...

S poruchami příjmu potravy se léčila také v roce 2006 na POd (dva týdny) a posléze tři měsíce na psychoterapeutickém oddělení PL. V roce 2007 byla po pokusu o sebevraždu (který popisuje jako *zkrat*, který se asi požil s dokonanou sebevraždou blízkého člověka, ke které v té době došlo) hospitalizována na dobu jednoho týdne na uzavřeném oddělení PL. V roce 2009 si *byla odpočinout* na POd.

8.2.6 Filip

Filipovi je 20 let, má střední vzdělání s maturitou a studuje vyšší odbornou školu. Žije s matkou (otec zemřel). Hospitalizován na psychiatrii byl jednou.

Začátek svých potíží vidí ve strachu, se kterým se potýkal už od dětství – bál se ve tmě, a to především existence určitých bytostí, které znal z hororů. V 17 letech se rozhodl se svým strachem bojovat.

A jednou z takových mých manter bylo 'tyto bytosti v reálném světě neexistují, tak mi nemůžou ublížit'. Ale pak se mi to začalo míchat, třeba tak, že 'když je tento svět reálný a ony v něm existují, tak vlastně reálný není', tak jsem si v tom udělal docela slušný zmatek. ... Pořád jsem měl strach a kdykoliv jsem si už řekl nějakou rozumnou věc, tak tam byla ta pochybnost, ten strach, jestli je to pravda nebo ne.

Neustále přemýšlel nad tím, jak své obavy vyřešit, nedokázal se na nic soustředit a nic dělat. Situace se vyhrotila před maturitou – v roce 2008 byl hospitalizován v PL (střídavě na uzavřeném i otevřeném oddělení). Diagnostikována mu byla paranoidní psychóza.

Více méně jsem v tom měl zmatek. Jestli je reálný tento svět nebo nějaký za ním, jestli ho někdo řídí zpoza kulis...

8.2.7 Gabriel

Gabrielovi je 31 let, jeho vzdělání je bakalářské a v současné době je nezaměstnaný (předtím pracoval v oblasti IT). Momentálně žije s rodiči. Hospitalizován na psychiatrii byl třikrát.

Ve 13 letech ho trápily úzkosti, strach ze smrti, *derealizační stavy*. Tehdy nerozuměl tomu, co se děje a nepovažoval to za psychický problém, měl ale velkou absenci ve škole a zhoršený prospěch. Problémy po několika měsících přešly. V 18 letech, kdy mu umřel pes, byl kvůli fyzickým příznakům na vyšetření a lékař mu diagnostikoval panickou poruchu, se kterou se pak léčil u ambulantního psychiatra. I tyto potíže po několika měsících ustaly.

V roce 2006 byl dva týdny na uzavřeném oddělení v PL, nicméně po propuštění zjistil, že se jeho stav nezlepšil a vrátil se do PL na další dva měsíce. Diagnosticky šlo podle Gabriela o schizoidní poruchu osobnosti nebo schizotypální poruchu jako dvě možnosti.

Já jsem se nějak dostal do deprese při studiu. Měl jsem nějaký fyzický zdravotní problémy a nějak jsem sklouzl do úzkostí, pořád se to stupňovalo, pak úplně šíleně. Měl jsem i nějaký bludy potom už, depersonalizace, derealizace, byl jsem úplně v hajzlu.

V roce 2011 strávil tři týdny na POd.

To jsem potřeboval prodloužit nemocenskou. A taky jsem chtěl trochu mezi lidi.

9 Výsledky

9.1 Dílčí výzkumná otázka I

Aneb Jaké zážitky mají lidé z hospitalizace na psychiatrii?

9.1.1 Pocity při nástupu na psychiatrii

Úleva jako dominantní pocit byla zmíněna dvěma muži a pojila se s vidinou, že jejich obtíže budou (vy)řešeny. Ctirad explicitně vyjádřil strach o své fyzické a psychické zdraví (což vycházelo z typu jeho problému – somatizační poruchy) a ačkoli ostatními nebyly takové obavy přímo vysloveny, lze starost o vlastní zdravotní stav předpokládat (minimálně u těch, kteří se k hospitalizaci rozhodli dobrovolně kvůli pocíťovaným potížím).

Hrozně mě to zklidnilo, měl jsem pocit, že jsem se od toho dostal pryč. Takže se mi ulevilo.

[Filip]

Oni mi dali Rivotril a to bylo úleva strašná po dlouhý době. Byl jsem rád – myslel jsem si, že začínám nějak kvalitně řešit svoje problémy.

[Gabriel]

Všechny čtyři ženy hovořily o **strachu z neznáma**, který se netýkal jen cizího prostředí a nejistoty ohledně budoucího vývoje psychického stavu, ale také stigmatu psychiatrických zařízení. Především léčebny jsou před společností 'skryté' a obrázek o tom, jak to v nich vypadá a chodí, si lidé mnohdy dělají z filmů, které je běžně představují s důrazem na senzaci.

... mě to trochu asi děsilo, protože to bylo v té době [2010] takový tabu trošku.

[Aneta]

Panika, hroznej strach, co bude, co se se mnou bude dít. Odmítala jsem se nechat zavřít na uzavřené oddělení.

[Dana]

Dana se navíc musela vyrovnávat se specifickou situací. Její matka se za hospitalizaci dcery styděla a odmítla s ní být během jejího prvního pobytu v nemocnici

v kontaktu. Při druhé hospitalizaci matce již raději sdělila, že jede s kamarády na chatu.

... že co by tomu řekli sousedi, že má dítě magora a celý tři týdny tam za mnou nebyla ani jednou mě navštívit, přitom já jsem ležela kousek od místa, kde má kancelář a ani tak tam za mnou nepřišla natruc, že jsem na psychiatrii.

[Dana]

Dvě respondentky uváděly přímo **strach ze stigmatizace**. Bára se bála toho, že se na ni bude personál i pacienti dívat skrz prsty, že ji nepochopí. Daniny obavy vznikly na základě odmítavé reakce matky – kvůli jejímu studu měla dojem, že je důvod, aby se ona sama styděla.

... já jsem první tři dny vůbec nechtěla vylízt, i když jsem mohla do areálu nemocnice kamkoli, protože já jsem měla pocit, že mám nálepku na čele, že když vylezu ven, tak všichni vidí, že jsem z psychiatrie, přitom to byla normální obrovská fakultní nemocnice.

[Dana]

Další dimenzí byl **šok z prostředí**. Někdy vycházel z nevhodných podmínek (pokoje pro osm až dvacet lidí, nevyhovující hygienické zázemí atd.), někdy z určité nespécializace oddělení, kde byli hospitalizováni pacienti ve velmi rozdílném stavu, což vyvolávalo zděšení a omezovalo možnosti (chod oddělení byl obvykle nastaven podle těch, kteří byli v horším stavu).

Mě děsilo to, když mě zavřeli do místnosti s patnácti lidma, tak jsem si říkala, co to probůh je, co já tady vlastně dělám.

[Aneta, o PL]

Ale jiný pocity byly zase z toho, jak to tam vypadalo, že tam byli hrozní lidi v té době. Mně to přišlo, jako by tam dávali nějaký sociální případy, co nemaj kde být v zimě ... odpuzovalo mě to.

[Gabriel, o PL]

Já jsem tam skončila mezi psychotičkami, co neuměly říct ani svoje jméno a prostě tam se lidi chovali úplně šíleně, všechno trhali, všechny mlátili... Nejhorší na tom bylo, že tam bylo asi sedm lidí, kteří byli úplně při vědomí. Jedna paní tam byla jen proto, že měla problémy s manželem. Tady ti lidi tam trpěli jako koně.

[Dana, o PL]

9.1.2 Dojmy z pobytu na psychiatrii

V průběhu léčby zažívali respondenti velmi často **omezení svobody pohybu** a **omezení možnosti kontaktu** s blízkými (odebrání telefonu, notebooku atp.). Toto odloučení od 'světa venku' dokreslovala označení jako *skleník* či *akvárium* nebo dokonce *vězení*. Nicméně ne všemi bylo takové omezení chápáno negativně, některým dotazovaným to přinášelo úlevu, zároveň to ale vždy zvýraznilo strach z propuštění a z návratu 'ven'. Velmi nelibě lidé nesli **omezení kontroly nad svým životem**. Někteří zmiňovali **nemožnost se bránit** (jejich výtky nebyly brány v potaz, Aneta popisovala jednání, jako by nebyla považována za schopnou rozhodovat o sobě, Eliška měla dojem, že nesouhlas byl/mohl být použit proti ní označením za nespolupracující apod.). Jiní se nicméně, s větším či menším úspěchem, **snažili prosadit** v případě pocitu bezpráví. Většina pociťovala svou **farmakoterapii jako nadměrnou a nátlakovou** (opakovaně se vyskytovaly výrazy jako *narvali mě léky*, *cpali do mě prášky*). Stejně tak v souvislosti s diagnostikováním byl patrný postoj podobný čekání na rozsudek, k němuž se pacient nemůže vyjádřit a ovlivnit jej.

Takový pocit, že oni mají nade mnou kontrolu, že já ji nemám, že mi můžou dát jakýkoli prášky, jaký budou chtít a udělají ze mě feťáka a nebudu nic vnímat. ...
[Obecně při nesouhlasu:] A když něco řekneš, tak ti řeknou, že jseš magor a máš to.

[Aneta, o PL]

... tam byly takový různý snahy mě omezovat, ale já jsem si vždycky našel cestu, já jsem šel i do konfliktu, navíc jsem tam měl hodně dobrej vztah s tou doktorkou.

[Gabriel, o PL]

Eliška popisuje odebrání veškerých věcí (včetně spodního prádla) a chybějící soukromí – nucené hromadné sprchování (navíc za asistence mužského personálu na ženském oddělení) a toalety bez dveří (které sloužily i jako kuřárna).

... Mně to bylo hrozně nepříjemné zpočátku, ale člověk si trochu zvykl, nebo tak otupěl a uzavřel se, aby to přežil. Bylo to jako v jiném světě.

[Eliška, o PL]

Překvapivým a nepříjemným zážitkem byla **absence terapie**, někdy i jakékoli výplně času. Dana s Eliškou (a v některých aspektech se přidávají i jiní) výrazně shodně popisovaly, že denní náplň v PL (nejednalo se o totéž zařízení) sestávala z toho, že pacienti

byli ráno 'vyhnáni' z pokojů, ty jim uzamkli a oni celý den strávili posedáváním a pospáváním na chodbě. Eliška a Gabriel vypovídali o **nucení do pomocných prací** (hrabání listí, zametání, odklizení sněhu, vytírání, mytí nádobí atd.). Většina respondentů by ocenila více aktivit, především terapeutických.

Osobně mám trochu pocit, že mě jen narvali léky a vyřešte si to sám. ... Tož já zase chápu to, že kdyby se plně věnovali každému, tak by asi nedělali nic jiného. Ale člověk má v sobě psychický chaos a aby ho z něj vyvedli, to oni neudělali.

[Filip, o PL]

Dana a Eliška vyprávěly o velmi podobné reakci na omezení svobody a nezájem personálu, která překvapila a zarazila i je samé – jakýsi regresivní zlom.

A já jsem prostě první týden si lehla a začala mlátit hlavou o zem a volala, že chci maminku, prostě úplně děcko – to pak za týden přešlo jako když utne. A oni nic – oni mě překračovali a tvářili se, že mě nevidí nebo že jsem hysterka.

[Dana, o PL]

Jsem tam jednou udělala takovou hysterickou scénu, když mi něco chtěli kapat do očí kvůli vyšetření. Jsem najednou byla jak děcko, se mi to takhle zlomilo, utíkala jsem jim a schovávala se, brečela. O to nešlo, o to kapání, jenže prostě já jsem si celou dobu připadala úplně bezbranně, že si se mnou můžou dělat, co chtějí a já nic nezmůžu vůbec...

[Eliška, o PL – dětském oddělení]

Společným tématem byl **omezeným přístup k informacím** o svém stavu a léčbě. Nemám zde na mysli neznalost vlastní diagnózy, užívaných léků atp. v případě, že to respondenty nezajímalo a neptali se. Nicméně mnohým nebyly zodpovězeny přímé dotazy. Personál argumentoval vyhýbavě nebo neargumentoval vůbec – *nemám čas, nerozuměl byste tomu, to pro vás není důležité, zeptejte se (jiného) lékaře, to vám prostě neřekneme*. Respondenti si takový přístup vykládali jako zatajování, které má příčiny v neznalostech personálu, závažnosti utajované odpovědi nebo 'postranních úmyslech' (viz níže – Gabriel). Jejich pocity pak byly komplementární atribucím – nedůvěra v personál nebo strach o vlastní zdravotní stav, příp. strach z užívaných léků (a logicky následné nedodržování jejich užívání). Informace o režimu a denní náplni (pokud nějaká byla) respondenti měli, obvykle byl někde vyvěšen rozpis. Diagnóza, léčebný plán ani užívaná medikace ventilována nebyla, v některých případech byly informace získány po zdlouhavém

dožadování se, jindy vůbec. V souvislosti s léky vyjádřili tři respondenti nepříjemnosti kvůli neseznámení s nežádoucími účinky antipsychotik (výrazné přibírání na váze a celkový útlum), se kterými pak měli problém se vyrovnat, protože na ně nebyli připraveni. V souhrnu by všichni ocenili větší vstřícnost a sdílnost. Většinou si žádané informace nakonec zjistili sami (diagnózu a medikaci z propouštěcích zpráv a posléze na internetu) a tato zjištění je uklidnila.

A o léčbě, jako co se mnou budou dělat, to mi nikdo ani neřek – jestli to vůbec sami věděli.

[Aneta, o PL]

[V PL] mi řekli, co mi je, ale až na pavilonu následné péče asi po dvou měsících léčby. ... Oni nechtěli mluvit ani s mámou, vlastně ani nevím proč – prý neměli čas. ... Když mi řekli diagnózu, tak jsem byla docela ráda, protože jsem věděla, čemu ty moje problémy přisuzovat.

[Bára, o PL]

O lécích mi nechtěli říct proto, že bych se zbytečně mohla vyděsit. ... A když jsem se pak dostala k netu a našla si informace o těch lécích, tak mě to teprve uklidnilo, protože jsem se bála, co mi to tak tají, co je to tak vážný, že mi to nechcou říct.

[Dana, o PL]

Já si myslím, že obecně mi ty sestry k tomu moc neuměly říct. A ti doktoři taky neříkali úplně pravdu. ... No tak působilo to na mě takovým způsobem, že tam nasazují léky, za který jsou placený třeba. On tam měl ten doktor v ordinaci, jsem si všiml, kalendář od Valdoxanu a ten lék tam nasazovali hodně. Plus je to stejná firma, která vyrábí Flavobion na játra, což je hlavní nežádoucí účinek Valdoxanu, že ničí játra. To je prostě takový kšeft, no.

[Gabriel, o POd]

Ctírad sice nemluvil o nedostatku informací všeobecně, ale nelze ani říct, že měl ty, které potřeboval. Jeho sdělení souvisí i s další uváděnou kategorií témat – chováním personálu.

U jednoho ošetřovatele jsem se setkal s agresivním výpadem, když jsem zřejmě příliš zřetelně dal najevo obavy o svůj život. Vyjel na mě, že vím dobře, že neumírám, tak proč si pořád stěžuju. Odpověděl jsem mu, že nevím, že neumírám, jak to mám jako vědět??? On na to: „Přece vám dělali vyšetření“ a já odpověděl, že nedělali, že se na to jaksi zapomnělo a že jsem doufal, že pravá ruka na oddělení ví,

co dělá levá. Prostě mě pustili ze zřetel a přitom to hlavní a de facto jediné, co jsem potřeboval v tu chvíli slyšet, byl výsledek testů.

[Ctirad]

9.1.3 Chování personálu

Zde platilo, že záleželo na konkrétním zdravotníkovi. Lidé se setkali se **zájmem** i **nezájmem**, **vstřícností** i **arogancí**. Několik respondentů hovořilo o **značně nevhodných reakcích** ze strany personálu – především se jednalo o zlehčování problémů podávané útočně nebo s výsměchem. Aneta, Dana a Eliška se zmínily o jakémsi trestající jednání (např. záznam o impulzivitě, nespolupráci či dokonce vyhrožování fyzickým omezením, které se zdálo jako zcela neodůvodněné), pokud pacienti po personálu něco žádali či jinak 'obtěžovali'. Někteří probandi zažívané negativní jednání zpětně omlouvali přepracovaností zdravotníků atp., nicméně bylo znát, že se jich dotklo. Eliška uvedla, že sanitáři na dětském oddělení specializovaném pro léčbu poruch příjmu potravy opakovaně navazovali sexuální vztahy s (nezletilými!) pacientkami (Eliška to ovšem podávala tak, že šlo o vítané zpestření).

A psychologka, tu jsem tam vídala, ale nikdy jsem neviděla, ani jednou, že by tam s nějakým člověkem prohodila slovo – akorát se sestrama, s těma kecala ráda. Ona tam vždycky přišla, uvařila si kafe, vypila kafe a šla pryč.

[Dana, o PL]

... každý měl říct, proč tam je, tak jsem to tak horko těžko ze sebe vydolovala a on [doktor] se na mě podíval a řekl mi: „Tomu říkáte problém?“. Cítila jsem se dost frustrovaná, člověk tam přijde, protože čeká, že mu někdo pomůže...

[Aneta, o PL]

Co by probandi vzkázali personálu psychiatrie nebo psychiatrům a psychologům obecně? Chtěli by více zájmu, empatie, individuality, méně škatulkování, *být víc člověkem než doktorem*, větší zaměření na mysl člověka (neléčit pouze farmaky)...

Aby se psychiatrických pacientů nebáli, že to jsou taky lidi. A platí to tím tuplem pro ty, co pracují na psychiatrii, pro ty dvakrát.

[Dana]

[Smích] Mně přijde zbytečný něco vzkazovat. Ne, počkej, vzkázal bych jim, že jsou to svině. Protože si myslím, že to má hodně daleko ta jejich práce od toho, jak by to

mělo vypadat v psychiatrii, ať už se to týká třeba nasazování léků, myslím, že tam je to všechno farmaceutická lobby, že jsou hodně ovlivněný tady tím. ... Myslím si, že tam jsou hlavně pro svoje zájmy, ne pro zájmy pacienta.

[Gabriel]

9.1.4 Propouštění

Příprava na propouštění (ve smyslu rozhovorů o plánech člověka po odchodu z psychiatrie, doporučení apod.) spíše neprobíhala. Výjimkou byla jedna z hospitalizací Dany (se kterou vše podrobně probírala psycholožka) a Elišky (kde se diskuze o plánech a obavách konala v rámci skupinové terapie a pobyt doma byl pravidelně 'zkoušen' prostřednictvím jednodenních nebo víkendových propustek). Někteří respondenti byli seznámeni s možností stacionáře (týkalo se pouze hospitalizací v Praze). Filip absolvoval dvouhodinový kurz, kde bylo pacientům a jejich příbuzným vysvětleno, co je psychóza. Vzhledem k tomu, že pro většinu probandů bylo propuštění určitým krokem do neznáma, pociťovali **strach** (z toho, co je venku čeká a jak si poradí, jestli se jejich problémy nevrátí atp.). Mnohdy odcházeli s dojmem, že **si stejně musí pomoci sami**.

... dá se říct, že kdo se zeptal [ohledně života těsně po propuštění], ten dostal dost obecnou odpověď. Spíš ve stylu, že se pokaždé může vrátit tam. Ke konci mi řekli, abych šla do stacionáře, pokud se necítím jít úplně ven. ... Nevěděla jsem, co bude dál, protože tam si člověk navykl na nějaký skleníkový režim.

[Aneta, o PL]

Je potřeba zmínit, že Dana a Eliška, které uváděly velmi špatné zkušenosti, také vyprávěly o jiné z několika hospitalizací jako o nadmíru přínosném zážitku a oceňovaly přístup personálu.

Takže hlavní pocit bylo znechucení nad celým tím systémem, nad tím, že se tam vůbec lidem nepomáhá, že je to takový odkladiště lidí. ... Takže taková bezmoc hrozná.

[Dana, o PL]

Nás bylo málo, personálu bylo skoro více než nás a fakt dělali, co mohli, věnovali se nám individuálně, jak jen to šlo. ... Takže to hlavní, co jsem cítila, byl zájem. ... Tam [oproti předchozím dvěma hospitalizacím] jsem poprvé dostala hodnotu, že jsem člověk.

[Dana, o POd]

Tabulka 3: Dílčí výzkumná otázka I aneb Zážitky během hospitalizace na psychiatrii

	Aneta	Bára	Ctirad	Dana	Eliška	Filip	Gabriel
POCITY PŘI NÁSTUPU							
Úleva						•	•
Strach o zdraví			•				
Strach z neznámého	•	•		•	•		
Strach ze stigmatizace		•		•			
Šok z prostředí	•			•	•		•
DOJMY Z POBYTU							
Omezení svobody	•			•	•		•
Omezení kontaktu					•		•
Omezení kontroly	•			•	•		•
Nemožnost se bránit	•			•	•		
Aktivní obrana			•				•
Přehnaná farmakoterapie	•			•	•	•	•
Absence jiné terapie	•			•	•	•	•
Nucená práce					•		•
OMEZENÍ INFORMACÍ							
- o diagnóze	•	•		•	•		•
- o léčebném plánu	•	•		•	•	•	•
- o lécích	•	•		•	•	•	•
CHOVÁNÍ PERSONÁLU							
Zájem	•	•	•	•	•	•	•
Nezájem	•	•	•	•	•	•	•
Výrazně negativní jednání	•		•	•	•		•
PROPOUŠTĚNÍ							
Příprava				•	•	.	
Strach	•	•		•	•	•	•
„Člověk si musí pomoci sám“	•			•	•	•	•

9.2 Dílčí výzkumná otázka II

Aneb Jakou zkušenost mají lidé po hospitalizaci na psychiatrii se stigmatizací od svého okolí?

9.2.1 Život po propuštění

Život Anety, Bány a Ctirada se v podstatě nezměnil. Dana na tom byla podobně, nicméně druhá hospitalizace ji na delší dobu *vyřadila z provozu* (hovořila o traumatu, ze kterého se dlouho dostávala). Filip mluvil o nedostatku emocí (trvajícím stále). Několik let pro něj bylo náročných – bál se, že se mu problémy vrátí, a nevěřil si. Gabriel po prvních dvou hospitalizacích (následovaly těsně po sobě) kvůli lékům hodně přibral a půl roku nebyl schopný vlivem útlumu *podávat žádný výkon*. Přerušil studium. Eliška se po většině pobytů na psychiatrii na několik měsíců zcela izolovala – ze strachu z reakcí okolí přerušila studium a/nebo změnila školu.

Bylo naprosto nepříjemné se tam [do školy] vrátit, bála jsem se, jak by se ke mně chovali, že by měli další důvod se mi posmívat, nemluvit se mnou, koukat na mě divně...

[Eliška]

9.2.2 Obeznamenost okolí s faktem hospitalizace na psychiatrii

Rozsah zkušeností s odlišným chováním okolí primárně závisí na tom, kolik lidí o pobytu člověka na psychiatrii ví.

U většiny respondentů se o hospitalizaci dozvěděla pouze nejbližší rodina (rodiče a sourozenci), několik blízkých přátel a u studentů SŠ vyučující (kvůli nutnosti omluvit absenci), u pracujících nadřízení. Důvody tajezení byl stud, stud rodiny, strach z nepochopení. V případě Dany věděla o první hospitalizaci pouze matka, která dceři zakázala tuto skutečnost prozradit (i prarodičům). Specifická situace byla Eliščina, u které rodiče informovali širší rodinu i okolí (domnívám se, že mohlo jít o formu copingu).

Mamka to jednu dobu furt rozhlašovala, i skoro cizím lidem na setkání, což mě štvalo. Ona tvrdila, že to dělá pro moje dobro, že tím jako dává všem najevo, že to je normální a může se o tom mluvit. Jenže mně spíš přišlo, že to dává najevo hlavně sobě, že si to tím takhle řeší. Ona o tom totiž nemluvila normálně, ona o tom mluvila extrémně.

[Eliška]

[Proč o hospitalizaci věděl jen malý okruh lidí] Protože lidé použijí proti tobě cokoli, co se jim zrovna zamane. A na zkušenosti s PL není asi nic, co by lidé pochopili hned.

[Aneta]

Já jsem to nikomu ze začátku až tak moc neříkal. Báł jsem se, měl jsem strach, že se na mě budou dívat jinak, že si budou myslet něco...

[Filip]

9.2.3 Prvotní reakce okolí

První reakcí blízké rodiny a přátel byl často **šok** a na něj navazující buď **starost** a **zájem** nebo **rozpačitost**, kterou označuji určitý odstup plynoucí z nejistoty, jak se k člověku přichozímu z psychiatrie chovat.

U tý první [hospitalizace] byli všichni takoví vyplesklí a chovali se ke mně opatrně, aspoň teda matka, ta si myslím moc nevěděla, jak se chovat, takže byla taková rozpačitá.

[Aneta]

Někteří respondenti hovořili o jakémisi **potlačení**, 'zametení pod koberec'. Kladně to vnímal pouze Ctirad.

... tak to [fakt o hospitalizaci] už bylo pryč, passé, to už se neřešilo, to zmizelo, dodneška o tom [matka] nezačne.

[Dana]

Spíš mi přišlo, že se chtěli rychle tvářit, že se nic nestalo. Prostě jsme v rodině spíš chodili kolem sebe.

[Eliška]

Nikdo to nerozebíral, pouze doma jsme o tom chvíli diskutovali s rodiči a s tím, že mi prostě hráblo z toho všeho kolem, jsme to smetli ze stolu. Oddechli jsme si a chtěli jsme, tedy hlavně já, zapomenout.

[Ctirad]

Jen v případě Dany byla reakce blízkých výrazněji negativní. Již bylo uvedeno, že matka se za její psychiatrickou léčbu velmi styděla. Po druhé hospitalizaci se s Danou rozešel přítel, který dříve nevěděl, že je psychiatrickým pacientem.

Mamka to strašně těžko nešla, přišlo mi, že to nese hůře než já. Takže jsme se tak učili spolu sžívat. Ona hrozně to chování střídala – prvně byla taková odmítavá, pak zas mě začala litovat... Chudák v tom měla taky zmatek.

[Dana, po 1. hosp.]

Negativní postoje se nejčastěji objevily mezi širší rodinou a širším okolím. Zdá se, že příčinou byla neznalost situace, z toho plynoucí nepříznivá atribuce (buď jednoduše – byl na psychiatrii, protože je jiný, blázen; nebo složitěji – byl na psychiatrii, protože je slabý, vymýšlí si, chce dělat problémy atd.) a ve výsledku **obviňování, odstup** a/nebo **devalvace**.

[O širší rodině a okolí] ... pak jsem se často dozvěděla, že to komentovali nějak, snažili se třeba našim radit. Ani mě neznali a říkali, z čeho to mám, ty problémy. Že se třeba málo hýbu a měla bych běhat a to že mi pomůže, nebo že jsem rozmazlená, nebo že moc přemýšlím a mám to z toho...

[Eliška]

A tam [na školním diskuzním fóru] jsem to zmínil a tam jsem se setkal s docela blbýma názorama. To byly různé urážky a tak. Já jsem tam něco napsal a ten mi tam napsal, že jsem nějaký schizouš, takže se nediví, že tam píšu úplný blbosti.

[Gabriel]

Škola často zareagovala podpůrně, např. poskytla možnost odkladu klasifikace. Daně byly sníženy poplatky za prodloužené studium, které se natáhlo kvůli hospitalizacím a nemoci, a měla úlevy v souvislosti s brzkou ranní výukou, na kterou se nedokázala vzbudit následkem nežádoucích účinků antipsychotik. Takovýto podpůrný přístup ale ne vždy platil i pro konkrétní pedagogy.

Angličtinářka mi to řekla přímo [po návratu z psychiatrie do školy], že bych se měla zamyslet nad tím, jestli je pro mě taková škola vhodná a jestli na ni patřím.

[Eliška]

[Když se škola dozvěděla o dřívější hospitalizaci na psychiatrii] Učitelka si mě zavolala po hodině, zavřela si mě k sobě do kanclíku a říká: „Co máte za tu psychickou nemoc?“, tak přemýšlím, jestli kápnout božskou (že když řeknu hraniční, tak sedne k internetu, najde blog šestnáctky hraniční a nepustí mě už k pacientům) a ona skoro ječí „no, čekám, chcu to vědět, co máte za tu diagnózu psychiatrickou!“. Tak potichu říkám „emočně nestabilní poruchu osobnosti“ a ona

„to si jako myslíte, že můžete být ergo?“ ... No a dělala jsem u ní zkoušku pětkrát a udělala jsem ji díky tomu, že jsem ji dělala u komise. Všechny ostatní mám na první pokus.

[Dana]

Byla patrná určitá **podobnost mezi chováním jedince a chováním okolí**, nicméně jsem nedokázala identifikovat kauzalitu – někdy se zdá, že se navrátilší z psychiatrie přizpůsobuje okolí (např. na rozpačitost matky reagovala Aneta taky rozpačitostí, Danina matka se za dceřinu hospitalizaci styděla a Dana se pak styděla také atp.), někdy se okolí zřejmě přizpůsobuje dotyčnému (Ctirad o svých problémech nechtěl mluvit a nikdo z okolí je nezmínil, Daně to po třetí hospitalizaci *začalo být jedno* a ostatním za nějakou dobu také).

9.2.4 Dlouhodobé změny v chování okolí

Hospitalizace na psychiatrii může vyvolat vyšší pozornost – **podporu**, ale také **kontrolování** kvůli strachu z možného relapsu. Zřejmě dobře míněné bývají **laické rady**, jak se s psychickými problémy vyrovnat (např. *jdi běhat* nebo *to máš z toho počítače*), jenže u respondentů vyvolávaly spíše pocity nepochopení.

No a mamka, ta se bojí a kontroluje mě. Zas lepší, než kdyby se nestarala, jen je to někdy trochu moc. Třeba když jsem šla na záchod teď nedávno po obědě, tak šla za mnou, jestli tam nezvracím. Sedm let po tom, co žádné takové problémy nemám.

[Eliška]

Rodiče maj strach, abych nespáchal sebevraždu, protože jsme to měli v rodině. Přitom jsem nikdy – nemám za sebou žádný pokus ani nic. A třeba matka, ta se mi vždycky snaží navrhovat, co mám dělat a tak, a mě to vždycky strašně obtěžuje, já ji vždycky už posílám někam a ona pořád mě s tím obtěžuje, je to takový... Mám pocit, že se to rodiče snaží pochopit, ale že jim to nejde.

[Gabriel]

Nároky mohou být **sníženy** i **zvýšeny**. Filip přiznal benevolentnější přístup ve škole. Eliška hovořila o podceňování druhými, byť v dobré víře. Byla opakovaně a různými lidmi varována, aby se s ohledem na svůj stav do některých věcí (např. studia náročného oboru) nepouštěla, protože by to pro ni mohlo být příliš stresující a mohlo by se jí přitížit. Na druhou stranu:

Mám dojem, že jsou tvrdší, že ostatní nechávají být, ale ode mě jakoby chtějí, abych dokázala, že na to něco mám. Když jsem to [o hospitalizaci na psychiatrii] řekla jedné paní na praxi, najednou byla taková odměřená, nepříjemná a drsná, furt mě zkoušela ze znalostí a tak celkově. Předtím se chovala úplně jinak a na ostatní byla pořád milá.

[Eliška]

Témata **nepochopení, odstupu a devalvace** se vinula téměř všemi rozhovory.

... koukají na mě jako na blázna nebo na někoho méněcenného. Ale zase ne všichni.

[Bára]

Lidé tomu nerozumí, nechápou a hned jsi pro ně cvok.

[Aneta]

Určitě to nejde do zájmu, ale je tam odstup, to i u mojí nejlepší kamarádky. Není to myšleno vyloženě špatně, spíš jako „nevím, jak s ní jednat, ať jí nějak neublížím“.

... Oni ti normální lidi to prostě nezvládají – když jim začneš něco vykládat, tak to poznáš, nebo ti sami řeknou, že se o tom nechcou bavit. Ani moje spolužačky o tom se mnou nechcou mluvit.

[Dana]

Ve sféře zaměstnání se někteří probandi obávali nepříznivých následků, pokud sdělí pravdu o psychiatrické léčbě. Tyto diskreditující informace tajili nejvíce právě v oblasti práce (takové zamlčování sice někdy vnímali jako nevhodné a nemorální, ale svou roli měl strach). Gabriel se sice nesetkal s odlišným jednáním kvůli dřívější hospitalizaci, ale zatajil závodnímu lékaři, že se i nadále ambulantně léčí, z obavy, že by mu to *mohlo způsobit problémy*. Při změně zaměstnání to bylo prozrazeno a lékař Gabrielovi sdělil, že pokud by to věděl dříve, nepovolil by mu práci na směny.

Tak to mě jako zarazilo. ... Já jsem s tím neměl, s prací na směny, nikdy problémy, absolutně. A přijde mi to jako další taková diskriminace – když ten člověk má zájem, tak co... Já to mám právě docela rád tu práci na směny.

[Gabriel]

... Sama se bojím, až budu hledat práci, protože kdekoliv v nemocnici chcou vyšetření u jejich závodního doktora včetně léků, takže z toho mám strach, jestli mě vůbec někde zaměstnají. Zatím nevím, jak to budu řešit, jestli řeknu pravdu – ono je tak trochu trestný to zatajit, i když se to dá, ale já se pokusím – psychiatricka mi

slíbila, že mám její plnou podporu a že mi napíše papír, že můžu pracovat ve zdravotnictví a prostě budu bojovat. Teď to tak vidím, ale jako bojím se toho strašně moc.

[Dana]

Gabrielovi bylo sděleno, že s jeho diagnózou by mu pravděpodobně nebylo umožněno získat střelnou zbraň (to chápal jako omezení na právech a argumentoval tím, že nemá žádnou diagnózu, která by hovořila o agresivních nebo disociálních sklonech). Také se nemůže hlásit k policii nebo do armády. Je otázkou, zda je toho omezení oprávněné nebo ne.

Jaké chování k člověku, který byl na psychiatrii, by respondenti preferovali?

Muži (Ctirad a Gabriel) všeobecně shrnuli, že by okolí mělo předně respektovat, co si dotyčný přeje. Všechny ženy shodně odpovídaly, že by se lidé měli chovat *normálně*, bez předsudků – tedy brát fakt hospitalizace a psychických problémů v potaz, nepopírat ho, ale své chování neměnit. Netouží po přehnaném soucitu, radách, lítosti, předstíraném zájmu.

Myslím, že hlavně je důležité pořádk brát toho člověka jako jeho – a ne že „on je teď jinej, jak bychom se k němu teď měli chovat“. Není jinej. Něco se mu stalo, ale furt to je on.

[Eliška]

Tabulka 4: Dílčí výzkumná otázka II aneb Chování okolí po hospitalizaci na psychiatrii

	Aneta		Bára	Ctirad	Dana			Eliška	Filip	Gabriel
	1.	2.			1.	2.	3.			
OBEZNÁMENOST OKOLÍ										
Úzká rodina	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Širší rodina								•		
Přátelé			•	•		•	•	•		•
Širší okolí								•		.
Nadřízení / Učitelé	•			•			•	•	•	
Kolegové / Spolužáci				•			•	•		
ZMĚNY V CHOVÁNÍ										
Zájem, podpora			•		•				•	•
Zvýšená kontrola			•					•	•	•
Laické rady			•					•		•
Odstup					•			•		
Kritika, devalvace			•		•			•		•
Podceňování, snížení nároků			•		•			•	•	
Zvýšení nároků					•			•		

POZN: U Anety a Dany se obeznámenost okolí po jednotlivých hospitalizacích lišila, proto je uváděna pro každý pobyt na psychiatrii zvlášť.

9.3 Dílčí výzkumná otázka III

Aneb Zažili lidé po hospitalizaci na psychiatrii stigmatizaci ze strany pracovníků v pomáhající profesi?

Respondenti ve většině případů sdělili, že s pracovníky v pomáhajících profesích nejsou v kontaktu, s výjimkou lékařů. Pouze Gabriel navštěvoval pracovní úřad, fakt o psychiatrické léčbě jim sdělil a dalo by se hovořit o pozitivní diskriminaci:

Já mám spíš pozitivní zkušenost, když jsem byl v Praze, tak mě tam poslali za nějakou psycholožkou, co tam mají, a ona mi tam nabídla nějaký dotovaný místo. Já si myslím, že pro ně to je spíš dobrá zpráva, když tam mají někoho takovýho, že ho můžou zařadit do nějakých programů, a tím pádem mají důvod žádat o dotace na tyhle programy a tak. Rozhodně na pracáku to není handicap.

[Gabriel]

Ctirad, Dana a Eliška se setkali s tím, že jejich **fyzické zdravotní problémy byly zastíněny psychickými** – lékaři je pojímali jako somatizaci nebo hypochondrii a kvůli této domněnce ne vždy provedli obvyklá vyšetření. Vzhledem k charakteru Ctiradových potíží (somatizační porucha) je ovšem nutno na stigmatizaci usuzovat s opatrností.

To jsem byla taky jednou na ortopedii a měla jsem jenom naraženou nohu a doktor mě vyšetřil, všechno, no a v pohodě, dal mi berle a já odcházím a on „lécíte se ještě s něčím?“ a já „no, na psychiatrii“. Takže jsem četla zprávu „Léčí se na psychiatrii“ a až pak „Koleno blablabla“. A nejlepší byl gynekolog, to už bylo dávno. Se ptal, jestli beru nějaké léky a já říkám antidepresiva a antipsychotika a on „máte schizofrenii?“ a pak hned „a můžu na vás sáhnout?“ a já říkám „no proto jsem sem přišla, ne“.

[Dana]

Dana, která se pohybuje v prostředí zdravotnictví, se navíc bojí, že na neurologii bude označena za simulanta.

Vím, že mám určitě nějaké neurologické věci, ale mám strach tam jít – kvůli tomu, že řeknou „áá, psychiatrická pacientka“, že řeknou, že to mám z psychiky. Protože koleno, urvané vaz, nenasimuluješ. Ale já se bojím, protože vidím, jak říkají o psychicky nemocných, že jsou simulanti. Já už jsem to viděla mockrát na vlastní oči, my máme praxi na neurologii.

[Dana]

9.4 Dílčí výzkumná otázka IV

Aneb Jakými způsoby lidé na stigmatizaci reagují, jak se s ní vyrovnávají?

Z rozhovorů s respondenty vyplynulo několik strategií, jak se vyrovnávají se stigmatem hospitalizace na psychiatrii a šířeji se stigmatem duševní nemoci (které je s psychiatrickou léčbou neoddělitelně spjato). Většina probandů vykazovala více způsobů zvládání a ty se navíc u některých v průběhu času měnily.

Jednoznačně nejčastější bylo **utajování**, používané v různé míře všemi respondenty. Nebylo považováno za jakoukoli 'strategii', ale za naprostou samozřejmost, která se s pobytem na psychiatrii pojí, za nezbytné jednání k bezproblémovému (nebo spíše méně problematickému) 'přežití' ve společnosti (protože *hospitalizaci na psychiatrii by lidé nepochopili* a podle některých respondentů je to důvod ke studu). Utajování logicky snižovalo výskyt zkušeností se stigmatizací, neboť okolí o odlišnosti dotyčného nevědělo.

Ačkoli si nejsem jistá, jestli jde vždy o strategii k vyrovnání se se stigmatem, řadím zde i **emoční stažení**, které vnímání nepříznivého chování okolí jistě ovlivňuje.

Měla jsem permanentní strach z toho, že budu muset mluvit o sobě, ale **cítila jsem se za barikádou, za kterou nikdo nemůže, takže asi jako v bezpečí**. Bála jsem se mluvit o sobě, protože jsem hodně uzavřený člověk, protože by nepochopili, co se děje, protože bych jim to neuměla vysvětlit.

[Bára]

[Jak reaguje na nepříjemné reakce lidí] Nijak, nechávám to být. **Uzavřu se**, protože si myslím, že nemají moc dobré úmysly.

[Bára]

Když teď něco dělám, tak ty emoce necítím, ale kdysi jsem je prožíval hrozně moc a mám dojem, že **jsem se od nich v určité chvíli odstříhl**.

[Filip]

Dá se říct, že Filip používal spolu s utajováním i určitou formu **kognitivního distancu**, tj. distancování se od vlastní stigmatizované skupiny zdůrazněním, že s takovými lidmi má jen málo společného, že 'není jako oni' (Link et al., 2004). Zdá se, že podobný distanc – s prvky magického myšlení – proběhl i v souvislosti s jeho psychickými problémy.

Měl jsem strach, že se se mnou budou ty problémy pořád táhnout, ale zvláštní je, že

jsem odešel z té léčebny a nějak jsem to tam za sebou nechal – ty problémy. Doposud mám trochu problémy tam chodit.

[Filip]

Myslím si, že hodně lidí, kteří mají psychické problémy, se nestarají o to, jak by se měli chovat nebo jak se chovají, a tím pádem to na nich to okolí vidí hrozně. A vždycky se najde někdo, kdo se pak zachová blbě. Podle mě já ty problémy nemám, protože se snažím, abych fungoval ve společnosti a nebylo to na mě poznat. A asi mám taky štěstí na lidi. Slyšel jsem někde názor, že každý rozumný člověk to pochopí. Ale vždycky se najde nějaký blbec, co to zkazí.

[Filip]

Pojmem **potlačení** označuji určité odstrižení se od faktu vlastní hospitalizace, které, jak se zdá, výrazně modifikuje vnímání stigmatu. Týkalo se Ctirada. Skládá-li se vnímaná stigmatizace ze dvou prvků, tj. vědomí předsudků panujících ve společnosti a pojmání sebe sama jako toho, na něhož se takové předsudky vztahují (Brohan et al., 2010), pak potlačení faktu hospitalizace 'zruší' druhou podmínku a jedinec se od stigmatu osvobodí. Je to podobné kognitivnímu distancu Linka et al. (2004), ale nejedná se jen o to, že dotyčný 'není jako oni', ale také o uchopení vlastní hospitalizace na psychiatrii jako něčeho, co bylo a co už neplatí (i přes to, že duševní nemoc a ambulantní psychiatrická léčba dále trvají, spíše utajovaně). Z rozhovoru s Ctiradem se potlačení ukazuje jako velmi účinný způsob boje se stigmatem. Výpovědi respondentů také naznačovaly, že strategie potlačení je používána příbuznými a jinými blízkými lidmi.

Zřejmě něco takového [jako stigma] existuje, ale u zgruntu jiných osobností. Pro mě to je jen nějaká velmi nepříjemná životní kapitola, která byla, už není a doufám, že už nikdy nebude. ... Nechci tomu věnovat víc času, než je nutné – a v tuto chvíli už to nutné není vůbec. ... Snažím se na to prostě nemyslet, dokud se to samo neozve (a je mi tak líp, takže jsem rád, že jsem opustil svépomocnou skupinu).

[Ctirad]

... jsme to [hospitalizaci na psychiatrii] smetli ze stolu. Oddechli jsme si a chtěli jsme (tedy hlavně já) zapomenout.

[Ctirad]

Vyhýbání se lidem se může pojít s emočním stažením, ale někdy jde o prostý fyzický odstup. Po určité období se k tomuto řešení uchýlili čtyři respondenti. Nemusí se

samozřejmě jednat o vyhýbání se všem lidem, ale jen těm, u nichž je zřejmé riziko stigmatizace.

Většinou to vypadalo tak, že jsem seděla doma, držela se od lidí dál, odmítala se vrátit do školy, když jsem věděla, že oni to ve škole ví.

[Eliška]

A jeden vyučující říkal „já poznám hraničního hned, jak mi vejde do kanceláře“, tak jsem měla strach tam pak chodit. Oni to tak mají nastavený, že hraniční jsou takoví, že je to na nich vidět a že se brzo zabijou.

[Dana]

Selektivní sdružování se s lidmi 'na stejné lodi' (např. Moses, 2010) a **selektivní terapeutické zveřejnění** (Herman, 1995, blíže viz [kap. 4.2](#)) souvisí s vyhýbáním se stigmatizujícím lidem a s utajováním. Týkalo se všech respondentů. Většina z nich, ačkoli to nebylo vždy explicitně řečeno, od selektivního sdružování po čase upustila nebo jej omezila – důvodem bylo to, co Gofmann (2003) nazývá 'sestupem do polosvěta', tzn. zaměření se výhradně na nemoc a špatné zážitky a určité ustrnutí v problému.

A dlouho jsem se bavila jen s podobnými, teda duševně nemocnými lidmi, neměla jsem prakticky kolem sebe nikoho jiného. Jsem se před nima mohla cítit tak nějak stejně, mít pocit, že jsem stejná jako ostatní, takže se nemusím nijak měnit, přizpůsobovat, že mezi nima můžu být sama sebou.

[Eliška]

Ale jak jsem toho byla plná, tak jsem to potřebovala někomu říct a s někým to probírat, tak jsem byla hodně na internetu, na různých takových diskuzích psychicky nemocných lidí – potřebovala jsem od těch lidí slyšet, že jim se to taky dělo, že to je normální a tak celkově nějak vyřvat, jak jsem to prožívala. Nemá cenu to popisovat do detailů zdravému člověku, protože to nechápe, tak jsem to říkala těm, co mají podobnou zkušenost, ale hrálo tam roli i to, že oni jsou taky takoví, jsem neměla takový stres a strach jim to říkat.

[Dana]

Pak ten strach [ze zveřejnění psychiatrické nemoci a léčby] opadl a měl jsem naopak období, kdy jsem to lidem říkal hodně, ale říkal jsem to těm, u nichž jsem byl přesvědčený, že neznají ty, které znám já – aby jim to neřekli.

[Filip]

Eliška hovořila o **preventivním zveřejnění** (Herman, 1995, viz kap. 4.2), které v jistém období používala:

Pak jsem dělala extrémní opak, všem jsem to hned říkala, prostě „já jsem [jméno respondentky] a byla jsem na psychiatrii“. Jak jsem se totiž předtím bála, že se to o mně lidi dozví, tak jsem to radši rovnou všem řekla, abych se nemusela bát, že to zjistí a co pak bude.

[Eliška]

Konfrontaci (tzn. vznesení námitky) v případě styku s předsudky a diskriminací (Link et al., 2004) volili dva respondenti – Gabriel spíše v **agresivním stylu**, Dana v **žertovném** (a bez vysvětlování, to podle ní *nemá cenu*).

... já si to nenechám jako líbit a já myslím, že vždycky je nejlepší obojí – obrana i útok, takže informace o tom problému plus že on je debil, že je to od něj diskriminace taková. Já se s tím [negativními postoji a nadávkami] setkávám celkově na netu a reaguju takhle.

[Gabriel]

Protože třeba teď jsem byla na ortopedii pro zdravotní vložky do bot a on se ptal „léčíte se ještě někde?“. A já říkám „no, na psychiatrii“ a on tak ztuhl – no a já už s tím umím, tak říkám [s úsměvem] „no, vy jste ale nějak zkameněl“ a on „nénéné, to je dobrý“.

[Dana]

O volbě **pomáhající profese**, kterou studují čtyři ze sedmi respondentů (což mě zaujalo), zřejmě nelze hovořit jako o copingové strategii. Uvažuji ovšem o určité podobnosti se strategií zdůrazňování pozitivní odlišnosti, to znamená některé favorizované charakteristiky stigmatizované skupiny. Struch et al. (2008) uvádějí v souvislosti s lidmi s duševním onemocněním čtyři takové vlastnosti, z nichž dvě s pomáhající profesí přímo souvisejí – větší citlivost a starostlivost a lepší porozumění problémům a utrpení jiných. V rámci volby povolání by navíc mohlo jít o kombinaci s další strategií – dát negativnímu zážitku (i nemoci jako takové) smysl (např. Goffman, 2003).

Reakcí na stigma může být i jeho internalizace. Na **self-stigma** jsem usuzovala z výroků zmiňujících stud a snížení sebedůvěry následkem psychiatrické léčby (a tedy zřejmě i následkem diagnózy duševní nemoci). Self-stigma se týkalo čtyř respondentů,

dvou z nich v minulosti (Dana, Filip) a dalších dvou dosud (Bára, Eliška).

Jak to mamka tak moc tajila, tak já jsem to z toho taky nesla divně, že musím být nějaká špatná teda, když se to musí tak tajit, že jsem tam [na psychiatrii] ani neměla chodit teda. Já jsem tehdy nevěděla, co s tím mám dělat – teď už vím, že problém byl jasně v ní. ... Takže teď už to беру s humorem, ale dřív, to jsem totiž sama na sobě cítila, že jsem prostě špatná, že chodím na psychiatrii, že беру léky...

[Dana]

Tabulka 5: Dílčí výzkumná otázka IV aneb Copingové strategie a self-stigma

	Aneta	Bára	Ctirad	Dana	Eliška	Filip	Gabriel
COPING A SELF-STIGMA							
Utajování	•	•	•	•	•	•	•
Emoční stažení		•			•	•	
Kognitivní distanc						•	
Potlačení			•				
Vyhýbání se		•		•	•	•	
Selektivní sdružování a zveřejnění	•	•	•	•	•	•	•
Preventivní zveřejnění					•		
Konfrontace				•			•
Pomáhající profese	•			•	•	•	
Self-stigma		•		•	•	•	

9.5 Hlavní výzkumná otázka

Spojením výsledků čtyř dílčích výzkumných otázek vychází odpověď na hlavní otázku: *Zažívají lidé kvůli hospitalizaci na psychiatrii stigmatizaci?*

Je-li s **pacienty hospitalizovanými na psychiatrii** jednáno jako s jedinci méně odpovědnými nebo schopnými rozhodovat o svém životě či dokonce jako s méněcennými (s pohrdáním nebo výsměchem), **lze hovořit o stigmatizaci**. Respondenti takové jednání popsali. Dlužno dodat, že nešlo o všeprostupující zkušenost a lidé hovořili také o milých, akceptujících a podporujících zdravotnících.

Se stigmatizací od svého okolí se setkali minimálně čtyři ze sedmi respondentů. Všichni čtyři zároveň zažívali i pozitivní reakce okolí. Situace Filipa je sporná – mezi čtyři stigmatizované ho nezařazují, nicméně i s ním bylo ve dvou případech zřejmě zacházeno předsudečně. Zvýšená kontrola příbuznými po Filipově návratu z léčebny (s argumentem, že by si mohl ublížit) nevycházela ze žádné zkušenosti s jeho agresivitou, sebepoškozováním ani ztrátou kontroly (příznaků jeho nemoci si dokonce nikdo nevšiml a k psychiatrické léčbě došlo v podstatě na jeho žádost u praktického lékaře), šlo tedy spíše o stereotyp duševně nemocného jako jedince, který se nekontroluje a je nebezpečný sobě a/nebo okolí. Tato kontrola se ale týkala pouze doby těsně po propuštění, nebyla výrazná a kromě ní se Filip setkal už jen se zájmem a podporou. O stigma (konkrétně pozitivní diskriminaci) se jednalo asi i v případě benevolence Filipovy školy. Ta nevycházela z jeho žádosti ani z jeho potíží (hospitalizace proběhla dva roky před započítáním studia a od té doby Filip žádné zdravotní problémy neměl), ale zřejmě z domněnky, že toho kvůli prodělané schizofrenii zvládne méně a že je tedy na místě snížit očekávání a tolerovat pochybení (např. neomluvenou absenci). Šlo pravděpodobně o laskavost založenou na stereotypu (a Filip se situaci přizpůsobil a úlev, které v podstatě nepotřeboval, využíval). Co se týká zbývajících dvou respondentů, podle Ctirada se chování jeho okolí nezměnilo a Aneta udávala – kromě počáteční rozpačitosti blízkých – totéž.

10 Diskuze

Výsledky ve všech čtyřech zkoumaných oblastech (zážitky z hospitalizace, zkušenost se stigmatizací od okolí a od lékařů, copingové strategie) souhlasily se soudobými výzkumy, které jsou mimo jiné uvedeny v teoretické části, proto se jimi nebudu dále zabývat. Pozastavím se ale nad několika aspekty souvisejícími s internalizací stigmatu. Ty také mohou být **námětem pro další výzkum**.

Čtyři respondenti vykazovali self-stigma, zbývající tři ne. Svůj vliv mají zřejmě osobnostní vlastnosti a mnoho jiných faktorů. Všimla jsem si ale několika podobností mezi těmito čtyřmi lidmi. Všichni zmínili, že v období kolem hospitalizací (tzn. před i po) měli málo přátel – Dana a Eliška řekly přímo, že jim vztahy s lidmi dělaly problémy, Bára sebe samou popisovala jako člověka velmi uzavřeného, Filip trávil téměř všechnen volný čas u počítače. Všichni měli problematický nebo žádný vztah s otcem (to platilo i pro Anetu, tedy pro pět ze sedmi respondentů, ta ale měla přátele). Filipovi a Báře zemřel otec během jejich dětství nebo dospívání, Dana jej ani neznala, Eliščin a Anetin otec byl sice fyzicky v dosahu, ale otcovskou roli neplnil. Toto téma bylo pro všechny čtyři ženy velmi citlivé (pročež ani neznám situaci podrobněji). Nabízí se (obecně známý fakt), že **sociální opora rodiny a vrstevníků je pro sebehodnocení – a tedy i internalizaci stigmatu – velmi významná**. O to důležitější bude během dospívání, tedy v období definování vlastní identity. V pubertě se psychiatricky léčily dvě respondentky (Eliška a Dana – ta pouze ambulantně) a obě vykazovaly self-stigma. **Psychiatrická léčba v pubertě by tedy mohla být pro internalizaci stigmatu klíčová**. Ke stejným výsledkům – významu sociální podpory a rizikovosti psychiatrické léčby v dospívání – došli např. Moses (2010) nebo Kranke et al. (2010). Další podobností, tentokrát mezi Filipem a Bárou, byla přítomnost jiného zdravotního problému. V případě Filipa sice poměrně nevelkého, nicméně rušícího sociální interakci – balbutismu. U Báry šlo o již uvedené závažné poškození hybnosti po DMO, které mimo jiné zapříčinilo i obezitu. **Stigma plynoucí z jiného postižení** (Bára přímo uvedla, že se jí děti posmívaly a nadávaly jí) **může posilovat, přidá-li se stigma duševní nemoci, jejich internalizaci**.

Zdá se, že v současné době se Filipa a Dany self-stigma již netýká. Proč? V případě Filipa by mohlo být příčinou to, že byl hospitalizován pouze jednou a během několika let se problémy nevrátily (pod kontrolou ambulantního psychiatra, tedy psychiatrickým

pacientem, je ale pořád). Jen u něj bylo zachyceno používání copingové strategie kognitivního distancu (tzn. 'nejsem jako ostatní duševně nemocní'), která by mohla podporovat sebepřijetí a tedy snížit vliv self-stigmatu. Třetím možným důvodem je výše zmiňovaný pozitivní vliv sociální podpory. Filip totiž uvedl, že jedním z důsledků toho, že onemocněl a léčil se na psychiatrii, bylo rozhodnutí, že změni životní styl, bude žít aktivněji a společenštěji (a tato změna se mu, podle toho, jak hovořil o svém současné životě po čtyřech letech od hospitalizace, podařila).

Dana se potýkala s výrazným self-stigmatem, které bylo z velké míry internalizací stigmatizace matkou, jež se za dceru 'magora' styděla. O to, že by svůj postoj změnila nejprve matka a Dana ji následovala, nešlo – bylo tomu právě naopak. Výrazným 'nastartováním zpětné externalizace stigmatu' mohla být Danina třetí, dodnes poslední hospitalizace na psychiatrii, během které zažila velmi přívětivý přístup personálu, jenž ji mimo jiné nasměroval k jejímu současnému studiu:

A ony mě dokonce sestry (i ta psycholožka i ta doktorka – ta taky byla úžasná) pochválily, že to, co dělám, je super, a že bych měla jít na to ergo. A tím mně daly smysl životní. ... Takže to hlavní, co jsem cítila, byl zájem. Že jsem taky člověk.

[Dana]

Po třetí hospitalizaci došlo u Dany k několika změnám:

... Rozhodla jsem se, jak mám ten život změnit a jak s ním naložit, takže jsem ho měnit začala.

... To se hlavně změnilo to, že mi už to [že je psychiatrickým pacientem] bylo více méně jedno. A zjistila jsem, že když je to mně jedno, tak oni taky časem jim to začne být jedno. Ale byl to fakt náročnější proces, protože mamka byla fakt urputná.

... Ale já už s tím [že je psychiatrickým pacientem] sama problém nemám, já už jsem našla takové smíření se sebou.

... Až po té třetí jsem jako našla sama sebe.

[Dana]

A tedy; ačkoli jsem nezjistila, **jestli a jak přispívá hospitalizace na psychiatrii k internalizaci stigmatu, může zřejmě v některých případech dopomoci ke zmírnění self-stigmatu**, a to prostřednictvím akceptujícího, podpůrného, lidsky angažovaného přístupu zdravotníka k pacientovi, o jehož důležitosti ostatně hovoří mnoho jiných (např. Styx, 2003, Dörner, & Plog, 1999).

Na závěr k důležitosti toho, co respondentům chybělo během hospitalizace na psychiatrii, tedy informace a psychoterapie. Šest respondentů bylo v kontaktu s psychiatrií už v dětství nebo pubertě. V současné době mám informace pouze o Anetě a Báře – Aneta absolvovala jednu další hospitalizaci, Bára dvě. Šest probandů ze sedmi bylo tedy hospitalizováno na psychiatrii minimálně třikrát. Tato skutečnost spolu s výsledky rozhovorů o jejich zážitcích během pobytu na psychiatrii potvrzují nepříliš povzbudivý **fenomén 'rotujícího pacienta'** (Praško, 2010): *„Psychoterapie je prostě zdlouhavá a málo vydělávající. ... Vysoký tlak na lůžka a tlak na to, aby hospitalizace byla co nejkratší, omezují psychoterapeutickou aktivitu v nemocnicích. Pacient dostane léky, jeho stav se trochu zlepší a je propuštěn. Není však dostatečně informován o tom, proč má léky užívat, a proto často nedokáže porozumět tomu, co se s ním dělo; záhy léky vysazuje. Ani během hospitalizace, ani v ambulanci nemá na psychoedukaci ani psychoterapii nikdo moc čas. Vzápětí pacient relabuje a je znovu krátce hospitalizován. Mnoho pacientů se frekventovaně točí mezi psychiatrickou hospitalizací a domovem.“* V tomto směru také zůstává otevřená otázka, **jak je míra stigmatizace i self-stigmatizace ovlivněna počtem hospitalizací na psychiatrii**. Například jeden z účastníků studie zaměřené na subjektivní zkušenost se stigmatem duševní nemoci (Schulze, & Angermeyer, 2002) říká, že lidé jsou schopni pochopit a přijmout, dostane-li se člověk do psychických problémů a na psychiatrii, ale pouze jednou. Jednou se to 'může stát každému', pokud se to ale opakuje, s dotyčným 'musí být něco vážně špatně'.

K limitům výzkumu: Tři respondenti byli osloveni skrze internetovou svépomocnou skupinu nebo diskuzní fórum pro lidi s duševním onemocněním. To mohlo zkreslit výsledky, např. v oblasti používaných copingových strategií ve prospěch selektivního zveřejnění. Sdělení těchto tří osob se ale výrazně nelišila od výpovědí ostatních čtyř v žádné z oblastí.

V souvislosti s výběrem výzkumného souboru lze také očekávat zkreslení, a to kvůli citlivosti zkoumaného tématu. Je třeba počítat s tím, že mnoho lidí není ochotno hovořit o takto soukromých, často bolestných zážitcích (bolestných nejen kvůli stigmatu, ale především kvůli tomu, co vedlo k hospitalizaci). Skutečně poměrně hodně oslovených osob odmítlo účast ve výzkumu. I u mých respondentů, kteří se k rozhovoru rozhodli, bylo vidět, že je pro ně v určitých chvílích nepříjemné a náročné mluvit o svých psychických

problémech (které navíc někteří vnímali jako selhání) s cizím člověkem, navíc osobou z 'druhé strany barikády' – studentem psychologie. Lze se tak domnívat, že s větší pravděpodobností mohli rozhovor odmítnout kupříkladu ti lidé, jejichž zážitky byly trýznivější, kteří trpěli výraznějším self-stigmatem (a tak se styděli o sobě a svých potížích hovořit) a/nebo ti, jež kvůli očekávané stigmatizaci omezují interpersonální kontakt. Naopak, k účasti mohly být motivovány osoby, které mají výraznou zkušenost se stigmatem a cítí potřebu se o ni podělit, nicméně toto bylo dle mého názoru odstraněno tím, že se nejednalo o samovýběr.

Limitem je jistě velikost výzkumného vzorku, sedm osob samozřejmě nedovoluje zobecnění na celou populaci a pro tuto možnost je potřeba další šetření. Implicitním cílem výzkumu bylo ovšem provedení jakési pilotní studie, a to vzhledem k nedostatečnému prozkoumání tématu v ČR. K proniknutí do problematiky zkušeností osob se stigmatem hospitalizace na psychiatrii nebyl malý výzkumný soubor překážkou.

Omezení mohlo způsobit použití metody rozhovoru. Objektivita v případě zaměření výzkumu na subjektivní zkušenosti lidí není možná ani žádaná, problém je spíše v tom, že jsem neověřovala, jestli mí respondenti skutečně absolvovali hospitalizaci na psychiatrii. Z podrobností sdělovaných zážitků a jejich podobnosti (mezi jednotlivými probandy) ale usuzuji, že hospitalizováni na psychiatrii skutečně byli.

Výrazný limitem byla pochopitelná nezkušenost výzkumníka, k čemuž mohu dodat pouze to, že jsem se působení tohoto aspektu snažila minimalizovat.

K možností uplatnění výsledků: V tomto ohledu se odkazuji k výše uvedenému implicitnímu cíli – provedení pilotní studie. Stigmatem duševní nemoci z pohledu jím zasažených osob se v ČR zabývá pouze několik diplomových prací (situace v zahraničí je lepší, ale ne výrazně). I toto opomenutí názorů lidí s duševním onemocněním (kteří by v tomto tématu snad měli být nejdůležitějším zdrojem informací) může být známkou stigma. Nevím o výzkumu v ČR, který by se zaměřoval na stigma hospitalizace na psychiatrii nebo na copingové strategie se stigmatem spojené. Problematikou mnou zahrnutých témat – (ne)vhodností institucionální psychiatrické péče v její současné podobě a situací lidí léčících se na psychiatrii – se v posledních letech aktivně zabývá několik českých organizací a potřebu změny si uvědomuje velká část odborníků. Ministerstvo zdravotnictví deklaruje reformu psychiatrické péče: *„Chceme zlepšit život lidem*

s duševním onemocněním tím, že zlepšíme kvalitu, dostupnost a provázanost potřebných zdravotních a sociálních služeb. Chceme humanizovat psychiatrickou péči. Chceme snížit míru odmítání a stigmatizace ve společnosti a zlepšit sociální integraci“ (Strategická projektová kancelář MZ, 2013). Změna je tedy snad v dohlednu.

11 Závěry

Během pobytu na psychiatrii respondenti zažívali jak pozitivní, tak negativní situace. Nejvíce kritizovali nesdílnost zdravotníků ohledně jejich zdravotního stavu a léčby, absenci psychoterapie a markantní důraz kladený na farmakoterapii. Několik probandů popisovalo nevhodný přístup k pacientům (ve smyslu výrazného nezájmu nebo arogantní povýšenosti) – to se týkalo více uzavřených oddělení psychiatrických léčeb, kde se situace zdá být celkově horší.

Existenci stigma duševní nemoci a hospitalizace na psychiatrii ve společnosti vnímalo všech sedm respondentů. Strach ze stigma explicitně uvedli čtyři lidé, nicméně vzhledem k tomu, že všichni fakt o hospitalizaci záměrně skrývali, lze obavy předpokládat i u zbývajících tří. Self-stigma v minulosti vykazovali čtyři lidé, aktuálně – tedy v době rozhovoru – pouze dva. Zkušenost se stigmatizací po hospitalizaci se týkala čtyř osob, v malé míře i pátého probanda.

Jednoznačně nejčastější copingovou strategií bylo utajování a ruku v ruce s ním selektivní zveřejnění. Obojí používali všichni dotazovaní. Třetím nejčastějším způsobem zvládání bylo vyhýbání se lidem.

Souhrn

V dnešní době je široce přijímán názor, že přechod mezi duševním zdravím (normalitou) a duševní poruchou (nenormalitou) je pozvolný. Jednoznačná kritéria pro to, kdo je už psychicky nemocný a kdo ještě zdravý, chybí. „*Duševně nemocným se ale člověk nepochybně stává v okamžiku, kdy je mu udělena role duševně nemocného*“ (Styx, 2003, 18). Duševně nemocný (respektive korektněji 'člověk s duševním onemocněním') je tedy ten jedinec, jemuž byla stanovena diagnóza psychické poruchy a/nebo se léčí na psychiatrii. Systém psychiatrické péče je tak referenčním rámcem normality (Bodnár, 2010). **Stigma, které duševní nemoc nese, na člověka v podstatě dopadne na základě jeho kontaktu s psychiatrií.** Hospitalizace na psychiatrii je v tomto smyslu výrazným a dobře viditelným kontaktem a je tedy potenciálně stigmatizující.

Termínem **stigma** označuje Goffman (2003) **silně diskreditující atribut**. Podle jeho sociologické koncepce dochází ke stigmatizaci v případě, že osoba, s níž se setkáme, má atribut, který neodpovídá našemu očekávání a tento atribut je nežádoucí – snižuje hodnotu dotyčného. Člověk obyčejný a celistvý je v naší perspektivě zredukován na méněcenného jedince s jedním dominujícím rysem (stigmatem). V souvislosti s jinakostí jedince, která vyvolá proces stigmatizace, zmiňuje Goffman (ibidem) dvě hlediska – v situaci **diskreditovaného** je jeho odlišnost druhým známá (buď je přímo viditelná, nebo se o ní dozvěděli dříve), u **diskreditovatelného** známá není, ani ji nelze snadno zaregistrovat. Člověk s duševní nemocí může zaujímat obě pozice a s čím a jak se vyrovnává, závisí do značné míry právě na známosti/viditelnosti stigmatu. Obecně patří mezi nejběžnější způsoby zvládání stigmatu **utajování, vyhýbání se lidem a stažení se ze společnosti** nebo **vzdělávání druhých** – poučení ohledně duševních nemocí (Link et al., 2004). Stigmatizací dokonce nemusí trpět jen sám odlišný jedinec, ale i lidé v jeho blízkém okolí. Tzv. **propůjčené stigma** (Goffman, 2003) může zasáhnout jeho příbuzné nebo ty, kteří se stigmatizovanou skupinou pracují.

Model stigmatizace Linka a kolegů (Link et al., 2004) je spojením čtyř prvků – labelingu, stereotypizace, separace a ztráty statusu s následnou diskriminací. Revidovaná verze jejich konceptu navíc ke každé fázi připojuje emocionální reakce, které jsou podle autorů rozhodující pro pochopení chování stigmatizujících i stigmatizovaných lidí. Vedle obvyklé, čili individuální diskriminace hovoří i o jiné formě, a to **systémové diskriminaci**.

Jedná se o stav, kdy institucionální postupy fungují v neprospěch stigmatizované skupiny. Podle Bodnára (2010) je určujícím prvkem systémové diskriminace současný systém institucionální psychiatrické péče v ČR.

Přístupme blíže k tomu, jakým způsobem může hospitalizace na psychiatrii přispívat ke stigmatizaci. Za prvé, může fungovat jako **nálepka sama o sobě** – pouhý kontakt s psychiatrickým zařízením může být oficiálním potvrzením odlišnosti či poruchy. Jedná-li se o prvokontakt s psychiatrií, hospitalizace člověku zajistí **získání psychiatrické diagnózy** a dotýčný se tedy oficiálně stane psychiatrickým pacientem a duševně nemocným. Mnoho lidí svou psychickou poruchu a léčbu kvůli vědomí stigma tají a hospitalizace na psychiatrii pak může být **nuceným coming-outem**, protože možnost utajení značně zkomplikuje. Hospitalizace na psychiatrii může být také **přítěžující okolností** – může vzbuzovat dojem závažnosti nemoci nebo nekontrolovatelnosti či nebezpečnosti člověka. A konečně, sám **průběh hospitalizace může být zdrojem stigma**.

Výzkumná část práce se snaží odpovědět na otázku, jakou zkušenost se stigmatem mají lidé kvůli absolvované hospitalizaci na psychiatrii, jak stigma ovlivňuje jejich život a jakými způsoby se s ním vyrovnávají. Pro výzkum byla použita kvalitativní metodologie. Jako typ výzkumu byly kvůli kontextuálnosti problému a zaměření na specifičnost situace jednotlivých osob zvoleny případové studie. Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se sedmi osobami a analyzována pomocí metody vytváření trsů.

Výsledky analýzy dat zní následovně: **Během pobytu na psychiatrii** respondenti zažívali jak pozitivní, tak negativní situace. Nejvíce kritizovali nesdílnost zdravotníků ohledně jejich zdravotního stavu a léčby, absenci psychoterapie a markantní důraz kladený na farmakoterapii. Několik probandů popisovalo nevhodný přístup k pacientům (ve smyslu výrazného nezájmu nebo arogantní povýšenosti) – to se týkalo více uzavřených oddělení psychiatrických léčeben, kde se situace zdá být celkově horší. **Existenci stigma** duševní nemoci a hospitalizace na psychiatrii ve společnosti vnímalo všech sedm respondentů. **Strach ze stigma** explicitně uvedli čtyři lidé, nicméně vzhledem k tomu, že všichni fakt o hospitalizaci záměrně skrývali, lze obavy předpokládat i u zbývajících tří. **Self-stigma** v minulosti vykazovali čtyři lidé, aktuálně – tedy v době rozhovoru – pouze dva.

Zkušenost se stigmatizací po hospitalizaci se týkala čtyř osob, v malé míře i pátého probanda. Jednoznačně nejčastější **copingovou strategií** bylo utajování a ruku v ruce s ním selektivní zveřejnění. Obojí používali všichni dotazovaní. Třetím nejčastějším způsobem zvládání bylo vyhýbání se lidem.

Literatura a použité zdroje

- AEGON Pojišťovna. (2012). *Všeobecné a zvláštní pojistné podmínky pro pojištění AEGON Direkt*. Získáno 15. října 2013 z <http://www.aegondirect.cz/pdf/vseobecne-pojistne-podminky.pdf>
- Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440-452. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x
- Angermeyer, M. C., Beck, M., Dietrich, S., & Holzinger, A. (2004). The Stigma of Mental Illness: Patients' Anticipations and Experiences. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 153-162. doi:10.1177/0020764004043115
- Baudiš, P. (2005). Psychiatrický nemocný mezi námi. *Lékařské listy*, 7, 10-11.
- Baudiš, P. (2008). Veřejný ochránce práv o psychiatrických léčebnách. *Česká a slovenská psychiatrie*, 104(8), 437-438.
- Baudiš, P., & Libiger, J. (2002). *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén.
- Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22(2), 170-177. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x
- Bodnár, J. (2010). *Systémová stigmatizace psychiatricky nemocných*. (Disertační práce). Získáno 12. června 2012 z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp>
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: A review of measures. *BMC Health Services Research*, 10(1), 80. doi:10.1186/1472-6963-10-80
- Cameron, M., & Sheppard, S. M. (2006). School discipline and social work practice: application of research and theory to intervention. *Children & Schools*, 28(1), 15-22. doi:10.1093/cs/28.1.15
- Cechnicki, A., & Bielańska, A. (2009). Demographic, social and clinical variables of anticipated and experienced stigma of mental illness. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 49-63.
- Cechnicki, A., Angermeyer, M. C., & Bielańska, A. (2011). Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(7), 643-650. doi:10.1007/s00127-010-0230-2

- Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. (2003). *Závěrečná zpráva projektu APEL (Audit práv a etiky léčby v psychiatrických léčebnách)*. Získáno 14. října 2013 z <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000180.pdf>
- CK MUNDO. (2012). *Všeobecné a zvláštní pojistné podmínky pro cestovní pojištění*. Získáno 15. října 2013 z <http://www.mundo.cz/files/pojistne-podminky-cestovni-pojisteni.pdf>
- Corrigan, P. W. (2000). Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48-67. doi:10.1093/clipsy.7.1.48
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481-491.
- Corrigan, P. W., Morris, S., Larson, J., Rafacz, J., Wassel, A., & Michaels P. (2010). Self-stigma and coming out about one's mental illness. *Journal of Community Psychology*, 38(3), 259-275. doi:10.1002/jcop.20363
- Couture, S. M., & Penn, D. L. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 12(3), 291-305. doi:10.1080/09638231000118276
- Černoušek, M. (1994). *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Grada Avicenum.
- ČTK. (14. března 2013). Do konce roku budou z většiny psychiatrických léčen nemocnice. *ČeskéNoviny.cz*. Získáno 12. října 2013 z <http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/do-konce-roku-budou-z-vetsiny-psychiatrickych-leceben-nemocnice/913787>
- DEMA. (2004). *Názory na schizofrenii: Reprezentativní průzkum v ČR*. Získáno 12. ledna 2013 z <http://www.stopstigma.cz/files/nazory-na-schizofrenii.doc>
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 176-181. doi:10.1192/bjp.184.2.176
- Dörner, K., & Plog, U. (1999). *Bláznit je lidské*. Praha: Grada Publishing.
- Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. (2006). *Zpráva pro vládu České republiky o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání v roce 2006*. Získáno 25. října 2013 z <http://www.vlada.cz/cz/ppov/rlp/dokumenty/zpravy-plneni-mezin-umluv/evropska-umluva-o-zabraneni-muceni-a-nelidskemu-nebo-ponizujicimu-zachazeni-nebo-trestani-17701/>

- Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. (2011). *Zpráva o návštěvě ČR Evropským výborem pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání ve dnech 7. až 16. září 2010*. Získáno 25. října 2013 z <http://www.vlada.cz/cz/ppov/rlp/dokumenty/zpravy-plneni-mezin-umluv/evropska-umluva-o-zabraneni-muceni-a-nelidskemu-nebo-ponizujicimu-zachazeni-nebo-trestani-17701/>
- Goffman, E. (2003). *Stigma. Poznámky o způsobech zvládání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- González-Torres, M., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A., & Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members: A qualitative study with focus group. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 14-23. doi:10.1007/s00127-006-0126-3
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Herman, N. J. (1995). *Deviance. A Symbolic Interactionist Approach*. New York: General Hall.
- Chromý, K. (1990). *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. Praha: Avicenum.
- ING. (2012). *Všeobecné pojistné podmínky*. Získáno 15. října 2013 z <https://www.ingpojistovna.cz/files/cz/o-ing/pravni-ustanoveni/pojistne-podminky/pojistne-podminky/zpprz0c.pdf>
- Institut Tereziánské iniciativy. (2011). Eutanázie (1939 - 1941). In *holocaust.cz*. Získáno 3. září 2013 z <http://www.holocaust.cz/cz2/history/events/eutanazie>
- Jarolímek, M. (2009). Co se může, ale nemusí stát, když se člověk zblázní. In *blog.aktuálně.cz*. Získáno 13. září 2013 z <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/martin-jarolimek.php?itemid=7894>
- Krajewski, C., Burazeri, G., & Brand, H. (2013). Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry Research*. doi:10.1016/j.psychres.2013.08.013
- Kranke, D., Floersch, J., Townsend, L., & Munson, M. (2010). Stigma experience among adolescents taking psychiatric medication. *Children and Youth Services Review*, 32, 496-505. doi:10.1016/j.chilyouth.2009.11.002
- Kvaale, E. P., Haslam, N., & Gottdiener, W. H. (2013). The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 782-794. doi:10.1016/j.cpr.2013.06.002
- Kusá, Z., Ondrejka, I. (2006). Stigmatizácia a psychická porucha. *Kontakt* 8(2), 272-279.

- Link, B. G., Mirotznik, J., & Cullen, F. T. (1991). The Effectiveness of Stigma Coping Orientations: Can Negative Consequences of Mental Illness Labeling be Avoided?. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 302-320.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71, 2150-2161. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.030
- Majer, J. (14. října 2010). Dušan Šídlo: Duševní život jako riziko! *Finmag.cz*. Získáno 15. října 2013 z <http://finmag.penize.cz/kaleidoskop/264946-dusan-sidlo-dusevni-zivot-jako-riziko/>
- Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing.
- mBank. (2009). Všeobecné pojistné podmínky pro cestovní pojištění č. 2/2009. Získáno 15. října 2013 z http://www.mbank.cz/images/Pojisteni_karet/cestovni_pojisteni_VPP.pdf
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče*. Získáno 12. října 2013 z www.reformapsychiatrie.cz/2013/10/08/vydani-strategie-reformy-psychiatricke-pece/
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Moses, T. (2010). Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social Science & Medicine*, 70(7), 985-993. doi:10.1016/j.socscimed.2009.12.022
- Moses, T. (2011). Stigma Apprehension Among Adolescents Discharged From Brief Psychiatric Hospitalization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(10), 778-789. doi:10.1097/NMD.0b013e31822fc7be
- Nawková, L., Adámková, T., Holcnerová, P., Nawka, A., Bednářová, B., Žuchová, S., ... Raboch, J. (2010). Vyobrazení osob s duševním onemocněním v českých, chorvatských a slovenských tištěných médiích. *Česká a slovenská psychiatrie*, 106(6), 351-356.
- Penn, D. L., & Martin, J. (1998). The stigma of severe mental illness: Some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly*, 69(3), 235-247. doi:10.1023/A:1022153327316
- PL Brno. (2008). *Plán zvyšování kvality poskytované péče*. Získáno 2. listopadu 2013 z http://www.pnbrno.cz/upload/file/pdf/plan_pece.pdf

- PL Horní Beřkovice (2006). *Plán zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče v Psychiatrické léčebně Horní Beřkovice*. Získáno 2. listopadu 2013 z http://www.centrumberkovice.cz/plhob_docs/plan_zvysovani_kvality_zdravotni_pece.pdf
- Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod. (2012). *Kvalita péče*. Získáno 2. listopadu 2013 z <http://www.plhb.cz/content/kvalita-pece>
- Praško, J. P. (2001). Stigmatizace u „psychogenních poruch“. *Psychiatrie*, 5(1), 32-37.
- Praško, J. P. (2010). Stigma psychiatrie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 106(2), 71-72.
- Raboch, J., & Wenigová, B. (2012). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the mental illness is an illness like any other approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 303-318. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x
- Ritter, C., & Marcussen, K. (2007). The Role of Self and Social Support in the Relationship between Mental Health Services, Stigma, and Quality of Life. *Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association*. Získáno 25. září 2013 z http://citation.allacademic.com/meta/p184333_index.html
- Rosenhan, D. L. (1973). *On Being Sane in Insane Places*. Získáno 2. listopadu 2013 z <http://psychrights.org/articles/rosenham.htm>
- Rüsch, N., Angermeyer M. C., & Corrigan P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.04.004
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S., Batia, K. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: I. Predictors of cognitive stress appraisal. *Schizophrenia Research*, 110, 59-64. doi:10.1016/j.schres.2009.01.006
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440-452. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2), 299-312. doi:10.1016/S0277-9536(02)00028-X

- STEM/MARK. (2004). *Psychiatrie v ČR 2004: Implementace koncepce psychiatrie z pohledu ambulantní péče*. Získáno 7. července 2013 z http://www.cmhcd.cz/vyzkumna_evaluacni_cinnost.html
- STEM/MARK. (2012). *Výsledky projektu KVALITA OČIMA PACIENTŮ v přímo řízených organizacích MZ ČR za rok 2011*. Získáno 7. července 2013 z http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/files/KOP_2011_PŘO_MZ_Tisková_zpráva.pdf
- Stengler-Wenzke, K., Trosbach, J., Dietrich, S., & Angermeyer, M. C. (2004). Experience of stigmatization by relatives of patients with obsessive compulsive disorder. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 18(3), 88-96. doi:10.1016/j.apnu.2004.03.004
- Strategická projektová kancelář MZ. (2013). *Reforma péče o duševní zdraví*. Získáno 12. října 2013 z <http://www.reformapsychiatrie.cz/>
- Struch, N., Levav, I., Shereshevsky, Y., Baidani-Auerbach, A., Lachman, M., Daniel, N., & Zehavi, T. (2008). Stigma Experienced by Persons under Psychiatric Care. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 45(3), 210-218.
- Styx, P. (2003). *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press.
- Thornicroft, G. (2011). *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševním zdraví.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408-415. doi:10.1016/S0140-6736(08)61817-6
- Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review Of Psychiatry*, 19(2), 113-122. doi:10.1080/09540260701278937
- ÚZIS ČR (2013a). *Činnost ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2012*. Získáno 12. října 2013 z <http://www.uzis.cz/publikujeme/rychle-informace/aktualni-informace>
- ÚZIS ČR (2013b). *Psychiatrická péče v psychiatrických lůžkových zařízeních v roce 2012*. Získáno 12. října 2013 z <http://www.uzis.cz/publikujeme/rychle-informace/aktualni-informace>
- Varvařovský, P. (2010). *Zpráva z následných návštěv psychiatrických léčeben*. Získáno 14. října 2013 z <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/016/002009.pdf>
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2008). Ward features affecting stigma experiences in contemporary psychiatric hospitals: a multilevel study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 418-428. doi:10.1007/s00127-008-0314-4

- Verhaeghe, M., Bracke, P., & Christiaens W. (2008). Part-time hospitalisation and stigma experiences: a study in contemporary psychiatric hospitals. *BMC Health Services Research*, 8, 125. doi:10.1186/1472-6963-8-125
- Wilhelmsson, A. B. (2011). Relatives' experiences of care and caregivers in a psychiatric caring context. *Social and Behavioral Sciences*, 30, 2296-2304. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.448
- Young, S., Bramham, J., Gray, K., & Rose, E. (2008). The Experience of Receiving a Diagnosis and Treatment of ADHD in Adulthood: A Qualitative Study of Clinically Referred Patients Using Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Attention Disorders*, 11(4), 493-503. doi:10.1177/1087054707305172
- Zámečník, P. (15. srpna 2013). Petr Procházka: Pojištění vážných onemocnění jsme zlevnili i ženám. *Investujeme.cz*. Získáno 15. října 2013 z <http://www.investujeme.cz/petr-prochazka-pojisteni-vaznych-onemocneni-jsme-zlevnili-i-zenam/>

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
TELČEROVÁ Veronika	Gen. Janka 1154/2, Ostrava - Mariánské Hory	110287

TÉMA ČESKY:

Zkušenost se stigmatem hospitalizace na psychiatrii

NÁZEV ANGLICKY:

Psychiatric Hospitalization and Stigma Experiences

VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Olga Pechová, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Analýza odborné literatury týkající se zkušeností lidí s duševním onemocněním se stigmatizací a diskriminací - konkrétně se stigmatem hospitalizace.
2. Stanovení výzkumných otázek a vytvoření seznamu otázek pro semistrukturované interview.
3. Kontaktování dospělých osob, které absolvovaly hospitalizaci na psychiatrii. Realizace a záznam polostrukturovaných rozhovorů s nejméně pěti osobami s touto zkušeností v posledních pěti letech.
4. Cílem výzkumu je zjistit, jakou zkušenost se stigmatizací a diskriminací mají lidé po hospitalizaci na psychiatrii, jak stigma ovlivňuje jejich život a jakými způsoby se s ním vyrovnávají.
5. Transkripce zaznamenaných výpovědí a analýza získaných dat za použití kvalitativní metodologie.
6. Shrnutí získaných dat. Diskuse výsledků a jejich limitů.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

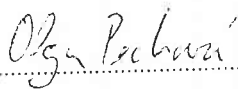
- Goffman, E. (2003). Stigma: Poznámky o způsobech zvládání narušené identity. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Lee, S., Chiu, M. Y., Tsang, A., Chui, H., & Kleinman, A. (2005). Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1685-1696. doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.016
- Link B. G., Yang L. H., Phelan J. C., & Collins P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541.
- Moses, T. (2010). Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social Science & Medicine*, 70(7), 985-993. doi:10.1016/j.socscimed.2009.12.022
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2), 299-312. doi:10.1016/S0277-9536(02)00028-X
- Struch, N., Levav, I., Shereshevsky, Y., Baidani-Auerbach, A., Lachman, M., Daniel, N., & Zehavi, T. (2008). Stigma experienced by persons under psychiatric care. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 45(3), 210-218.
- Švandová, T. (2009). Mapování stavu stigmatizace osob se schizofrenní poruchou ve vybrané lokalitě a návrhy na jejich destigmatizaci (Bakalářská práce). Získáno 16. března 2012 z http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/download/svandova_bakalarska-prace.pdf
- Verhaeghe, M., Bracke, P., & Christiaens W. (2008). Part-time hospitalisation and stigma experiences: a study in contemporary psychiatric hospitals. *BMC Health Services Research*, 8, 125. doi: 10.1186/1472-6963-8-125
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478.

Podpis studenta:



Datum: 15.5.2012

Podpis vedoucího práce:



Datum: 15.5.2012

B Český abstrakt bakalářské práce

Název práce: Zkušenost se stigmatem hospitalizace na psychiatrii

Autor práce: Veronika Telčerová

Vedoucí práce: PhDr. Olga Pechová, Ph. D.

Počet stran a znaků: 97 (198 567)

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 79

Abstrakt: Bakalářská práce se zabývá stigmatem hospitalizace na psychiatrii, a to z pohledu těch, kteří jsou vystaveni stigmatizujícím reakcím. Výzkumná část se snaží odpovědět na otázku, jakou zkušenost se stigmatem mají lidé kvůli absolvované hospitalizaci na psychiatrii, jak stigma ovlivňuje jejich život a jakými způsoby se s ním vyrovnávají. Pro výzkum byl použit kvalitativní metodologický rámec, typem výzkumu byly případové studie. Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a analyzována pomocí metody vytváření trsů. Z výsledků vyplývá, že během pobytu na psychiatrii lidem nejvíce vadí omezení kontroly nad jejich životem a zatajování informací o jejich zdravotním stavu a léčbě. Kritizují také soudobý způsob léčby, který je z drtivé části založen na farmakoterapii a jen málo poskytuje psychoterapii. Zvláště na uzavřených odděleních psychiatrických léčeben panují nevyhovující podmínky. Po hospitalizaci na psychiatrii lidé zažívají stigmatizující chování okolí. Mezi tři nejčastěji používané copingové strategie patří utajování, selektivní zveřejňování a vyhýbání se lidem.

Klíčová slova: stigma, hospitalizace na psychiatrii, lidé s duševním onemocněním, copingové strategie

C Anglický abstrakt bakalářské práce

Title: Psychiatric Hospitalization and Stigma Experiences

Author: Veronika Telčerová

Supervisor: PhDr. Olga Pechová, Ph. D.

Number of pages and characters: 97 (198 567)

Number of appendices: 5

Number of references: 79

Abstract: This paper deals with stigma of psychiatric hospitalization, from the view of those who are exposed to the stigmatizing reactions. Research is focused on answering the question, what is the stigma experience of people regarding psychiatric hospitalization, how does the stigma influence their lives and what are the ways of dealing with it. As a method of the research the qualitative type of an approach was chosen, while the semi-structured type of an interview was used to gather research's data and the method of clustering served for the data analysis. According to the results, most inpatients complains about limiting their personal control of life and the information concealment about their own condition and proceeding treatment. Inpatients also criticize contemporary treatment method, which is mostly based on pharmacotherapy with almost no emphasis on psychotherapy. Particularly closed psychiatric wards are known for its poor conditions. Because of their psychiatric hospitalization people experiences stigmatizing reactions of their surroundings. Among the three most commonly used coping strategies belongs secrecy, selective disclosure and withdrawal.

Key words: stigma, psychiatric hospitalization, mental health consumers, coping strategies

D Schéma polostrukturovaného rozhovoru

ZÁKLADNÍ ÚDAJE

- Věk
- Vzdělání
- S kým sdílí domácnost
- Zaměstnání / studium / ID / dlouhodobá nemocenská / ...

OKOLNOSTI HOSPITALIZACE

- Kolikrát, kdy, na jak dlouho
- Důvody (vlastními slovy)
- První související problémy (kdy se objevily, kdo si jich všiml, v čem omezovaly)
- Důvody (pojmenování lékařů – diagnóza)

BĚHEM HOSPITALIZACE

- Pocity při nástupu
- Dominující pocity během pobytu
- Chování nemocničního personálu
- Ne/Dostatek potřebných informací (o režimu, právech a povinnostech, léčbě, lécích a jejich nežádoucích účincích, ...)
- Pocity při propouštění (příprava na propuštění + představa, jak bude život probíhat dál)
- Ideální představa (léčby, chování personálu, informovanosti, přípravy na propuštění, ...)

PO HOSPITALIZACI – OKOLÍ

- Život po propuštění – změny
- Vědělo okolí o hospitalizaci (+ odkud + znalo důvody)?
- Prvotní reakce okolí
- Pocity a reakce vůči prvotní reakci okolí
- „*Máte pocit, že s vámi okolí (které ví o vaší hospitalizaci) jedná jinak ve srovnání s dobou před hospitalizací?*“

... Ano → pocity a reakce

- „Máte pocit, že s vámi okolí (které ví o vaší hospitalizaci) zachází jinak než s ostatními lidmi?“

... Ano → pocity a reakce

- Ideální chování okolí

PO HOSPITALIZACI – PRACOVNÍCI V POMÁHAJÍCÍ PROFESI

- „Máte dojem, že fakt, že jste byl hospitalizován na psychiatrii, ovlivnil přístup pracovníků v pomáhající profesi (praktického lékaře, jiných odborných lékařů / pracovníků úřadu práce, odboru sociálních věcí, poradenských center) k vám?“

... Ano → pocity a reakce

ZÁVĚR

- Jiné problémy kvůli hospitalizaci na psychiatrii (shánění bydlení / soudní řízení – svěření dítěte do péče aj. / získání licence /...)
- Zkušenosti známých se stigmatizací
- Názor na stigma hospitalizace na psychiatrii („Myslíte si, že lidé kvůli hospitalizaci na psychiatrii mívají problémy?“)
- Vzkaz zdravotníkům (+ pracovníkům v pomáhající profesi)
- Vzkaz lidem vracejícím se z hospitalizace na psychiatrii
- „Chcete mi k tomu ještě něco říct?“

E Ukázka rozhovoru s Danou

A co ta druhá hospitalizace, v léčebně?

To bylo veselý, tam jsem ztratila všechny iluze o tom, jak funguje psychiatrické zdravotnictví. To bylo o tom, že jakmile jsem přišla na příjem, tak mi okamžitě vysadili všechny moje léky, co jsem měla, a narvali mě Rivotrilem, já jsem byla úplně mimo a oni se tam divili, co to jako hraju za hry. Pak mi to zas vrátili zpátky teda, když viděli, co se děje... A hlavně mě teda překvapilo, že se tam nic neděje, žádná léčba. Tam bylo 18 pacientek na jednom pokoji, nesmí se ležet, ráno všechny vyženou z pokoje, pokoje zamknou a sedíš do večera a čumíš do zdi. Ten čas se nekonečně vleče, nesmíš tam mít žádné knížky, žádné věci. To je neuvěřitelné, fakt takhle sedíš a čumíš až do večera. A další den znova a znova a znova. A já jsem prostě první týden si lehla a začala mlátit hlavou o zem a volala, že chci maminku, prostě úplně děcko – to pak za týden přešlo jako když utne. A oni nic – oni mě překračovali a tvářili se, že mě nevidí nebo že jsem hysterka. Já jsem tam skončila mezi psychotičkami, co neuměly říct ani svoje jméno a prostě tam se lidi chovali úplně šíleně, všechno trhali, všechny mlátili... Nejhorší na tom bylo, že tam bylo asi sedm lidí, kteří byli úplně při vědomí. Jedna paní tam byla jen proto, že měla problémy s manželem. Tady ti lidi tam trpěli jako koně. Nakonec jsme to vyřešili tak, že jsem si nechala vytisknout nějaké listy, protože jsem měla státnicovat za chvíli, tak jsem si tam sedla na konec chodby a četla si to a ti lucidní lidi tam začali chodit za mnou a udělali jsme si tam takovou skupinu a bojovali jsme proti tamtomu (tomu se nedalo ani říkat lidi). A každý den jsem se těšila na večer, kdy oni vypadnou spát – fakt chodili v devět, a já jsem si vyprosila u jedné sestry, abych... Ony mimochodem ani ty sestry nebyly nic moc, ale doktorka, ta byla nejhorší. A psychologka, tu jsem tam vídala, ale nikdy jsem neviděla, ani jednou, že by tam s nějakým člověkem prohodila slovo – akorát se sestrama, s těma kecala ráda. Ona tam vždycky přišla, uvařila si kafe, vypila kafe a šla pryč. Takže hlavní pocit bylo znechucení nad celým tím systémem, nad tím, že se tam vůbec lidem nepomáhá, že je to takový odkladiště lidí. Já jsem se tam trochu sebrala, abych mohla jít domů, a doma jsem se zhroutila, a to tak, že jsem si nebyla schopná ani namazat chleba. Hlavně když jsem viděla třeba tu paní, co fakt měla jen ty problémy s tím manželem, dvě děti měla, ona prostě jsem potřebovala pomoci a čekala, že to tam s ní budou nějak řešit, ona ani žádné léky nebrala – ale když to tam viděla a když jí nikdo nepomohl, tak pak po propuštění spáchala sebevraždu. Takže taková bezmoc hrozná. Já jsem tam celou dobu nic nejedla a nikdo si toho nevšiml za těch čtrnáct dní – totální nezájem, oni vůbec nevěděli, vždyť oni se tam prostě zavřeli na sesterně...

No, ta poslední, tam to bylo jaké?

Tak to jsme byli čtyři lidi na uzavřeném oddělení, pak pět. Tři babičky, jeden psychotik a já. Tam jsem poprvé dostala hodnotu, že jsem člověk. Měla jsem tam obden psycholožku pro sebe. Nejdřív teda mi bylo tři dny blbě, tři dny jsem prospala. Ta psycholožka mi dala krabici plnou her pro seniory na trénování paměti a myšlení a tak dál a řekla mi „tady se realizuj“ a já jsem ty hry pak dávala těm babičkám a pak i tomu psychotikovi, co s personálem vůbec nemluvil. Ta psycholožka mi tehdy poprvé řekla něco o ergoterapii. Den začínal krásně, dopoledne jsme spali, pak byl oběd a odpoledne jsme hráli ty hry, zpívali jsme, kreslili... A ony mě dokonce sestry (i ta psycholožka i ta doktorka – ta taky byla úžasná) pochválily, že to, co dělám, je super, a že bych měla jít na to ergo. A tím mně daly smysl životní. „Na tohle se hodíte, sama to vidíte, že vám to jde, že něco takového byste mohla dělat.“ Takže to hlavní, co jsem cítila, byl zájem. Že jsem taky člověk.

Mohla bys nějak shrnout chování personálu během těch tří hospitalizací? Myslím pro každou z nich. Na té první teda...

Nás tam bylo hodně, personálu málo a snažili se, co mohli.

Druhá?

Nás tam bylo ještě víc – podstatně, personálu ještě míň a ani se nezkoušeli snažit. Říkali mi „Jste hysterka, všechno si to vymýšlíte, vám nic není...“

A třetí?

Nás bylo málo, personálu bylo skoro více než nás a fakt dělali, co mohli, věnovali se nám individuálně, jak jen to šlo.

Bezva, děkuju. Tak dál, řekla bys, že jsi měla dostatek potřebných informací? O tom, jak to tam chodí, co se s tebou bude dít a tak. Zase pro jednotlivé hospitalizace prosím tě.

První, co se týká režimu, tak perfektní, byl tam rozpis, co kdy je. Ale ohledně léků ne, což mě štvalo, protože léky, o kterých nevím, co to je, se mi moc brát nechtělo, protože zas takovou důvěru k lidem nemám. Info o léčbě jsem tak dlouho somrovala, až jsem to vysomrovala. Já jsem se jich pořád ptala dokola, ze začátku říkali, že mi to neřeknou, ale pak mi to řekli, ale fakt mě docela odepsali, jako šest poruch osobnosti, s tím se nedá nic dělat...

A proč ti to teda nejdřív nechtěli říct? To nějak vysvětlovali?

O lécích mi nechtěli říct proto, že bych se zbytečně mohla vyděsit. Oni se prý báli, co by to se

mnou udělalo. Ale jedna hodná sestra mi to vždycky ukazovala, co беру a vysvětlovala. A když jsem se pak dostala k netu a našla si informace o těch lécích, tak mě to teprve uklidnilo, protože jsem se bála, co mi to tak tají, co je to tak vážný, že mi to nechcou říct. A jinak mi vůbec nechtěli říct, co se mnou bude, bránili se hodně.

Při druhé, tam jsi věděla všechno, cos potřebovala?

Tam vůbec nic, tam se mnou ani nic nedělali, tam jsem ani nemohla najít záchod a nebylo koho se zeptat. Tam to bylo tak: „Já bych chtěla podepsat reverz“ – „Tady se reverz nedává, tady paní doktorka rozhoduje, koho propustí a koho ne“. Oni tam s náma vůbec nějak zvlášť nekomunikovali. Jsem si jednou byla popovídat s doktorkou a ta čuměla celou dobu do zdi. Nezáměřím se prostě. A ta třetí, tam já jsem se vlastně moc neptala, já jsem tam neměla potřebu.

Takže se dá říct, že tam jsi potřebné informace měla?

Jo, nic mi nezatajovali.

Ted' prosímte k propouštění. Jak ses cítila, když jsi měla odcházet domů? Při první hospitalizaci...

To jsem se vlastně poprvé vracela z psychiatrie mezi normální lidi a měla jsem z toho takový dojem, že oni to vědí a jak se na mě budou dívat a jestli se mi nebudou smát. A oni se o tom se mnou v nemocnici moc nebavili právě. Takový to bylo, že jsem nevěděla, do čeho jdu. Měla jsem strach z těch reakcí lidí nejvíce. Já jsem tam byla přes prázdniny, takže jsem ani školu nezameškala, takže tohle bylo v pohodě, ale i tak jsem měla strach.

Ten druhý pobyt...

To jsem se vrátila v takovém stavu, že jsem si nebyla schopná dojít do lékárny ani. Takže to byla vlastně úleva, že jdu konečně pryč.

A při třetí?

Tam jsem měla poprvé pocit, že vím, co mám se svým životem dělat, kudy jít. Hned jsem sedla a začala hledat informace o ergu. Tam jsme to řešili i s psychologkou – ona se mnou řešila všechno, i děti, školu, všechno.

[...]